

The Harry Benjamin
International Gender Dysphoria
Association, Inc.

- HBIGDA -

www.hbigda.org

**Standards de soins pour le traitement
des troubles de l'identité de genre**

Février 2001, 6^{ème} version

Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association's

HBIGDA

Standards de soins pour le traitement des troubles de l'identité de genre

Février 2001, 6^{ème} version

Membres du comité de rédaction : Walter Meyer III M.D. (Président), Walter O. Bockting Ph.D., Peggy Cohen-Kettenis Ph.D., Eli Coleman Ph.D., Domenico DiCeglie M.D., Holly Devor Ph.D., Louis Gooren M.D., Ph.D., J. Joris Hage M.D., Sheila Kirk M.D., Bram Kuiper Ph.D., Donald Laub M.D., Anne Lawrence M.D., Yvon Menard M.D., Stan Monstrey M.D., Jude Patton PA-C, Leah Schaefer Ed.D., Alice Webb D.H.S., Connie Christine Wheeler Ph.D.

Ceci est la sixième version des Standards de Soins, le document d'origine datant de 1979. Les précédentes révisions ont été faites en 1980, 1981, 1990 et 1998.

Table des matières :

| | | |
|-------|---|---------|
| I. | Introduction | page 2 |
| II. | Considérations épidémiologiques | page 3 |
| III. | Diagnostic et nomenclature | page 5 |
| IV. | Le professionnel en santé mentale | page 10 |
| V. | Évaluation et prise en charge des enfants et des adolescents | page 14 |
| VI. | Psychothérapie des adultes | page 18 |
| VII. | Exigences pour la thérapie hormonale des adultes | page 22 |
| VIII. | Effets de la thérapie hormonale chez les adultes | page 24 |
| IX. | “Real life experience ” ou expérience de vie réelle | page 29 |
| X. | Chirurgie | page 31 |
| XI. | Chirurgie des seins | page 33 |
| XII. | Chirurgie des organes génitaux | page 33 |
| XIII. | Le suivi après la transition | page 37 |

I. Introduction :

Le pourquoi des standards de soins. Le but principal de ces standards de soins, aussi dénommés protocole de soins, est d'énoncer un consensus international associatif entre professionnels en ce qui concerne le traitement psychiatrique, psychologique, médical et chirurgical des troubles de l'identité de genre. Les professionnels peuvent utiliser ce document pour comprendre les différents paramètres qu'ils doivent gérer s'ils veulent offrir une assistance à ces patients. Les personnes atteintes de troubles de l'identité de genre, leurs familles et les institutions peuvent utiliser ce document pour comprendre l'opinion des professionnels sur la question. Tous les lecteurs doivent être conscients des limites actuelles des connaissances dans ce domaine et de l'espoir que certaines incertitudes cliniques seront résolues dans le futur grâce à la recherche scientifique.

Le but principal du traitement. Le but général du traitement psychothérapeutique, hormonal ou chirurgical, sur les personnes souffrant de troubles de l'identité de genre, est de leur obtenir un confort général en ce qui concerne leur identité de genre, dans le but d'arriver au maximum possible du bien-être psychologique et de l'accomplissement personnel.

Les standards de soins sont des recommandations cliniques. Ces standards sont destinés à proposer des traitements pour les personnes souffrant de troubles de l'identité de genre. Quand une "admissibilité" aux soins est demandée, les requis demandés sont minimisés. Les professionnels peuvent individuellement les modifier, ainsi que les programmes organisés. Des exceptions peuvent survenir à cause d'une situation clinique particulière, d'ordre anatomique, social ou psychologique, ou dans le cadre d'une évolution pratiquée par un professionnel, ou d'un protocole de recherche. Ces exceptions doivent être reconnues en tant que telles, documentées et expliquées aux patients concernés, tant pour des raisons de protection légale que pour permettre l'évolution des traitements dans ce domaine en tenant compte des résultats obtenus à court et long termes.

Le seuil clinique. Le seuil clinique est atteint lorsque les questions, incertitudes et préoccupations concernant l'identité de genre persistent au cours du développement et deviennent si intenses qu'elles semblent être l'aspect le plus important dans la vie de quelqu'un, ou l'empêchent de trouver une identité de genre confortable. Les tourments de ces personnes sont attribués officieusement aux diverses causes suivantes : problèmes d'identité de

genre, dysphorie de genre, problème, préoccupation, angoisse ou conflit de genre, transsexualisme. Ces tourments peuvent apparaître à tout âge et se présenter sous différentes formes. Ils reflètent la variété de degrés d'insatisfaction personnelle quant à son identité sexuelle, ses caractéristiques physiques, son rôle ou son identité de genre, et ce que les autres en perçoivent. Quand ces personnes correspondent aux critères diagnostiques spécifiques de l'une des deux nomenclatures officielles reconnues, l'*International Classification of Diseases* (ICD-10), ou le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* DSM-IV, elles sont officiellement reconnues comme souffrant de troubles de l'identité de genre, *gender identity disorder* (GID). Certaines de ces personnes atteignent un autre seuil : elles souhaitent de façon permanente une transformation chirurgicale de leur corps.

Il existe aussi bien des hommes que des femmes souffrant de troubles de l'identité de genre. Le sexe d'origine des patients est toujours un facteur significatif dans la prise en charge. Les professionnels doivent bien faire la distinction entre les considérations biologiques, sociales, psychologiques et économiques de chaque sexe. Tous les patients devront de toute façon suivre ce protocole de soins.

II. Considérations épidémiologiques :

Prévalence. Lorsque les troubles de l'identité de genre attirèrent au début l'attention des professionnels, leur préoccupation principale était focalisée sur les moyens d'identifier les bons candidats à la réassignation sexuelle chirurgicale. Avec le temps, les professionnels reconnurent que certains patients souffrant d'authentiques problèmes d'identité de genre ne souhaitaient pas un traitement chirurgical. Les premières estimations de la prévalence du transsexualisme chez les adultes étaient de 1 homme sur 37.000 et de 1 femme sur 107.000. Les chiffres les plus récents concernant cette forme extrême de désordre d'identité de genre, provenant des Pays-Bas, sont de 1 homme sur 11.900 et de 1 femme sur 30.400. Quatre observations, non encore confirmées par des études systématiques, parlent pour une prévalence encore plus élevée : 1) des problèmes d'identité de genre non détectés sont parfois diagnostiqués alors que les patients consultent pour d'autres motifs, tels que dépression, anxiété, trouble bipolaire, trouble du comportement, abus de drogue, trouble de l'identité plus généralisé, personnalité "borderline", ou d'autres troubles sexuels ou conditions intersexuées ; 2) certains travestis, transgenres ou homosexuels, masculins ou féminins, peuvent présenter une

forme de trouble de l'identité de genre ; 3) pour certains, l'intensité des troubles de l'identité de genre peut fluctuer de part et d'autre des seuils cliniques ; 4) les problèmes d'identité de genre chez les personnes de sexe féminin sont relativement invisibles dans nos cultures et souvent ignorés, en particulier des professionnels en santé mentale et des scientifiques.

L'histoire naturelle des troubles de l'identité de genre. Idéalement, des données prospectives sur l'évolution naturelle des conflits d'identité de genre devraient permettre de prendre des décisions thérapeutiques. Mais ces données manquent, et la seule démonstration que nous ayons est que, sans thérapie, la plupart des garçons et des filles qui présentent des troubles de l'identité de genre grandissent avec leur désir de changer de sexe et de genre. Après la confirmation du diagnostic de trouble de l'identité de genre, l'approche thérapeutique comporte généralement trois éléments distincts, raison pour laquelle on la nomme triadique : l'expérience de vivre dans le rôle sexuel désiré ou *real life experience*, la prise d'hormones du genre souhaité, et le traitement chirurgical qui permet de modifier les organes génitaux et les autres caractéristiques sexuelles physiques. Cinq observations cliniques, dont la pertinence est moins bien démontrée scientifiquement, empêchent les cliniciens de prescrire cette thérapie triadique en se basant sur un seul diagnostic : 1) il arrive que des patients clairement diagnostiqués comme ayant des troubles de l'identité de genre changent d'idée en cours de route ; 2) certains trouvent d'autres arrangements et s'en accommodent sans aide médicale ; 3) d'autres renoncent à la thérapie triadique en cours de psychothérapie ; 4) certaines cliniques s'occupant de troubles de l'identité de genre ont des taux d'abandon thérapeutique très élevés et inexpliqués, et 5) le pourcentage des personnes qui ne bénéficient pas d'une thérapie triadique varie grandement d'une étude à l'autre. De nombreuses personnes souffrant de ce trouble demanderont les trois éléments de la thérapie. Typiquement, elle s'effectue dans l'ordre suivant : prise d'hormones, puis expérience de vie réelle, puis opérations chirurgicales, ou expérience de vie réelle, puis hormones, et chirurgie. Les femmes biologiques peuvent préférer l'ordre suivant : hormones, ablation des seins, vie réelle. Quoiqu'il en soit, le diagnostic de désordre d'identité de genre implique de considérer une variété d'options thérapeutiques, dont l'une est le traitement triadique. Les cliniciens sont progressivement devenus conscients que les personnes souffrant de troubles de l'identité de genre n'ont pas toutes besoin ou ne veulent pas forcément des trois éléments de la thérapie triadique.

Différences culturelles et variété des troubles de l'identité de genre dans

le monde. Bien que les études épidémiologiques aient établi un taux de base similaire pour les troubles de l'identité de genre dans le monde, il est probable que les différences culturelles d'un pays à l'autre vont modifier l'expression comportementale de ces problèmes. De plus, l'accès au traitement, son coût, les possibilités thérapeutiques, les attitudes sociales et celles des professionnels envers les personnes ayant des troubles de l'identité de genre varient beaucoup d'un endroit à l'autre. Alors que dans la plupart des pays, le désir de changer de sexe suscite plus de censure morale que de compassion, il existe des exemples frappants de cultures où les personnes transgenres ne sont pas stigmatisés, et même considérés comme des guides spirituels.

