



WPATH WORLD PROFESSIONAL
ASSOCIATION for
TRANSGENDER HEALTH

Standards de Soins pour la santé des personnes transsexuelles, transgenres et de genre non-conforme

The World Professional Association for Transgender Health
Association mondiale des professionnels pour la santé transgenre
(Antérieurement association Harry Benjamin)

Standards de Soins

pour la santé des personnes transsexuelles, transgenres et de genre non-conforme

Ceci est la traduction officielle de WPATH des Standards de Soins en Français. A des fins plus juridiques et techniques, la version anglaise originale peut être consultée sur: www.wpath.org

Eli Coleman, Walter Bockting, Marsha Botzer, Peggy Cohen-Kettenis, Griet DeCuypere, Jamie Feldman, Lin Fraser, Jamison Green, Gail Knudson, Walter J. Meyer, Stan Monstrey, Richard K. Adler, George R. Brown, Aaron H. Devor, Randall Ehrbar, Randi Ettner, Evan Eyler, Rob Garofalo, Dan H. Karasic, Arlene Istar Lev, Gal Mayer, Heino Meyer-Bahlburg, Blaine Paxton Hall, Friedmann Pfäfflin, Katherine Rachlin, Bean Robinson, Loren S. Schechter, Vin Tangpricha, Mick van Trotsenburg, Anne Vitale, Sam Winter, Stephen Whittle, Kevan R. Wylie & Ken Zucker

© 2012 World Professional Association for Transgender Health (WPATH). All rights reserved.

7ème version¹ | www.wpath.org

¹ This is the seventh version of the *Standards of Care* since the original 1979 document. Previous revisions were in 1980, 1981, 1990, 1998, and 2001. Version seven was published in the *International Journal of Transgenderism*, 13(4), 165–232. doi:10.1080/15532739.2011.700873

Table des Matières

I. Objectif et utilisation des <i>Standards de Soins (SDS)</i>	1
II. Applicabilité globale des <i>SDS</i>	3
III. Différence entre Non-Conformité de Genre et Dysphorie de Genre	4
IV. Aspects épidémiologiques	7
V. Vue d'ensemble des approches thérapeutiques de la dysphorie de genre	9
VI. Évaluation et traitement des enfants et adolescents ayant une dysphorie de genre	12
VII. Santé Mentale	24
VIII. Traitement Hormonal	37
IX. Santé de la reproduction	56
X. Thérapie de la voix et de la communication	57
XI. Chirurgie	60
XII. Soins post-opératoires et suivi.	72
XIII. Soins primaires et prévention tout au long de la vie.	73
XIV. Applicabilité des <i>SDS</i> pour les personnes vivant en institution	75
XV. Applicabilité des <i>SDS</i> pour les sujets ayant un Trouble du Développement	77
Références	81

Annexes

A. Glossaire	103
B. Vue d'ensemble des risques médicaux de l'hormonothérapie	106
C. Résumé des critères pour l'hormonothérapie et les chirurgies	113
D. Preuves et résultats cliniques des approches thérapeutiques	116
E. Processus de développement des <i>SDS, 7ème version</i>	118

Objectif et utilisation des *Standards de Soins*

L'Association mondiale des professionnels en santé transgenre (WPATH) est une association professionnelle, internationale et multidisciplinaire dont la mission est de promouvoir le soin basé sur des preuves, l'éducation et la recherche, ainsi que des éléments pédagogiques et politiques, orientés vers le respect de la santé des personnes transgenres. La vision de la WPATH est de rassembler divers professionnels pour développer de meilleures pratiques et des politiques de soutien à travers le monde, qui promeuvent la santé, la recherche, l'éducation, le respect, la dignité et l'égalité des personnes transsexuelles, transgenres et de genre non-conforme dans les différents contextes culturels.

L'une des principales missions de la WPATH est de promouvoir les points forts des *Standards De Soins (SDS)*. Les SDS sont basés sur les données scientifiques disponibles à ce jour et les consensus d'experts¹. Si la plupart des recherches et expériences de ce champ ont une origine Nord-Américaine et Européenne, des adaptations des SDS à d'autres parties du monde sont nécessaires. Des suggestions relatives aux mentalités et aux compétences culturelles sont intégrées à cette version des SDS.