III. Diagnostic et nomenclature :

Les cinq éléments du travail clinique. La prise en charge thérapeutique des troubles de l'identité de genre inclut un éventail d'éléments parmi les cinq suivants : l'évaluation diagnostique, la psychothérapie, l'expérience de vie réelle, la substitution hormonale et le traitement chirurgical. Ce chapitre fournit des explications sur l'évaluation diagnostique.

Le développement d'une nomenclature. Le terme *transsexuel* est apparu dans les années 50 pour désigner une personne qui aspirait à vivre, ou vivait déjà, dans le rôle du genre opposé à son sexe anatomique, avec ou sans traitement hormonal ou chirurgical. Pendant les années 1960-1970, les cliniciens utilisaient le terme de *vrai transsexuel*. Ce terme désignait ceux qui présentaient toutes les caractéristiques d'un développement de l'identité de genre atypique, prévoyant une amélioration de leur existence par un traitement, s'achevant par une chirurgie de réassignation sexuelle. Ils devaient avoir : 1) une identification au sexe opposé visible sur le plan du comportement et persistant depuis l'enfance, en passant par l'adolescence et jusqu'à l'âge adulte ; 2) une faible ou inexistante excitation sexuelle provoquée par le port d'habits du sexe opposé ; et 3) pas d'attrance hétérosexuelle, relativement à leur sexe d'origine. Les vrais transsexuels pouvaient d'ailleurs être des deux sexes d'origine. Les vrais transsexuels, de sexe d'origine masculin, étaient opposés à ceux révélant ce problème plus tardivement, après un itinéraire accompli comme un homme. Ce concept de *transsexualisme vrai* a été abandonné lorsqu'on a constaté qu'il était rarement avéré complètement et que certains vrais transsexuels reconnus avaient falsifié leur histoire pour correspondre au diagnostic. Le concept de vrais transsexuels de sexe d'origine féminin n'a jamais engendré d'incertitude de diagnostic, en grande partie car

les histoires des patients étaient relativement cohérentes et que les variantes de travestissements des femmes restaient non perçues des cliniciens. Le terme de *dysphorie de genre* a été adopté plus tard pour désigner la présence d'un problème d'identité de genre, pour les deux sexes d'origine, jusqu'à ce que la psychiatrie ne développe une nomenclature officielle internationale.

Le diagnostic de *Transsexualisme* a été introduit en 1980 dans le DSM-III, Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux, pour désigner les personnes souffrant d'une dysphorie de genre depuis au moins deux ans avec le souhait durable de transformer leur sexe, leur corps et leur statut social de genre. D'autres diagnostics tels que trouble de l'identité de genre chez l'adolescent ou chez l'adulte de type non-transsexuel, ou de trouble de l'identité sexuelle non spécifique, *Gender Identity Disorder Not Otherwise Specified* (GIDNOS) sont aussi proposés. Ces termes diagnostiques étaient ignorés par les médias qui utilisaient toujours le terme *transsexuel* pour toute personne désireuse de changer de sexe et de genre.

Le DSM-IV. En 1994, la 4^{ème} version du DSM a remplacé le diagnostic de *Transsexualisme* par celui de *Trouble de l'Identité de Genre*. Selon leur âge, les personnes présentant une forte et durable identification à l'autre genre et un inconfort persistant avec leur propre sexe anatomique, ou sentant le rôle assigné selon ce sexe inapproprié, sont diagnostiquées comme souffrant de *GID*, *Trouble de l'identité de genre de l'enfance* (302.6), *de l'adolescence ou de l'âge adulte* (302.85). Pour ceux qui ne correspondent pas à ces critères, le terme de *Trouble de l'identité de genre non spécifique*, *GIDNOS*, (302.6) est utilisé. Cette dernière catégorie inclut une variété de personnes, dont celles ne désirant que la castration génitale sans développement des seins, celles qui souhaitent une thérapie hormonale et une ablation des seins sans reconstruction des organes génitaux, celles qui sont nées avec des organes génitaux intersexués, celles qui se travestissent passagèrement, en période de stress, et celles qui hésitent à renoncer au statut lié à leur genre actuel. Les patients diagnostiqués *GID* ou *GIDNOS* étaient alors sous-divisés en fonction de leur orientation sexuelle : ceux qui sont attirés par les hommes, ceux qui sont attirés par les femmes, ceux qui sont attirés par les deux sexes ou par aucun. Cette sous-classification avait pour but d'aider à déterminer, si, selon leur orientation sexuelle, les patients pouvaient avoir de meilleurs résultats avec des approches thérapeutiques spécifiques; mais ne devait pas conduire à choisir les traitements.

Entre la version III et la version IV du DSM, le terme *transgenre* a commencé

à être utilisé de différentes manières. Certains l'employaient pour parler de ceux qui ressentait une identité de genre inhabituelle sans connotation psychopathologique. D'autres l'utilisaient informellement pour désigner toute personne ayant n'importe quelle problématique de type identité de genre. *Transgenre* n'est pas un diagnostic formel, mais beaucoup de professionnels, ainsi que le grand public, trouvaient plus commode d'utiliser informellement ce terme, plutôt que *GIDNOS*, qui représente lui un diagnostic plus formel.

L'ICD-10. La 10^{ème} version de la *Classification Internationale des Maladies* propose cinq diagnostics pour les troubles de l'identité de genre (référence F64) :

Le Transsexualisme (F 64.0) a trois critères :

1. Le désir de vivre et d'être accepté comme un membre du sexe opposé, habituellement accompagné du désir de rendre son corps le plus compatible possible avec le sexe désiré, grâce au traitement hormonal et chirurgical ;
2. L'identité transsexuelle est présente de façon permanente pendant au minimum deux ans ;
3. Le trouble n'est pas un symptôme d'un autre trouble mental ou d'une anomalie chromosomique.

Le Transvestisme (F 64.1) a trois critères :

1. La personne porte des vêtements du sexe opposé pour expérimenter temporairement l'appartenance à l'autre sexe ;
2. Le travestissement ne se fait pas pour une motivation érotique ou pour parvenir à une excitation sexuelle ;
3. La personne ne souhaite pas un changement de sexe permanent.

Trouble de l'identité de genre de l'enfance (F 64.2).

Il y a des critères distincts pour les filles et pour les garçons.

Pour les filles :

1. L'enfant montre des signes de détresse intense liés au fait d'être une fille et exprime clairement le souhait d'être un garçon (pas simplement pour profiter de quelques avantages socio-culturels d'être un garçon), ou insiste sur le fait qu'elle est un garçon.
2. L'un ou l'autre des points suivants doit être présent :
 - a. Une aversion persistante et marquée pour les habits de style

- féminin et l'insistance à porter des habits de garçon ;
- b. Le dégoût persistant de ses attributs anatomiques féminins, mis en évidence par au moins l'un des points suivants :
 1. L'affirmation qu'elle a un pénis ou que son pénis va pousser ;
 2. Le refus d'uriner en position assise ;
 3. L'affirmation qu'elle ne veut pas que ses seins se développent ou avoir des menstruations.
 3. La fille n'a pas encore atteint la puberté.
 4. Le trouble doit être présent depuis 6 mois au minimum.

Pour les garçons :

1. L'enfant montre des signes de détresse intense liés au fait d'être un garçon et a le désir d'être une fille ou, plus rarement, affirme qu'il est une fille.
2. L'un ou l'autre des points suivants doit être présent :
 - a. La préoccupation pour les activités des filles, montrée par une préférence pour le goût de s'habiller ou de se déguiser en fille, ou par le désir intense de participer aux jeux et aux passe-temps des filles et le rejet des jeux, jouets et activités stéréotypés garçons ;
 - b. Le rejet persistant de ses structures anatomiques masculines, mis en évidence par l'expression répétée d'au moins l'un des points suivants :
 1. L'affirmation ou la conviction qu'il sera une femme quand il sera grand (pas simplement en jouant ce rôle) ;
 2. Son pénis et ses testicules sont dégoûtants ou ils vont disparaître ;
 3. Il préférerait ne pas avoir de pénis ou de testicules.
3. Le garçon n'a pas encore atteint la puberté.
4. Le trouble doit être présent depuis 6 mois au minimum.

Autres troubles de l'identité de genre (F 64.8).

Sans critères spécifiques.

Troubles de l'identité de genre non spécifiés.

Sans critères spécifiques.

Les deux diagnostic précédents peuvent être utilisés pour les personnes intersexuées.

Le but du DSM-IV et de l'ICD-10 est de guider le traitement et la recherche. Différents groupes de professionnels ont créé ces nomenclatures dans un processus de consensus mais à des périodes différentes. On peut espérer que les différences entre ces deux systèmes vont disparaître dans le futur. Pour l'instant, les diagnostics spécifiques sont basés plus sur le raisonnement clinique que sur des investigations scientifiques.

Est-ce que les troubles de l'identité de genre sont des troubles mentaux ?

Pour être qualifié de trouble mental, un comportement doit avoir pour résultat une difficulté d'adaptation significative de la personne ou causer une souffrance psychologique. Le DSM-IV et l'ICD-10 ont défini des centaines de troubles mentaux qui varient selon leurs modalités d'apparition, leur durée, leur pathogénie, les troubles fonctionnels qu'ils entraînent et les possibilités de traitement. La désignation des troubles de l'identité de genre comme troubles mentaux ne doit pas permettre de stigmatiser ces patients, ni de les priver de leurs droits civiques. L'usage d'un diagnostic formel est souvent important, car il apporte le soulagement d'être enfin reconnu, procure la couverture des soins par l'assurance-maladie, et guide la recherche, dans l'espoir de pouvoir offrir dans le futur des traitements plus efficaces.

IV. Le professionnel en santé mentale

Les dix tâches du professionnel en santé mentale. Les professionnels en santé mentale qui travaillent avec des personnes souffrant de troubles de l'identité de genre sont régulièrement appelés à assumer plusieurs de ces responsabilités :

1. Diagnostiquer correctement et avec précision les personnes souffrant de troubles de l'identité de genre.
2. Diagnostiquer précisément toute co-morbidité psychiatrique et proposer un traitement approprié.
3. Informer le patient et lui décrire les différentes options thérapeutiques et leurs implications.
4. Engager une psychothérapie.
5. S'assurer que le patient est prêt pour un traitement hormonal ou chirurgical et qu'il correspond aux critères minima requis.
6. Donner des recommandations formelles à l'attention de ses collègues médecins et chirurgiens.
7. Documenter par écrit l'histoire du patient à ce sujet dans une lettre de recommandation.

8. Faire partie d'une équipe de professionnels qui s'intéressent aux troubles de l'identité de genre.
9. Eduquer et informer les familles, les employeurs et les différentes institutions au sujet des troubles de l'identité de genre.
10. Être disponible pour assumer un suivi à long terme des patients qui les ont consultés pour ces troubles.

Le spécialiste pour adultes. La formation du professionnel en santé mentale qui se spécialise dans le traitement des troubles de l'identité de genre chez l'adulte se base sur une compétence clinique générale dans le diagnostic et le traitement des troubles mentaux et émotionnels. L'expérience clinique peut se construire au travers des disciplines telles que psychologie, psychiatrie, travail social, conseils ou soins infirmiers. Les références minimales recommandées pour pouvoir être reconnu comme ayant des compétences spécifiques dans les troubles de l'identité de genre sont les suivantes :

1. Posséder un degré universitaire ou équivalent de type *master's* dans le domaine d'une science clinique comportementale, octroyé par une commission nationale ou régionale accréditée. Ils doivent avoir des certificats de référence accordés par un établissement de formation approprié et une commission autorisée.
2. Avoir acquis des compétences et une formation spécialisée dans l'évaluation et le traitement des troubles sexuels au sens du DSM-IV ou de l'ICD-10, et pas seulement des troubles de l'identité de genre.
3. Posséder des compétences et une formation sous contrôle documentées en psychothérapie.
4. Suivre une formation continue dans le domaine du traitement des troubles de l'identité de genre, qui peut inclure la participation à des séminaires ou autres réunions de professionnels sur ce thème spécifique, ou encore à des recherches sur les problèmes d'identité de genre.

Le spécialiste pour enfants. Le professionnel qui évalue et propose une thérapie à des enfants ou à des jeunes adolescents qui présentent des troubles de l'identité de genre doit déjà être formé dans le domaine de la psychopathologie du développement des enfants et des adolescents. Il doit avoir des compétences dans le diagnostic et le traitement de leurs problèmes habituels. Ces exigences s'ajoutent à celles qui sont requises aussi pour les spécialistes pour adultes.

Les différences entre les critères d'éligibilité et de préparation (maturité).

Les standards de soins donnent des recommandations concernant les critères d'éligibilité requis pour bénéficier de traitements hormonaux et chirurgicaux. Tant que ces critères ne sont pas remplis, ni le patient ni le thérapeute ne devraient demander d'hormones ou de chirurgie. Un exemple de critère d'éligibilité est celui qui recommande qu'une personne ait vécu pendant au moins 12 mois à plein temps dans le genre qu'elle souhaite avant de procéder à une intervention chirurgicale sur ses organes génitaux. Pour attester de cela, le professionnel en santé mentale doit pouvoir documenter cette expérience de vie réelle dans le sexe souhaité sur la durée exigée. Satisfaire au critère de préparation –consolidation de l'identité de genre en développement ou amélioration de la santé mentale dans la nouvelle identité de genre, récente ou confirmée, - est plus difficile à prouver, car cela se base sur l'évaluation personnelle du clinicien et le jugement du patient concerné.

La relation du professionnel en santé mentale avec le médecin traitant et avec le chirurgien. Le professionnel en santé mentale qui recommande un traitement hormonal et chirurgical partage la responsabilité éthique et légale de cette décision avec le médecin qui va se charger de ce traitement. Le traitement de substitution hormonale peut souvent soulager les symptômes d'anxiété et de dépression sans avoir besoin de prescrire des médicaments psychotropes en plus. Certains patients, néanmoins, ont besoin d'une médication psychotrope, avant ou conjointement au traitement hormonal ou chirurgical. C'est au professionnel en santé mentale d'évaluer et de proposer la médication psychotrope la plus appropriée à chaque situation. La présence de co-morbidités psychiatriques n'exclut pas forcément le traitement hormonal ou chirurgical, mais certains diagnostics posent de vrais dilemmes thérapeutiques et peuvent retarder ou empêcher ces traitements.

Les lettres de recommandation écrites par le professionnel en santé mentale pour documenter l'indication au traitement hormonal ou chirurgical doivent spécifier succinctement :

1. Les caractéristiques générales liées au patient.
2. Le genre sexuel initial et en évolution, ainsi que les autres diagnostics psychiatriques.
3. La durée de la relation thérapeutique ainsi que le type de psychothérapie ou d'évaluation subi.
4. Les critères d'éligibilité remplis et le raisonnement conduisant à la thérapeutique hormonale ou chirurgicale.
5. La capacité que le patient a démontré à suivre les standards de soins jusqu'à ce jour et l'estimation de cette capacité dans le futur.

6. L'appartenance de l'auteur du rapport à une équipe pluridisciplinaire soignant les troubles de l'identité de genre.
7. Si le professionnel en santé mentale qui a écrit cette lettre documentée accepterait un appel téléphonique pour vérifier que c'est bien lui qui l'a rédigée.

Des lettres de recommandation complètes et bien structurées offrent au médecin qui prescrit les hormones et au chirurgien un degré d'assurance important sur les connaissances et les compétences du professionnel en santé mentale dans le domaine des troubles de l'identité de genre.

Une lettre de recommandation est requise avant de démarrer un traitement hormonal ou pour une opération chirurgicale des seins. Une lettre du professionnel de santé mentale, comprenant les sept points énumérés ci-dessus, à l'attention du médecin qui va être responsable du traitement médical du patient est suffisante pour démarrer une thérapie hormonale ou pour procéder à une opération sur les seins (mastectomie, reconstruction esthétique du thorax, mammoplastie d'augmentation).

Deux lettres de recommandation sont généralement requises pour la chirurgie des organes génitaux. La chirurgie génitale pour les hommes biologiques peut inclure l'orchidectomie, la pénectomie, la clitoroplastie, la labiaplastie ou la création d'un néo-vagin. Pour les femmes biologiques la chirurgie génitale peut inclure l'hystérectomie, la salpingo-ovariectomie, la vaginectomie, la métoïdioplastie, la scrotoplastie, l'uréthroplastie, le placement de prothèses testiculaires, ou la création d'un néo-phallus.

L'idéal est que le professionnel en santé mentale qui suit le patient fasse des rapports périodiques sur le processus psychothérapeutique en cours, comme faisant partie d'une équipe pluridisciplinaire comprenant d'autres professionnels en santé mentale et autres. Une seule lettre de recommandation adressée au chirurgien qui va réaliser la chirurgie génitale, mais signée par deux professionnels en santé mentale, peut suffire.

Le plus souvent, ces lettres de recommandation proviennent de professionnels en santé mentale qui travaillent seuls et sans l'appui de collègues expérimentés dans les troubles de l'identité de genre. Puisque ces professionnels en santé mentale travaillent indépendamment et ne peuvent avoir les bénéfices de consultations courantes de troubles de l'identité de genre, il est nécessaire de fournir deux lettres de recommandation avant de procéder à une

chirurgie génitale. Si la première lettre est écrite par un professionnel disposant d'un diplôme universitaire, la seconde lettre doit être écrite par un médecin-psychiatre ou par un docteur en psychologie clinique qui doit être capable d'évaluer correctement les conditions de co-morbidité psychiatrique. Si la première lettre est écrite par le psychothérapeute qui suit le patient, la seconde lettre doit provenir d'une personne qui a seulement joué un rôle d'évaluation pour le patient. Chaque lettre, néanmoins, doit comprendre les sept points mentionnés ci-dessus. Au moins une des deux lettres doit être un rapport approfondi. Celui qui écrit la deuxième lettre, s'il a lu la première, peut choisir d'en faire un résumé plus bref et de donner son accord avec la recommandation.

V. Évaluation et prise en charge des enfants et des adolescents

Phénoménologie. Les troubles de l'identité de genre chez les enfants et les adolescents sont différents de ceux chez les adultes, de par leur développement rapide et spectaculaire et son impact sur le plan physique, psychologique et sexuel. Les troubles de l'identité de genre chez les enfants et les adolescents sont des situations complexes. Une jeune personne peut avoir le sentiment que son phénotype sexuel ne correspond pas à son propre ressenti de son identité de genre. Une détresse intense est souvent ressentie, en particulier à l'adolescence, et elle s'associe fréquemment à des troubles émotionnels et du comportement. L'évolution est très variable et changeante, spécialement en phase pré-pubertaire. Rares sont ceux qui deviennent transsexuels, alors que l'éventualité de développer une orientation homosexuelle est plus fréquente.

Les conflits d'identité de genre chez les enfants et les adolescents présentent couramment le désir établi d'être de l'autre sexe, de s'habiller comme tel, l'usage de jeux et jouets du genre auquel l'enfant s'identifie, le refus de s'habiller, se comporter et de jouer comme les enfants de son genre d'origine, la préférence pour des copains ou amis du sexe et du genre auquel l'enfant s'identifie, et l'aversion pour ses caractéristiques physiques sexuelles et leurs fonctions appropriées. Les troubles de l'identité de genre sont plus souvent diagnostiqués chez les garçons que chez les filles.

Il y a une différence qualitative entre la façon dont se présentent les difficultés des enfants et des adolescents à l'égard de leur identité sexuelle ou de genre, et des symptômes psychotiques ou délirants. Des convictions délirantes

tes au sujet de son corps ou de son genre peuvent apparaître dans des états psychotiques, mais on peut les distinguer des situations où il s'agit d'un trouble de l'identité de genre. Les troubles de l'identité de genre chez l'enfant ne sont pas équivalents à ceux des adultes, et l'un ne conduit pas forcément à l'autre. Plus l'enfant est jeune et malléable, et plus l'issue reste incertaine.