Le but général des SDS est de proposer des directives cliniques aux professionnels de santé pour accompagner les personnes transsexuelles, transgenres et de genre non-conforme avec des dispositifs adaptés et efficaces, afin que ces personnes puissent trouver un confort personnel avec leur 'moi genré', ceci dans un but d'optimiser leur état de santé général, leur bien-être psychologique et leur épanouissement personnel. Cette aide peut consister en soins primaires, gynécologiques et urologiques, des options de reproduction, des thérapies de la voix et de la communication, des services de santé mentale (évaluation, conseil, psychothérapie), et des traitements hormonaux et chirurgicaux. Bien qu'ils soient d'abord destinés aux professionnels, les SDS peuvent également être utilisés par les personnes, leurs familles, et les institutions pour comprendre comment ils peuvent contribuer à la promotion de la santé optimale pour les membres de cette population diversifiée.

La WPATH reconnaît que la santé dépend non seulement de soins cliniques de qualité mais aussi des climats sociaux et politiques qui garantissent la tolérance sociale, l'égalité et les droits

¹ La septième version des Standards de Soins se démarque des versions précédentes. Les changements de cette version sont basés sur les virages culturels, les avancées des connaissances cliniques et l'anticipation de questions de santé pouvant émerger pour les personnes transsexuelles, transgenres ou de genre non-conforme, au-delà des thérapie hormonale et de la chirurgie (Coleman, 2009a, b, c, d).

civiques. La santé est promue par l'intermédiaire de politiques publiques et de réformes légales, assurant la tolérance et l'égalité de la diversité sexuelle et/ou de genre, condamnant le préjudice, la discrimination et la stigmatisation. La mission de la WPATH est de plaider en faveur de ces changements au sein des politiques publiques et des réformes légales.

Les *SDS* sont des recommandations cliniques flexibles

Les *SDS* se veulent flexibles afin de tenir compte des différents besoins en terme de santé des personnes transsexuelles, transgenres et de genre non-conforme. Bien que souples, les *SDS* proposent des standards de soins pour guider au mieux le traitement des personnes en situation de dysphorie de genre – définie au sens large, comme l'inconfort ou la détresse causé(e) par une discordance entre l'identité de genre d'une personne et son assignation sexuelle à la naissance (ainsi que le rôle de genre associés et/ou les caractères sexuels primaires et secondaires) (Fisk, 1974; Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010b).

Comme dans toutes les versions précédentes, les critères élaborés dans ce document pour la thérapie hormonale et le traitement chirurgical de la dysphorie de genre sont des lignes directrices cliniques que les professionnels de santé et les programmes individuels sont susceptibles de modifier. Les éléments cliniques de départ des *SDS* peuvent varier selon l'anatomie du patient, sa situation sociale ou psychologique; l'expérience du professionnel et son évolution dans la gestion de ce type de situation; un protocole de recherche ; le manque de ressources de certaines parties du monde; ou la nécessité d'une stratégie de réduction des risques spécifique et adaptée. Ces éléments cliniques de départ devraient être documentés et expliqués au patient, par le moyen d'un consentement éclairé, ceci dans un souci de qualité des soins et de protection légale. Cette documentation comptera dans l'accumulation de nouvelles données qui pourront être examinées rétrospectivement dans une perspective d'évolution des soins ainsi que des *SDS*.

Les *SDS* articulent des recommandations cliniques mais reconnaissent l'importance du choix éclairé et informé, ainsi que l'importance des approches de gestion ou de réduction des risques. De plus cette version des *SDS* reconnaît et valide l'existence de différentes expressions de genre qui ne nécessiteraient pas de traitement psychologique, hormonal ou chirurgical. Certains patients se présentant pour des soins auront fait seuls des progrès significatifs dans leur changement de rôle de genre, leur transition, ou tout autre résolution concernant leur identité ou leur dysphorie de genre. D'autres patients demanderont des soins plus importants. Les professionnels de santé peuvent utiliser les *SDS* pour aider les patients à connaître l'éventail des possibilités de prise en charge selon leurs attentes cliniques et leur but quant à leur expression de genre.