Interventions psychologiques et sociales. La tâche du spécialiste en santé mentale de l'enfant est de faire une évaluation et pratiquer un traitement globalement conforme aux recommandations suivantes :

1. Le professionnel doit reconnaître et accepter qu'il y a un problème d'identité de genre. Le fait de se sentir accepté et de sortir du secret peut déjà apporter un soulagement considérable.
2. Il faut évaluer et explorer la nature et les caractéristiques du trouble de l'identité de genre de l'enfant ou de l'adolescent. Il faut procéder à un diagnostic psychologique et à une évaluation psychiatrique approfondie. Ceci doit inclure une investigation de la situation familiale, car les problèmes d'ordre émotionnel et comportemental sont très fréquents, et il existe souvent des problèmes non résolus dans l'environnement de l'enfant.
3. La thérapie devrait viser à améliorer les problèmes de co-morbidité dans la vie de l'enfant, et à réduire la détresse ressentie par l'enfant à cause de son trouble d'identité de genre, ainsi que ses autres difficultés. L'enfant et sa famille devraient être assistés dans la délicate prise de décisions concernant d'éventuelles permissions octroyées à l'enfant d'assumer une identité de genre correspondant à son souhait. Il s'agit de voir avec eux dans quelle mesure il faut informer d'autres personnes de la situation et comment ces autres personnes pourraient réagir; par exemple, si l'enfant pourrait fréquenter l'école avec un prénom et un habillement qui ne sont pas ceux de son sexe d'origine. Il faut apporter le soutien nécessaire pour aider à supporter l'incertitude et l'anxiété engendrées par le problème d'identité de genre chez l'enfant et à trouver la meilleure façon de les gérer. Des réunions de réseau entre les différents professionnels concernés peuvent être très utiles pour trouver les solutions les plus appropriées à ces problèmes.

Interventions physiques. Avant d'envisager une quelconque intervention sur le plan physique, une exploration approfondie des problèmes psychologiques, familiaux et sociaux doit être entreprise. Les interventions physiques

doivent être appropriées au contexte de développement de l'adolescent. Les problèmes d'identité de genre chez les adolescents peuvent évoluer de façon très rapide et inattendue. Un changement de l'adolescent vers la conformité de genre peut survenir principalement pour faire plaisir à la famille, mais peut ne pas refléter un changement durable de son identité de genre. Un adolescent peut exprimer des fermes convictions quant à son identité qui ont l'air si solides qu'elles donnent une fausse impression d'irréversibilité, alors qu'elles peuvent très bien changer plus tard. Pour toutes ces raisons, des interventions irréversibles sur le plan physique doivent être repoussées le plus tard possible, tant qu'elles ne paraissent pas cliniquement appropriées. La pression exercée par un adolescent en détresse peut être très forte et, dans ces circonstances, il vaut mieux l'adresser à un service multi-disciplinaire spécialisé dans le traitement des troubles de l'identité de genre chez l'enfant et l'adolescent, dans les endroits où il en existe.

Les interventions physiques se répartissent en trois catégories ou stades :

1. Interventions totalement réversibles : elles comprennent l'usage des *agonistes LHRH* ou de la *medroxyprogesterone* pour supprimer la production endogène d'œstrogène ou de testostérone, et permet par conséquent de retarder les changements physiques lors de la puberté.
2. Interventions partiellement réversibles : elles concernent les traitements hormonaux qui masculinisent ou féminisent le corps, comme l'administration de testostérone à des femmes et d'œstrogène à des hommes. Le retour à l'état antérieur peut impliquer une intervention chirurgicale.
3. Interventions irréversibles : ce sont les procédures chirurgicales.

Il est recommandé de procéder par étape afin de garder les options ouvertes tout au long des deux premiers stades. On ne devrait pas passer à l'étape suivante tant que la jeune personne et sa famille n'ont pas eu le temps d'assimiler entièrement les effets des interventions précédentes.

Les interventions totalement réversibles. Les adolescents peuvent avoir droit aux hormones qui retardent la puberté dès que des changements physiques pubertaires ont commencé. Afin que l'adolescent et ses parents puissent prendre une décision en toute connaissance de cause, il est recommandé que l'adolescent puisse expérimenter le début de sa puberté dans son sexe biologique d'origine et parvienne au moins au stade 2 de Tanner. Si l'on pense, pour des raisons cliniques, qu'il est dans l'intérêt du patient d'inter-

venir plus tôt, cela doit être géré avec le conseil d'un endocrinologue pédiatrique et plus qu'un seul avis psychiatrique.

Deux raisons justifient cette intervention : a) gagner du temps pour explorer davantage l'identité de genre et d'autres problèmes liés au développement, par psychothérapie ; et b) faciliter le changement de sexe au cas où l'adolescent poursuivrait son changement de sexe et de genre. Pour prescrire à un adolescent des hormones retardant la puberté, les critères suivants sont requis :

1. depuis l'enfance, l'adolescent a démontré une intense disposition à changer de genre et de sexe, et une aversion pour les comportements qu'on attend de son genre d'origine;
2. l'inconfort lié au sexe et au genre a significativement augmenté avec l'apparition de la puberté;
3. la famille consent et participe à la thérapie.

Les garçons doivent être traités avec des *agonistes LHRH* (qui stoppent la sécrétion de LH et donc la sécrétion de testostérone), ou avec des progestatifs ou des anti-androgènes (qui bloquent la sécrétion de testostérone ou neutralisent son action). Les filles doivent être traitées avec des *agonistes LHRH* ou des doses de progestatifs suffisantes (qui stoppent la production d'œstrogènes et de progestérone) pour empêcher les menstruations.

Les interventions partiellement réversibles. Au plus tôt à partir de l'âge de 16 ans, et de préférence avec le consentement des parents, les adolescents peuvent commencer le traitement hormonal masculinisant ou féminisant. Dans beaucoup de pays, on est légalement considéré comme capable de prendre une décision médicale à l'âge de 16 ans sans que le consentement parental soit obligatoirement requis.

La participation d'un professionnel en santé mentale est un critère requis avant de débiter la thérapie triadique à l'adolescence. Le professionnel en santé mentale doit avoir suivi l'adolescent et sa famille pendant une durée d'au moins six mois avant la mise en œuvre d'une thérapie hormonale ou d'une expérience de vie dans le genre désiré. Bien que le nombre de séances nécessaires pendant cette période de six mois soit laissé au libre arbitre du clinicien, le but est que le traitement hormonal et l'expérience de vie soient des décisions mûrement réfléchies et sans cesse discutées et reconsidérées au cours du temps. Dans le cas de patients ayant commencé leur expérience de vie dans le genre désiré avant de consulter, le professionnel doit travailler en

étroite collaboration avec eux et leurs familles, et régulièrement reconsidérer la situation de façon réfléchie.

Les interventions irréversibles. Aucune intervention chirurgicale ne devrait être pratiquée avant l'âge adulte, ou avant d'avoir vécu au moins deux ans dans le rôle sexuel auquel l'adolescent s'identifie. Le seuil des 18 ans doit être considéré comme un critère d'éligibilité, mais pas comme une indication en soi pour passer à une intervention réelle.

VI. Psychothérapie des adultes

Une observation de base. Beaucoup d'adultes avec des troubles de l'identité de genre trouvent des moyens de vivre plus confortablement et qui n'incluent pas forcément toutes les composantes de la séquence thérapeutique triadique. Bien que certains se débrouillent tout seuls et à leur manière, la psychothérapie peut s'avérer très utile pour la découverte et l'approfondissement des processus leur permettant de vivre mieux.

La psychothérapie n'est pas un requis absolu pour la thérapie triadique. Tous les patients adultes souffrant de troubles de l'identité de genre n'ont pas forcément besoin d'une psychothérapie pour poursuivre le traitement hormonal, l'expérience de vie dans le genre désiré ou la chirurgie. Les programmes varient de façon individuelle et chacun est libre de percevoir s'il a besoin d'une psychothérapie ou pas. Quand l'évaluation initiale du professionnel en santé mentale conduit à la recommandation d'une psychothérapie, le clinicien doit spécifier les buts du traitement, et en estimer la fréquence ainsi que la durée. Il n'y a pas un nombre minimum de séances de psychothérapie requis avant de débiter l'une ou l'autre des étapes de la thérapie triadique, et ceci pour trois raisons : 1) chaque patient diffère dans sa capacité à atteindre le même but dans un temps déterminé ; 2) un nombre minimum de sessions imposé a tendance à être interprété comme un obstacle, ce qui décourage et entrave un véritable et sincère processus de développement personnel ; 3) le professionnel en santé mentale peut être un soutien important pour le patient tout au long des différentes étapes du changement de sexe. Certains programmes isolés établissent néanmoins leurs propres critères d'éligibilité exigeant un nombre minimum de séances ou de mois de psychothérapie.

Le professionnel en santé mentale qui mène l'évaluation initiale ne doit pas

forcément être celui qui poursuivra la psychothérapie. Si les membres d'une équipe spécialisée dans les troubles de l'identité de genre ne pratiquent pas de psychothérapie, le psychothérapeute doit être informé qu'une lettre décrivant le processus thérapeutique du patient pourra lui être demandée afin que son patient puisse avoir accès à la phase suivante du traitement.

Les buts de la psychothérapie. La psychothérapie offre souvent des informations sur différentes options qui n'ont pas été considérées sérieusement par le patient auparavant. Elle souligne l'importance de se fixer des buts de vie réalistes et réalisables en ce qui concerne le travail et le relationnel et cherche à définir et soulager les problèmes du patient qui peuvent l'avoir miné et empêché de parvenir à une vie stable et confortable.

La relation psychothérapeutique. L'établissement d'une relation de confiance avec le patient est la première étape vers un travail réussi pour le professionnel en santé mentale. Cela se fait habituellement avec le patient, au cours de la phase initiale d'évaluation diagnostique, par un examen compétent, sans jugement, sur les problèmes de genre rencontrés. Les autres problèmes sont préférablement abordés plus tard, après que la personne a senti que le clinicien était intéressé et comprenait ses problèmes d'identité de genre. Idéalement, le travail du clinicien se fait sur la complexité entière de la personne. Les buts de la thérapie sont d'aider la personne à vivre plus confortablement dans son identité de genre, et de résoudre efficacement ses autres problèmes. Le clinicien s'efforce souvent de faciliter la capacité du patient à travailler, et à établir ou à maintenir des relations qui le soutiennent. Même lorsque ces buts initiaux sont atteints, le professionnel en santé mentale doit aborder la probabilité qu'aucun traitement psychothérapeutique, médical ou chirurgical, ne pourra faire disparaître ou effacer tous les vestiges du sexe originel de la personne et de son expérience de vie dans ce genre précédent.

Le processus de psychothérapie. La psychothérapie consiste en une série d'échanges interactifs entre un thérapeute qui connaît la souffrance émotionnelle des gens et sait comment la soulager et un patient en détresse. Une psychothérapie comprend typiquement des séances régulières de 50 minutes. Elles permettent d'initier un processus de développement personnel. Elles permettent au patient d'évaluer son histoire personnelle, de comprendre ses dilemmes courants, et d'identifier ses idées irréalistes et ses comportements inappropriés. La psychothérapie n'est pas destinée à guérir les troubles de l'identité de genre. Son but habituel est d'établir un mode de vie sta-

ble à long terme incluant de véritables chances de succès dans ses relations, sa formation, son travail et l'expression de son identité de genre. Les problèmes d'identité de genre amplifient fréquemment les difficultés relationnelles, tant dans le domaine de la vie privée que dans celui de la vie sociale et professionnelle.

Le thérapeute devrait expliquer clairement au patient qu'il a le droit de choisir entre différentes options. Il peut expérimenter des approches alternatives avec le temps. Idéalement, la psychothérapie est un effort de collaboration. Le thérapeute doit être certain que le patient comprend les concepts d'éligibilité et de préparation, car ils doivent coopérer pour définir ensemble quels sont les problèmes et pour constater qu'il progresse dans sa manière de les gérer. Collaborer permet d'éviter d'aboutir dans une impasse entre un thérapeute qui refuse de donner son consentement pour une recommandation et un patient qui ne peut lui faire suffisamment confiance pour partager librement ses pensées et ses sentiments ou ce qui lui arrive.

Les patients peuvent bénéficier d'une psychothérapie à tous les stades d'une évolution de genre, y compris dans la période post-opératoire, alors que les obstacles anatomiques ont été supprimés, mais que la personne peut ne toujours pas se sentir confortable et apte à vivre dans son nouveau genre ou son nouveau rôle.

Les options pour l'adaptation au genre. Les activités et procédés qui sont listés ci-dessous peuvent aider à trouver un plus grand confort personnel, selon des combinaisons variées. Ces adaptations peuvent changer spontanément et durant la psychothérapie. Le fait de trouver des moyens d'adaptation à son nouveau genre ne veut pas dire que dans le futur, la personne va renoncer à poursuivre le traitement hormonal, l'expérience de vie dans le genre souhaité ou à toute chirurgie génitale.

Activités :

Pour les hommes biologiques :

1. Travestissement : port discret de sous-vêtements féminins, port de vêtements unisexe ou féminins.
2. Modification du corps : épilation de la barbe et du corps par électrolyse ou à la cire, interventions chirurgicales mineures de plastie cosmétique.
3. Amélioration de sa présentation, de sa garde-robe féminine, de sa

façon de parler.

Pour les femmes biologiques :

1. Travestissement : port discret de sous-vêtements masculins, port de vêtements unisexe ou masculins.
2. Modification de l'apparence corporelle en comprimant les seins, en changeant son poids ou en portant des postiches de barbe ou de moustache.
3. Rembourrage du slip ou port d'une prothèse pénienne.

Pour les deux sexes :

1. Apprentissage de la transgenralité au travers de groupes de soutien et de réseaux, rencontres avec d'autres transgenres via Internet, étude de ces standards de soins et de la littérature professionnelle ou non traitant des droits légaux et du droit du travail, entretien de ses relations et travestissement en public.
2. Participation à des activités récréatives de détente ou de loisirs typiques du genre souhaité.
3. Expérience de vie épisodique dans le genre souhaité.

Procédés :

1. Accepter le fait que les choix sexuels, l'orientation et les fantasmes érotiques, qu'ils soient hétéros, homos ou bisexuels, sont à distinguer clairement de l'identité de genre et de ses aspirations.
2. Accepter le fait que le besoin de garder un travail, de préserver un enfant de bouleversements émotionnels, de choisir de ne pas perturber un membre de sa famille ou d'honorer un engagement marital, peuvent être plus importants que le désir personnel de vivre constamment dans un nouveau genre.
3. Intégrer la conscience d'être un homme ou une femme dans la vie de tous les jours.
4. Identifier ce qui déclenche l'augmentation de l'envie de changer de genre et s'y soumettre, comme par exemple, le développement d'une meilleure auto-protection, d'une plus grande confiance en soi, l'acquisition de plus d'assurance et de l'aptitude à progresser dans son activité professionnelle et à résoudre des conflits inter-personnels, pour renforcer ses relations importantes.

VII. Exigences pour la thérapie hormonale des adultes

Les raisons d'une thérapie hormonale. Les traitements de substitution hormonale jouent un rôle important dans le processus de transition anatomique et psychologique d'un genre à l'autre, pour des adultes présentant des troubles de l'identité de genre soigneusement sélectionnés. La plupart du temps, les hormones sont nécessaires pour parvenir à vivre avec succès dans le nouveau genre. Elles améliorent la qualité de vie et limitent les co-morbidités psychiatriques souvent présentes en l'absence de traitement. Lorsque le médecin prescrit des androgènes aux femmes biologiques, et des oestrogènes, de la progestérone et des agents bloquant l'effet de la testostérone aux hommes biologiques, les patients se sentent et paraissent de plus en plus semblables au genre souhaité.

Les critères d'éligibilité. L'administration d'hormones ne doit pas être faite à la légère en raison des risques médicaux et sociaux qu'elles font courir. Les critères sont au nombre de trois :

- 1) Le patient doit être âgé d'au moins 18 ans.
- 2) Il doit démontrer d'une connaissance de ce que les hormones peuvent médicalement faire ou ne pas faire, ainsi que des risques et bénéfices apportés sur le plan social.
- 3) Soit :
 - a) Une expérience de vie réelle dans le genre souhaité, documentée, d'au moins trois mois avant le début du traitement.
 - b) Une période de psychothérapie, spécifiée par le professionnel de santé mentale après la première évaluation, d'une durée minimum de trois mois en général.

Dans certaines circonstances, il est possible de donner des hormones aux patients qui ne remplissent pas le troisième critère, par exemple pour faciliter les dispositions d'une thérapie sous surveillance avec des produits de qualité, en alternative à l'usage d'hormones achetées au marché noir.

Les critères de préparation. Ils sont au nombre de trois :

1. Le patient doit avoir consolidé son identité de genre au cours d'une expérience de vie dans le genre souhaité ou lors d'une psychothérapie.
2. Le patient a fait des progrès dans la gestion de ses autres problèmes de santé mentale et donc amélioré son équilibre psychologique (ce qui implique un contrôle satisfaisant sur les problèmes de sociopathie, d'usage de drogue et de psychotiques, de risque suicidaire).
3. Le patient est capable de prendre le traitement hormonal de manière responsable.

Peut-on donner des hormones à ceux qui ne veulent pas de traitement chirurgical ni vivre publiquement dans le genre désiré ? Oui, mais toujours après qu'un diagnostic et un suivi psychothérapeutique ont été effectués par un professionnel en santé mentale qualifié et que les critères minimaux exigés ci-dessus soient respectés. Le traitement de substitution hormonale peut amener un confort significatif à des patients qui ne veulent pas, ou ne peuvent pas, vivre dans l'autre genre ou se faire opérer. Chez certains patients, la simple thérapie hormonale permet d'atteindre un seuil de confort suffisant pour soulager la symptomatologie ou éviter de vivre dans l'autre genre et de se faire opérer.

Traitement hormonal et soins médicaux pour les personnes incarcérées. Les personnes qui reçoivent un traitement hormonal pour des troubles de l'identité de genre devraient continuer à prendre le traitement approprié suivant ces standards de soins en cas d'incarcération. Ceux qui suivent une psychothérapie et/ou un traitement de substitution hormonale doivent être autorisés à poursuivre ce traitement médical, afin de prévenir, ou de limiter, l'instabilité émotionnelle, la régression indésirable des effets physiques induits par les hormones, et le désespoir qui peut en découler et les conduire à la dépression, à l'anxiété et au suicide. Les prisonniers soumis à l'arrêt brutal de leur traitement hormonal sont particulièrement susceptibles de développer une symptomatologie psychiatrique et d'avoir des comportements d'auto-mutilation. Le monitoring médical du traitement hormonal décrit dans ces standards de soins devrait donc être poursuivi. Le choix du logement des prisonniers transgenres doit prendre en compte leur statut de transition et leur sécurité personnelle.

VIII. Effets de la thérapie hormonale chez les adultes

Il faut attendre deux ans de traitement hormonal continu pour que les hormones fassent leur effet maximal. Les facteurs héréditaires limitent la façon dont les tissus répondent aux hormones, et même un dosage plus élevé ne peut triompher de l'hérédité. Le degré des effets atteints varie donc d'un patient à un autre.