Applicabilité globale des *Standards de Soins*

Si les *SDS* ont été rédigés dans une perspective d'utilisation pour tous les pays, la WPATH reconnaît que la majorité des connaissances et expériences cliniques accumulées dans ce champ est issue d'Amérique du Nord ou d'Europe de l'Ouest. D'un lieu à un autre, au sein d'un même pays ou entre les pays, des différences persistent concernant : les attitudes sociales envers les personnes transsexuelles, transgenres et de genre non-conforme ; la construction des rôles et identités de genre ; le langage utilisé pour décrire les différentes identités de genre ; l'épidémiologie de la dysphorie de genre ; l'accessibilité et le coût du traitement ; le type de thérapie proposé ; le nombre et les spécialités des professionnels qui prodiguent ces soins ; les problèmes légaux et politiques relatifs à ce secteur de la santé (Winter, 2009).

Les *SDS* ne peuvent pas rendre compte de toutes ces différences. En appliquant ces standards dans d'autres contextes culturels, les professionnels de santé doivent être sensibles à ces différences et adapter les *SDS* en fonction de la réalité locale. Par exemple, dans un certain nombre de cultures, les personnes de genre non-conforme sont tellement nombreuses et vivent de telle façon qu'elles sont socialement très visibles (Pelez, 2006). Dans de telles configurations, il est courant pour ces personnes d'initier un changement dans leur expression de genre et leurs caractéristiques physiques alors qu'elles sont encore adolescentes, voire avant. La plupart d'entre elles grandissent et vivent dans un contexte social, culturel, linguistique assez différent des cultures occidentales. Pourtant presque toutes font l'expérience de la discrimination (Pelez, 2006; Winter, 2009). Dans de nombreuses cultures, la stigmatisation sociale envers la non-conformité de genre est très répandue et les rôles de genre sont encore fortement déterminés socialement (Winter et coll., 2009). Dans ce contexte, les personnes de genre non-conforme doivent se cacher et peuvent ne pas avoir d'opportunité pour un accès aux soins adéquats.

Les *SDS* n'entendent pas limiter les efforts pour proposer les meilleurs soins possibles à tous les individus. Les professionnels de santé du monde entier – même dans des zones limitées en termes de ressources et de formation – peuvent appliquer les principes qui sous-tendent les *SDS*. Ces principes incluent les propositions suivantes : montrer du respect pour les patients à identités de genre non-conformes (ne pas pathologiser les différences dans l'expression ou l'identité de genre) ; proposer des soins (ou orienter vers un collègue compétent) permettant au patient d'affirmer son identité de genre et atténuant la détresse liée à la dysphorie de genre, si celle-ci est présente; s'informer sur les besoins sanitaires des personnes transsexuelles, transgenres et de genre non-conforme, y compris les risques et bénéfices de chaque option du traitement de la dysphorie de genre; faire correspondre l'approche thérapeutique aux besoins spécifiques

du patient, particulièrement les buts liés à l'expression du genre et les besoins pour soulager la dysphorie de genre; faciliter l'accès aux soins appropriés; avoir le consentement éclairé du patient avant tout traitement; offrir une continuité des soins; enfin être préparé à soutenir et défendre les patients au sein de leur famille et des communautés (écoles, lieu de travail et autres).

La terminologie dépend d'une culture à un moment donné et évolue rapidement. Il est important d'utiliser un langage respectueux selon les lieux, les moments et les publics. Dans la traduction des *SDS* en d'autres langues, de grandes précautions doivent être prises pour s'assurer de la justesse du sens des termes traduits. La terminologie anglaise peut ne pas être simple à traduire dans d'autres langues, et vice versa. Certaines langues n'ont pas d'équivalent pour décrire les différents termes qui sont présents dans ce document, d'où la nécessité pour les traducteurs de connaître les buts prioritaires et sous-jacents du traitement et d'articuler une trame et des conseils culturellement applicables pour atteindre ces buts.



Différence entre Non-Conformité de Genre et Dysphorie de Genre

Être transsexuel, transgenre ou de genre non-conforme est une question de diversité, pas de pathologie².