Les effets souhaités des hormones. Les hommes biologiques traités avec des oestrogènes peuvent observer les changements suivants : développement de la poitrine, redistribution des masses graisseuses, diminution de la force du haut du corps, adoucissement de la peau, diminution de la pilosité corporelle, ralentissement voire arrêt de la perte des cheveux, diminution de

la fertilité et de la taille des testicules, érections moins prononcées et moins fréquentes. La plupart de ces changements sont réversibles, bien que l'augmentation de la poitrine puisse ne pas se résorber complètement après l'arrêt du traitement.

Les femmes biologiques traitées avec de la testostérone peuvent observer les changements permanents suivants : baisse du ton de la voix, développement du clitoris, légère atrophie des seins, développement de la pilosité faciale et corporelle, perte des cheveux comme les hommes. Les changements réversibles sont le développement de la force musculaire du haut du corps, la prise de poids, l'augmentation de l'excitation et de l'intérêt sexuel et social, la diminution de graisse au niveau des hanches.

Les effets secondaires potentiels négatifs des médicaments. Les patients qui ont d'autres problèmes médicaux ou qui sont à risque de troubles cardiovasculaires courent plus de risques de conséquences sérieuses, ou même fatales, du traitement de substitution hormonale. Par exemple, fumer des cigarettes, l'obésité, l'âge avancé, une maladie du cœur, l'hypertension artérielle, des troubles de la coagulation sanguine, une tumeur maligne, ou certaines anomalies endocriniennes, augmentent l'incidence des effets secondaires du traitement hormonal. Par conséquent, certains patients peuvent ne pas supporter le traitement de substitution hormonale. Les hormones peuvent cependant apporter des bénéfices comme des effets négatifs sur la santé. Le pourcentage des risques et des bénéfices doit toujours être discuté entre le patient et le médecin qui prescrit les hormones.

Les effets secondaires potentiels pour les hommes biologiques traités avec des oestrogènes et des progestatifs sont les suivants : tendance aux troubles de la coagulation (thrombose veineuse avec le risque fatal d'embolie pulmonaire), développement de prolactinomes pituitaires bénins, infertilité, prise de poids, instabilité émotionnelle, maladie du foie, formation de calculs biliaires, somnolence, hypertension et diabète sucré.

Les effets secondaires potentiels pour les femmes biologiques traitées avec de la testostérone sont les suivants : infertilité, acné, instabilité émotionnelle, augmentation du désir sexuel, déplacement des graisses vers un aspect masculin, avec augmentation du risque de maladie cardiovasculaire, développement d'une tumeur bénigne ou maligne du foie et dysfonctionnement hépatique.

Les responsabilités du médecin qui prescrit les hormones. Les hormones

doivent être prescrites par un médecin, et ne devraient pas être administrées sans l'accord et le suivi psychologique et médical indispensables, avant et pendant le traitement. Les patients qui ne comprendraient pas les critères d'éligibilité et de maturité requis et qui ne connaissent pas l'existence des standards de soins devraient en être dûment informés. Ceci peut être une bonne indication pour en référer à un professionnel en santé mentale expérimenté dans les troubles de l'identité sexuelle.

Le médecin qui prescrit le traitement hormonal et qui assure le suivi médical ne doit pas forcément être un spécialiste en endocrinologie, mais il doit être très bien informé des aspects médicaux et psychologiques relevant du traitement des personnes présentant des troubles de l'identité de genre.

Après avoir procédé à une minutieuse anamnèse médicale, à un examen physique complet et à des investigations de laboratoire, le médecin devrait toujours passer en revue les effets potentiels primaires et secondaires du traitement hormonal, sans omettre le risque potentiel de mise en danger de la vie du patient. Le patient doit avoir la capacité d'apprécier les risques et les bénéfices du traitement, avoir obtenu des réponses à ses questions, et accepter le suivi médical du traitement. Le dossier médical doit contenir un document écrit de consentement informé attestant que les risques et bénéfices de la thérapie hormonale ont été discutés avec le patient.

Les médecins ont une large latitude pour prescrire telle ou telle préparation hormonale et de choisir la voie d'administration qui convient le mieux à chaque patient. Les différentes options comprennent la voie orale, injectable et transdermique. L'usage de patchs transdermiques d'œstrogènes devrait être considéré pour les hommes au-delà de 40 ans ou pour ceux qui ont des troubles de la coagulation ou des antécédents de thrombose veineuse. L'administration de testostérone transdermique est utile pour les femmes qui ne veulent pas d'injections. En l'absence de problème médical, chirurgical ou psychiatrique, le suivi médical de base devrait comprendre : un examen physique régulier permettant d'observer les effets visibles du traitement hormonal, avec le contrôle des signes vitaux avant et pendant le traitement, le suivi de la courbe de poids et un suivi biologique de laboratoire. Les patients souffrant de problèmes de genre, qu'ils soient sous traitement hormonal ou non, devraient être dépistés pour des tumeurs pelviennes comme toute autre personne.

Pour les patients recevant des œstrogènes, le suivi biologique de laboratoire minimal devrait comprendre, avant la prise du traitement hormonal, le do-

sage du taux de testostérone libre, du glucose rapide, des tests de la fonction hépatique et une formule sanguine complète. Le contrôle de ces valeurs de laboratoire se fait à 6 et 12 mois de traitement, puis une fois par an. Le dosage de la prolactine se fait avant le traitement, puis il est répété à 1, 2 et 3 ans de traitement. S'il n'apparaît pas d'hyperprolactinémie durant cette période, il n'est plus nécessaire de contrôler cette valeur. Les hommes biologiques qui prennent un traitement d'œstrogènes devraient suivre un dépistage régulier pour le cancer du sein et encouragés à pratiquer régulièrement l'auto examen. Avec l'âge, on devrait aussi contrôler la prostate et dépister l'apparition éventuelle d'une tumeur.

Pour les patients recevant des androgènes, l'évaluation biologique avant la prise de traitement, consiste en des tests de la fonction hépatique et une formule sanguine complète, qui sera répétée à 6 et 12 mois de traitement, puis une fois par an. Il faut effectuer un examen du foie une fois par an. Les femmes biologiques ayant subi une mastectomie et qui ont des antécédents de cancer du sein dans leur famille devraient être dépistées régulièrement pour cette affection.

Le médecin doit fournir au patient un certificat médical indiquant qu'il est sous traitement médical suivi incluant une thérapie hormonale de substitution. Pendant les premières phases du traitement hormonal, le patient devrait porter ce certificat médical sur lui en continu afin d'éviter d'éventuelles difficultés avec la police ou d'autres autorités.

Réduction des doses d'hormones après la gonadectomie. Les doses d'œstrogènes après l'orchidectomie peuvent être réduites d'un tiers à la moitié, tout en maintenant le processus de féminisation. La réduction des doses de testostérone post-ovariectomie doit prendre en compte le risque d'ostéopore. Le traitement hormonal de substitution à vie est nécessaire pour tous les patients des deux genres.

Du mauvais usage des hormones. Certaines personnes obtiennent des hormones sans prescription médicale, provenant d'amis, de membres de la famille ou de certaines pharmacies d'autres pays. L'usage d'hormones sans contrôle médical expose ces personnes à un grand risque de complications médicales. Il est aussi connu que certains patients sous traitement hormonal médical prennent des doses supérieures à celles prescrites par le médecin, et sans qu'il le sache. Les médecins prescrivant des hormones et les professionnels en santé mentale qui suivent ces mêmes patients doivent faire des ef-

forts pour encourager le respect des doses prescrites, afin de limiter les risques de morbidité. Un médecin a le droit éthiquement d'interrompre le traitement hormonal d'un patient qui ne respecte pas ses prescriptions.

Autres bénéfices potentiels des hormones. Le traitement de substitution hormonale, s'il est médicalement toléré, doit précéder la chirurgie génitale. La satisfaction procurée par l'effet des hormones consolide l'identité de genre désirée et contribue à la conviction de poursuivre la démarche. L'insatisfaction procurée par les effets du traitement hormonal signale une ambivalence face au traitement chirurgical de réassignation. Chez les hommes biologiques, les hormones seules entraînent souvent un développement adéquat des seins qui rend inutile une intervention d'augmentation ou de plastie mammaire. Certains patients sous traitement hormonal ne désirent pas d'interventions chirurgicales génitales ou autres.

L'usage des anti-androgènes et la thérapie séquentielle. Les anti-androgènes peuvent être utilisés comme adjuvants aux oestrogènes dans le traitement des hommes biologiques, bien qu'ils ne soient pas toujours nécessaires pour parvenir à la féminisation. Chez certains patients, les anti-androgènes peuvent supprimer plus efficacement la production endogène de testostérone, permettant ainsi de prescrire une dose d'oestrogène plus faible, ce qui est précieux lorsqu'on veut éviter des effets secondaires liés aux oestrogènes. La thérapie séquentielle n'est pas nécessaire à la féminisation. Il n'est pas non plus nécessaire de prescrire une thérapie séquentielle imitant le cycle menstruel féminin, alternant mensuellement oestrogène et progestérone, pour parvenir à la féminisation.

Consentement éclairé. Le traitement hormonal ne doit être donné qu'à ceux qui sont légalement capables de fournir leur consentement éclairé. Sont incluses les personnes mineures qui ont été déclarées comme émancipées par un tribunal et les personnes incarcérées qui sont considérées comme compétentes pour participer aux décisions médicales les concernant. Pour les adolescents, il est nécessaire de disposer du consentement éclairé écrit d'un parent ou du tuteur légal en plus de l'assentiment du patient mineur.

Options concernant la reproduction. Le consentement éclairé implique que le patient a compris que l'administration d'hormones limitera sa fertilité et que l'ablation des organes sexuels supprimera sa capacité de reproduction de façon irréversible. On connaît des cas de personnes qui ont suivi une thérapie hormonale et une chirurgie de réassignation sexuelle et qui regrettent

plus tard la perte de leur capacité à avoir des enfants dont ils seraient le parent biologique. Le professionnel en santé mentale qui donne sa recommandation pour la thérapie hormonale et le médecin qui la prescrit doivent donc s'assurer qu'ils ont clairement discuté des options reproductives avec le patient avant de démarrer les hormones. Les hommes biologiques, spécialement ceux qui n'ont pas déjà eu d'enfant, devraient être informés de la possibilité de prélever du sperme avant de débiter la thérapie hormonale et de le conserver sous forme de paillettes congelées dans une banque de sperme. Les femmes biologiques n'ont actuellement pas la possibilité de conserver leurs ovules autrement que sous la forme d'embryons fertilisés congelés. Elles devraient néanmoins être aussi informées de ces questions reproductives et savoir que cette possibilité existe. Quand d'autres possibilités se présenteront, elles devront être exposées.

IX. La “ real life experience ” ou expérience de vie réelle

L'expérience de vie réelle, *real life experience*, est le fait d'adopter une nouvelle identité de genre dans la vie de tous les jours et de se présenter et vivre comme une personne du sexe tant désiré. L'expérience de vie réelle est une étape essentielle dans la transition du sexe biologique d'origine à celui qui correspond à l'identité de genre du patient. Comme le fait de changer sa présentation et son identité publiquement a des conséquences immédiates et profondes, tant sur le plan personnel que social, il est important que cette décision soit précédée par la prise de conscience et l'anticipation de ce que ces changements vont probablement avoir sur le plan familial, interpersonnel, scolaire, professionnel, économique et légal. Les professionnels ont la responsabilité de discuter de toutes ces répercussions prévisibles avec leurs patients. Le changement d'identité et de présentation peut être un facteur de discrimination professionnelle, entraîner des problèmes conjugaux ou même un divorce, et restreindre voire perdre le droit de visite auprès de ses enfants. Ceci représente la réalité extérieure à laquelle on doit se confronter avec succès dans son nouveau genre. Ces conséquences peuvent s'avérer très différentes de ce que le patient imaginait avant de tenter cette expérience de vie réelle. Quoiqu'il en soit, tous les changements ne sont pas négatifs.

Les paramètres de l'expérience de vie réelle. Quand les cliniciens évaluent la qualité de l'expérience de vie réelle dans le genre désiré, ils doivent passer en revue les points suivants :

1. La capacité à garder un emploi à temps partiel ou à plein temps.
2. La capacité d'étudier.
3. Avoir une activité bénévole ou volontaire dans une communauté ou une association.
4. Entreprendre une combinaison quelconque des items 1 à 3.
5. Acquérir un nouveau prénom approprié à sa nouvelle identité de genre, si possible légal.
6. Fournir des documents attestant que des personnes autres que son thérapeute savent que le patient vit sous son identité de genre désirée.

“ Real-life experience ” contre “ real life-test ”. Bien que les professionnels puissent recommander l'expérience de vie dans le genre désiré, la décision de la faire ou non, et quand et comment, reste la responsabilité personnelle du patient. Certains patients commencent l'expérience de vie réelle et décident finalement que cette orientation de vie, si souvent imaginée, n'est pas dans leur meilleur intérêt. Certains professionnels interprètent cette expérience de vie réelle comme un ultime test diagnostic : si le patient "prospère" dans sa nouvelle identité de genre, le diagnostic de “ transsexuel ” est confirmé, alors que s'il décide de ne pas poursuivre l'expérience, cela infirme ce diagnostic, car "il vaut mieux qu'il ne le soit pas". Ce raisonnement confond le diagnostic et la force qu'il faut avoir pour être capable de s'adapter et d'assumer une autre identité de genre. L'expérience de vie réelle teste la résolution personnelle, la capacité de fonctionner dans le genre préféré, et l'adéquation des appuis sociaux, économiques et du soutien psychologique. Cela aide le patient et le professionnel en santé mentale à évaluer le processus. Le diagnostic, bien qu'il puisse toujours être reconsidéré, doit précéder une recommandation à s'engager dans une expérience de vie réelle. Lorsque le patient réussit avec succès cette expérience, il gagne en assurance et peut envisager, avec le professionnel en santé mentale qui le suit, de passer à l'étape suivante.

Épilation de la barbe et autres poils indésirables pour les patients homme vers femme. La densité de la barbe n'est pas significativement modifiée par l'administration d'hormones féminines. L'épilation de la pilosité faciale par électrolyse est un traitement généralement sûr, qui prend du temps, mais qui facilite l'expérience de vie réelle pour les hommes biologiques. Les effets secondaires sont l'inconfort pendant et juste après le traitement et, moins fréquemment l'apparition d'une hypo- ou d'une hyper-pigmentation localisée, de cicatrices ou de folliculites. Il n'y a pas besoin d'un accord médical formel

pour pratiquer l'épilation et c'est le patient qui décide quand il considère que c'est le bon moment. Il vaut mieux commencer l'épilation avant l'expérience de vie réelle car il faut laisser pousser suffisamment les poils de la barbe pour pouvoir les enlever. Beaucoup de patients vont avoir besoin de deux années de traitements réguliers pour parvenir à faire disparaître complètement leur pilosité faciale. L'épilation de la barbe au laser est une nouvelle alternative possible, mais comme elle est récente, l'expérience est encore limitée.

X. Chirurgie

La chirurgie de réassignation sexuelle est efficace et médicalement indiquée dans les troubles de l'identité de genre sévères. Chez les personnes qui sont diagnostiquées comme transsexuelles ou ayant un sévère trouble de l'identité de genre, la chirurgie de réassignation sexuelle est un traitement prouvé comme véritablement efficace après une thérapie hormonale et une expérience de vie réelle. Un tel schéma thérapeutique, quand il est prescrit et recommandé par des professionnels expérimentés, est médicalement indiqué et approprié. La réassignation sexuelle ne peut en aucun cas être considérée comme expérimentale, élective, cosmétique ou optionnelle. Elle constitue un traitement très efficace et indiqué pour le transsexualisme et dans les troubles de l'identité de genre sévères

Comment traiter les questions éthiques concernant la chirurgie de réassignation sexuelle. Beaucoup de personnes, y compris certains professionnels de la médecine, sont opposées au traitement chirurgical des troubles de l'identité de genre pour des raisons éthiques. Dans la pratique chirurgicale ordinaire, on enlève des tissus pathologiques dans l'intention de réparer des fonctions perturbées, ou on modifie des formes corporelles pour améliorer l'image que le patient a de lui-même. Pour ceux qui s'opposent à la chirurgie de réassignation sexuelle, ces conditions ne sont pas présentes lorsqu'on opère des patients souffrant de troubles de l'identité de genre. Il est important que les professionnels qui traitent des patients avec des troubles de l'identité de genre se sentent à l'aise avec le fait de modifier des structures anatomiquement normales. Afin de comprendre comment la chirurgie peut soulager l'inconfort psychologique des patients diagnostiqués de troubles de l'identité de genre, les professionnels doivent écouter ces patients parler de leur histoire et de leurs dilemmes. La réticence ou le refus de procéder à des

interventions chirurgicales sur la base éthique de “ avant tout ne pas nuire ” doivent être respectés, discutés, et confrontés avec l’opportunité d’apprendre des patients eux-mêmes dans quelle détresse psychologique profonde ils vivent leur trouble de l’identité de genre.

Il n’est pas éthique de refuser la chirurgie de réassignation sexuelle ou une thérapie hormonale seulement sur la base d’une séropositivité à une infection comme le HIV ou une hépatite B ou C.

Les relations entre le chirurgien, le médecin qui prescrit les hormones et le professionnel en santé mentale. Le chirurgien n’est pas simplement un technicien engagé pour pratiquer une intervention. Le chirurgien fait partie d’une équipe de cliniciens qui participent tous à un long processus thérapeutique. Le patient ressent souvent une immense admiration et un grand respect pour le chirurgien, ce qui permet idéalement un suivi à long terme. En raison de sa responsabilité envers le patient, le chirurgien doit comprendre le diagnostic qui a conduit à recommander la chirurgie génitale. Les chirurgiens devraient avoir l’opportunité de parler longuement avec leurs patients afin de se convaincre eux-mêmes de l’indication chirurgicale et du bénéfice que le patient va pouvoir retirer de l’intervention. Idéalement, le chirurgien devrait avoir la possibilité de travailler en étroite collaboration avec les autres professionnels qui sont engagés dans le traitement médical et psychologique du patient. Le meilleur moyen de procéder est d’appartenir à une équipe pluridisciplinaire de professionnels qui se spécialisent dans le traitement des troubles de l’identité de genre. Néanmoins ces équipes n’existent pas partout. Le chirurgien devrait au moins s’assurer que le professionnel en santé mentale et le médecin qui prescrit le traitement hormonal sont des professionnels réputés compétents et spécialisés dans les troubles de l’identité de genre. Ceci est souvent reflété par la qualité des lettres et documents qui lui sont fournis. Comme des documents fictifs et falsifiés ont déjà été présentés à des chirurgiens, ce dernier devrait prendre personnellement contact, au moins avec l’un des professionnels en santé mentale qui ont signé la lettre de recommandation, afin de vérifier leur authenticité et leur origine.

Avant de pratiquer une quelconque intervention chirurgicale, le chirurgien devrait avoir connaissance de toutes les conditions du suivi médical et des effets du traitement hormonal sur le foie et les autres systèmes ou organes investigués. Il peut faire cela tout seul ou en collaboration avec des collègues médecins. Comme certaines conditions médicales pré-existantes peuvent entraîner des complications lors de la chirurgie de reconstruction, le chirurgien

doit aussi être compétent dans le domaine urologique. Le dossier médical doit contenir le consentement écrit du patient qui doit avoir été informé auparavant des particularités de la chirurgie qu'on va lui pratiquer.

XI. Chirurgie des seins

L'augmentation mammaire et la mastectomie sont des interventions chirurgicales courantes et faciles à obtenir pour une variété d'indications qui vont de l'indication esthétique au cancer. Bien que l'aspect des seins soit très important comme caractéristique sexuelle secondaire, la taille de la poitrine ou sa présence ne sont pas concernées dans les définitions légales du sexe ou du genre, et ne sont pas importantes pour la reproduction. La pratique des opérations sur les seins devrait être considérée avec les mêmes réserves que l'indication à la thérapie hormonale, car les deux produisent des changements corporels relativement irréversibles.