En mai 2010, la WPATH a publié une déclaration exhortant à la dé-psychopathologisation de la non-conformité de genre à travers le monde entier (Conseil d'Administration de la WPATH, 2010). Cette déclaration soulignait que « l'expression des caractéristiques de genre, identités incluses, qui ne sont pas stéréotypiquement associées au sexe d'assignation de naissance, est un phénomène humain commun et culturellement diversifié qui ne doit pas être considéré comme intrinsèquement pathologique ou négatif. »

² Selon les pays et les classifications médicales, le transsexualisme fait partie des « troubles » qu'aucune théorie actuelle ne peut expliquer (étiologie inconnue). Ainsi le « but thérapeutique » de la prise en charge justifie le remboursement des soins médicaux en France en particulier.

Malheureusement, il y a une stigmatisation attachée à la non-conformité de genre dans de nombreuses sociétés à travers le monde, ce qui peut être source de préjugés et de discrimination, entraînant un « stress de minorité³ » (cf I. H. Meyer, 2003). Le stress de minorité est unique (venant en plus des facteurs de stress généraux vécus par tout un chacun), social, et chronique, et peut rendre les personnes transsexuelles, transgenres et de genre non-conforme plus vulnérables, produisant des symptômes de santé mentale comme l'anxiété et la dépression (Institute of Medicine, 2011). En plus de préjugés et discrimination sociale, la stigmatisation peut contribuer à des abus et de la négligence dans les relations avec les pairs ou la famille, ce qui peut induire une détresse psychologique. Cependant il faut souligner que ces symptômes sont socialement induits et ne sont pas inhérents au fait d'être transsexuel(le), transgenre, ou de genre non-conforme.

La non-conformité de genre est différente de la dysphorie de genre

Il y a *non conformité de genre* quand l'identité, le rôle ou l'expression de genre d'une personne diffère de la norme culturelle prescrite pour les personnes d'un sexe déterminé (Institute of Medicine, 2011). La *dysphorie de genre* renvoie à l'inconfort ou la souffrance causé(e) par la discordance entre l'identité de genre d'une personne et son sexe d'assignation à la naissance (et les rôles de genre associés, et/ou les caractères sexuels primaires et/ou secondaires) (Fisk, 1974; Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010b). Seule une partie des personnes de genre non-conforme feront l'expérience d'une dysphorie de genre à un moment donné de leur vie.

Il y a un traitement pour aider les personnes présentant ce type de souffrance, à explorer leur identité de genre et trouver un rôle de genre où ils se sentent à l'aise (Bockting & Goldberg, 2006). Le traitement est individualisé : ainsi ce qui aide une personne à soulager sa dysphorie de genre peut être très différent de ce qui en aidera une autre. Ce processus peut ou peut ne pas impliquer un changement dans l'expression de genre, ou des modifications corporelles. Les options du traitement médical incluent par exemple la féminisation ou la masculinisation du corps par un traitement hormonal et/ou chirurgical, qui sont efficaces pour atténuer la dysphorie de genre et médicalement nécessaires pour un certain nombre de personnes. Les expressions et identités de genre sont variées, hormones et chirurgie sont deux des nombreuses options disponibles pour aider les personnes à trouver un équilibre entre eux-mêmes et leur sentiment d'identité.

La dysphorie de genre est en grande partie atténuée par le traitement (Murad et coll., 2010). Ainsi, si les personnes transsexuelles, transgenres et de genre non-conforme peuvent faire l'expérience

3 Le stress de minorité renvoie à la relation entre une minorité et les valeurs dominantes, résultant en un conflit avec l'environnement social expérimenté par les membres du groupe minoritaire.

de la dysphorie de genre à un moment donné de leur vie, de nombreux individus recevant un traitement trouveront le rôle et l'expression de genre qui leur conviennent, même si cela diffère de ceux qui sont associés à leur sexe d'assignation à la naissance, ou des normes et attentes de genres dominantes.