La démarche est différente pour les transsexuels masculins ou féminins. Pour les patients dans le sens femme vers homme, une mastectomie est souvent indiquée en premier lieu pour permettre l'expérience de vie réelle en homme, et pour certains patients, c'est la seule chirurgie pratiquée. Lorsque la quantité de tissu mammaire qui doit être enlevée est importante et implique aussi l'ablation d'un morceau de peau, le patient doit être informé qu'il en résultera une cicatrice visible. Pour les transsexuels dans le sens homme vers femme, une mammoplastie d'augmentation peut être indiquée lorsque le médecin qui prescrit le traitement hormonal et le chirurgien ont constaté que le développement mammaire reste insuffisant après 18 mois de traitement hormonal et ne permet pas de vivre confortablement dans un rôle féminin en société.

XII. Chirurgie des organes génitaux

Critères d'éligibilité. Voici les critères d'éligibilité minimaux exigés avant de pratiquer la chirurgie génitale, valables pour l'un ou l'autre sexe :

1. Avoir atteint l'âge légal de la majorité dans son pays d'origine.
2. Habituellement, avoir suivi 12 mois continus de traitement de substitution hormonale sans contre-indication médicale (voir ci-dessous

- “ la chirurgie peut-elle être pratiquée sans traitement hormonal et expérience de vie réelle ”).
3. Avoir vécu avec succès une expérience de vie réelle dans le genre désiré durant au moins 12 mois d'affilée. Des périodes de retour au genre d'origine peuvent indiquer une ambivalence face au processus de changement et ne remplissent donc pas ce critère.
 4. Si cela est demandé par le professionnel de santé mentale, la participation à des entretiens psychothérapeutiques réguliers tout au long de l'expérience de vie réelle, à une fréquence déterminée conjointement avec le patient. La psychothérapie n'est pas en soi un critère absolument requis avant la chirurgie.
 5. Le patient doit connaître précisément les coûts, la durée des hospitalisations requises, les complications éventuelles et la rééducation post-opératoire nécessaire après les différentes interventions chirurgicales.
 6. Avoir conscience des différences de compétences des chirurgiens.

Critères de préparation (ou maturité). Les critères de maturité sont les suivants :

1. Avoir démontré des progrès dans la consolidation de sa nouvelle identité de genre.
2. Avoir fait des progrès visibles dans la manière de gérer son activité professionnelle et ses relations familiales, et avoir amélioré la qualité de ses relations inter-personnelles et son équilibre mental de façon significative, ce qui implique aussi un contrôle satisfaisant des problèmes de sociopathie, de drogues, la psychose ou le risque suicidaire par exemple.

La chirurgie peut-elle être pratiquée sans traitement hormonal et expérience de vie réelle ? Personne ne peut recevoir une chirurgie génitale sans respecter les critères d'éligibilité requis. La chirurgie des organes génitaux est un traitement pour des troubles de l'identité de genre confirmés par un diagnostic précis et n'est pratiquée qu'après une évaluation soigneuse. La chirurgie génitale n'est pas un droit qui doit être octroyé sur simple demande. Les standards de soins permettent une approche individuelle variée, mais les différentes étapes du traitement que sont l'évaluation diagnostique, l'accompagnement psychothérapeutique, la prise d'hormones et l'expérience de vie réelle ne peuvent être ignorées. Néanmoins, si une personne a vécu de façon convaincante dans le genre désiré pendant une longue période de temps, et qu'elle est reconnue en bonne santé psychologique après une cer-

taine durée de psychothérapie requise, il n'y a pas de raison inhérente de la forcer à prendre des hormones avant de pratiquer la chirurgie génitale.

Conditions requises avant la chirurgie. Les traitements de réassignation génitale pour les personnes diagnostiquées comme souffrant de troubles de l'identité de genre ne sont pas de simples procédures chirurgicales de confort. De telles procédures n'impliquent qu'un simple contrat mutuellement consenti entre un chirurgien et son patient. La chirurgie de réassignation génitale, elle, ne peut être entreprise qu'après une évaluation complète menée par un professionnel en santé mentale qualifié. Elle ne doit être pratiquée qu'une fois établi un document attestant de la procédure d'évaluation suivie, et quand tous les critères d'éligibilité et de maturité sont remplis. En suivant cette procédure à la lettre, le professionnel en santé mentale, le chirurgien et le patient partagent la responsabilité de la décision de pratiquer ces changements corporels irréversibles.

Requis pour le chirurgien qui va pratiquer la reconstruction génitale. Le chirurgien doit être un urologue, un gynécologue, un plasticien ou un chirurgien général, reconnu par le comité de certification d'une association nationale réputée. Le chirurgien doit avoir des compétences spécialisées dans les techniques de reconstruction génitale attestée par une attestation de formation menée sous la supervision d'un chirurgien plus expérimenté. Même les chirurgiens expérimentés dans ce domaine doivent être disposés à ce que leurs techniques thérapeutiques soient examinées par des pairs. Ces chirurgiens devraient participer régulièrement à des réunions professionnelles au cours desquelles sont présentées les nouvelles techniques.

Idéalement, le chirurgien devrait connaître plus d'une technique de reconstruction génitale, afin de pouvoir proposer et choisir, en consultation avec le patient, la technique la plus adéquate. Quand les chirurgiens sont expérimentés dans une seule technique, ils devraient en informer leurs patients, et les adresser à un autre chirurgien quand ils ne veulent pas de cette technique ou lorsqu'elle ne convient pas.

Chirurgie génitale pour les patients dans le sens homme vers femme. La procédure chirurgicale comprend l'orchidectomie, la pénectomie, la vaginoplastie, la clitoroplastie et la labiaplastie. Cette procédure requiert une chirurgie et des soins post-opératoires spécialisés. Il existe différentes techniques pour la vaginoplastie qui sont l'inversion de la peau du pénis, la transplantation d'un pédicule rectosigmoïdien ou d'une greffe de peau libre. Il est

important de créer un vagin qui soit fonctionnel, sexuellement sensible et acceptable sur le plan esthétique.

Autres interventions chirurgicales pour les patients homme vers femme.

On peut pratiquer d'autres interventions chirurgicales pour aider le processus de féminisation : la réduction de l'os thyroïdien (pomme d'Adam), la chondroplastie, la liposuction de la taille, la rhinoplastie, la réduction des os de la face, le lifting facial, et la blépharoplastie (paupières). Ces interventions ne requièrent pas de lettres de recommandation de professionnels en santé mentale.

La chirurgie de modification de la voix reste plus discutée, tant en ce qui concerne son efficacité que sa fiabilité, et de amples recherches doivent être suivies avant de généraliser cette procédure. Afin de protéger leurs cordes vocales, les patients désirant cette intervention ne devraient l'entreprendre qu'une fois terminées les autres interventions chirurgicales nécessitant une intubation.

Chirurgie génitale pour les patients dans le sens femme vers homme.

La procédure chirurgicale comprend l'hystérectomie, la salpingo-ovariectomie, la vaginectomie, la métoïdioplastie, la scrotoplastie, l'urétroplastie, le placement de prothèses testiculaires et la phalloplastie. Les techniques chirurgicales de phalloplastie sont variées. Le choix de la technique peut être limité par des considérations anatomiques ou chirurgicales. Si les objectifs de la phalloplastie sont un néophallus de bonne apparence, la miction en position debout, des sensations sexuelles et la possibilité de pratiquer le coït, le patient doit être clairement informé que cela comprend plusieurs étapes chirurgicales distinctes et que les difficultés techniques sont fréquentes et peuvent nécessiter des interventions supplémentaires. Même la métoïdioplastie qui permet, en théorie, de construire un microphallus en une seule fois, nécessite souvent plus d'une intervention. La pléthore des techniques différentes pratiquées pour construire un nouveau pénis indique qu'il est nécessaire de les développer encore.

Autres interventions chirurgicales pour les patients femme vers homme.

D'autres interventions chirurgicales peuvent être pratiquées pour aider le processus de masculinisation comme la liposuction des hanches, des cuisses et des fesses.

XIII. Le suivi après la transition

Un suivi post-opératoire à long terme est fortement conseillé, car c'est un des facteurs associés à une bonne évolution psychosociale. Le suivi est important pour le suivi médical et anatomique du patient, ainsi que pour le chirurgien qui pourra ainsi mieux connaître les bénéfices et limites de sa chirurgie.

Un suivi à long terme avec le chirurgien est recommandé pour tous les patients afin d'assurer un résultat optimal. Les chirurgiens qui opèrent des patients qui viennent de loin devraient inclure dans leur plan de soin un suivi personnel et tenter d'organiser des soins abordables à plus long terme dans la région géographique où vit le patient. Certains patients renoncent parfois d'eux-mêmes au suivi post-opératoire avec le médecin prescrivant les hormones, en ne comprenant pas que ce médecin est le mieux placé pour prévenir, diagnostiquer et traiter des complications médicales à long terme, particulières à chaque patient traité hormonalement et chirurgicalement. Les patients devraient suivre après l'opération des contrôles médicaux réguliers de dépistage selon les recommandations adaptées à leur âge. La nécessité d'un suivi à long terme s'étend au professionnel en santé mentale, qui est celui qui a passé le plus de temps avec le patient, et qui est donc dans une excellente position pour l'aider à s'adapter à toute difficulté rencontrée en phase post-opératoire.

NOTES

Traduction effectuée et diffusée par le CARITIG
avec l'aimable autorisation de la HBIGDA

© HBIGDA 2004



Centre d'Aide, de Recherche et d'Information
sur la Transsexualité et l'Identité de Genre

BP. 756 - 75827 Paris Cedex 17 - France

Tel. [33] 870.700.600.

- prix d'un appel local depuis un téléphone fixe -

Tel./Fax [33] 1.53.17.05.27.

www.caritig.org - email : caritig@caritig.org