Les diagnostics liés à la dysphorie de genre

Pour certaines personnes la dysphorie de genre est tellement intense que cette souffrance rejoint les critères diagnostics formels qui peuvent la faire classer dans les troubles mentaux. Un tel diagnostic n'est pas un droit à la stigmatisation ou la privation des droits civiques ou humains. Les systèmes de classifications existants comme le *DSM*⁴ (*Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux*) (APA) et la *CIM*⁵ (*Classification Internationale des Maladies*) (OMS) définissent des centaines de troubles mentaux qui varient selon l'émergence des troubles, leur durée, leur pathogénèse, le handicap fonctionnel et la curabilité. Tous ces systèmes tentent de classer des entités symptomatiques et des états cliniques, et non pas les individus eux-mêmes. Un trouble est la description de ce avec quoi une personne doit lutter, et non une description de la personne ou de son identité.

Ainsi les personnes transsexuelles, transgenres et de genre non-conforme, ne sont pas des personnalités pathologiques. C'est plutôt la détresse liée à la dysphorie de genre, quand elle est présente, qui est l'élément préoccupant à diagnostiquer et pour laquelle différentes options de traitement sont disponibles. L'existence d'un diagnostic de dysphorie facilite souvent l'accès au système de soins et peut guider jusqu'à nouvel ordre des recherches de traitements efficaces.

La recherche mène à de nouvelles nomenclatures de diagnostics, et les termes changent tant dans le *DSM* (Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2010; Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010b; Meyer-Bahlburg, 2010; Zucker, 2010) que la *CIM*. Pour cette raison, ces termes familiers sont employés dans les SDS et leurs définitions sont explicitées lorsque ce sont des termes émergents (cf Appendice A). Les professionnels de santé devraient se référer aux critères diagnostiques les plus récents et aux codes appropriés pour les appliquer à leur champ de pratique.

4 Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders, (American Psychiatric Association, 2000) Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux.

5 International Classification of Diseases (World Health Organization, 2007) Classification Internationale des Maladies.

IV

Aspects épidémiologiques

Aucune étude épidémiologique formelle de l'incidence et la prévalence du transsexualisme en particulier ou des identités transgenres ou de genre non-conforme en général, n'a encore vraiment été menée, les efforts pour arriver à des estimations réalistes se heurtent à d'énormes difficultés (Institute of Medicine, 2011; Zucker & Lawrence, 2009). Même si les données épidémiologiques ont établi des proportions similaires de personnes transsexuelles, transgenres et de genre non-conforme partout dans le monde, il est probable que des différences culturelles d'un pays à un autre altèrent tant les expressions comportementales des différentes identités de genre que leur manifestation en tant que dysphorie de genre – distincte de l'identité de genre – au sein d'une population. Alors que dans la plupart des pays la remise en question des limites de genre normé génère une censure morale plutôt que de la compassion, dans certaines cultures les comportements de genre non-conformes sont moins stigmatisés et parfois valorisés (Besnier, 1994; Bolin, 1988; Chiñas, 1995; Coleman, Colgan, & Gooren, 1992; Costa & Matzner, 2007; Jackson & Sullivan, 1999; Nanda, 1998; Taywaditep, Coleman, & Dumronggittigule, 1997).

Pour diverses raisons, les chercheurs qui ont étudié l'incidence et la prévalence ont tendance à se focaliser sur le sous-groupe le plus facilement identifiable parmi les individus de genre non-conforme : les personnes transsexuelles qui présentent une dysphorie de genre et demandant des soins relatifs à leur transition dans des centres spécialisés (Zucker & Lawrence, 2009). La plupart des études ont été conduites dans des pays européens, comme la Suède (Wålinder, 1968, 1971), le Royaume-Uni (Hoenig & Kenna, 1974), les Pays-Bas (Bakker, Van Kesteren, Gooren, & Bezemer, 1993; Eklund, Gooren, & Bezemer, 1988; van Kesteren, Gooren, & Megens, 1996), l'Allemagne (Weitze & Osburg, 1996) et la Belgique (De Cuypere et coll., 2007). On trouve une étude à Singapour (Tsoi, 1988).

De Cuypere et coll. (2007) ont fait une analyse de ces recherches et mené leur propre étude. L'ensemble de ces études couvre une période de 39 ans. Si on met de côté deux recherches aux résultats atypiques (Pauly, 1965 et Tsoi, 1988) on trouve dix études valides sur huit pays. Les taux de prévalence retrouvés vont de 1 : 11 900 à 1 : 45 000 pour les personnes homme-vers-femme (MtF) et de 1 : 30 400 à 1 : 200 000 pour les personnes femme-vers-hommes (FtM). Certains experts ont suggéré que la prévalence pouvait être plus élevée selon la méthodologie utilisée dans la recherche (ex., Olyslager & Conway, 2007).

Des comparaisons directes entre ces études sont impossibles, chacune différant en terme de méthodologie de recueil de données et de critères de définition de la personne transsexuelle (présence ou non d'une reconstruction chirurgicale génitale, identification de la présence ou de l'absence d'un traitement hormonal, population dont la transition est suivie médicalement ou non). Les études les

plus récentes tendraient à trouver des taux de prévalence plus élevés, ce qui peut indiquer un nombre croissant de demande de soins (Michel 2001). Ainsi Reed et coll. (2009) rapportent un nombre de demandes de soins dans des services spécialisés du Royaume-Uni doublant tous les cinq ou six ans. Zucker et coll. (2008) rapportent la multiplication par quatre ou cinq sur une période de 30 ans des orientations d'enfants ou d'adolescents vers leur clinique à Toronto, Canada.

On peut donc au mieux, considérer ces chiffres comme une estimation minimale. Les données publiées proviennent principalement de cliniques où les patients présentaient des critères de dysphorie de genre sévères et où ils ont eu accès aux soins de ces cliniques. Ces estimations ne prennent pas en compte toutes les personnes qui ressentent une dysphorie de genre dans un territoire où ils ne trouvent pas de traitements proposés en clinique abordables, utiles ou acceptables. En ne recensant que les personnes se présentant dans des cliniques pour un type de traitement spécifique, un nombre indéterminé de personnes qui ont une dysphorie de genre est sous estimé.

D'autres observations cliniques (non confirmées par des études systématiques) font penser à une prévalence plus élevée de dysphorie de genre: (i) Tout d'abord, une dysphorie de genre méconnue peut être diagnostiquée à l'occasion d'une consultation pour anxiété, dépression, troubles du comportement, abus de substance, troubles dissociatifs, de la personnalité, troubles sexuels et troubles du développement sexuel (Cole, O'Boyle, Emory, & Meyer III, 1997). (ii) Certaines personnes travesti(e)s, drag-queens et drag-kings, transformistes et homosexuel(le)s peuvent ressentir une dysphorie de genre (Bullough & Bullough, 1993). (iii) L'intensité de la dysphorie de genre chez certains sujets peut varier en deçà et au delà des seuils cliniques (Docter, 1988). (iv) Dans la plupart des études et chez les professionnels et chercheurs occidentaux les estimations de prévalence et d'incidence ne tiennent pas compte des sujets de genre non-conforme plus particulièrement parmi les sujets femme-vers-homme (FtM) de par leur invisibilité dans un certain nombre de cultures (Winter, 2009).

Dans l'ensemble il faudrait considérer les données existantes comme un point de départ, et les soins de santé tireraient bénéfices d'études épidémiologiques plus rigoureuses à différents endroits du monde.



Vue d'ensemble des approches thérapeutiques de la dysphorie de genre

Avancées des connaissances et du traitement de la dysphorie de genre

Dans la seconde moitié du 20^{ème} siècle, la sensibilisation au phénomène de la dysphorie de genre s'est accrue quand des professionnels de santé ont commencé à prodiguer des soins pour l'atténuer en adhérant aux changements des caractères sexuels primaires et secondaires via l'hormonothérapie et la chirurgie, en même temps que des rôles de genre. Si Harry Benjamin avait déjà reconnu l'existence d'un large spectre de genre non-conforme (Benjamin, 1966), l'approche clinique initiale se focalisait sur l'identification du bon candidat à la réassignation sexuelle dans le but de faciliter au mieux les changements physiques d'homme-vers-femme ou de femme-vers-homme (Green & Fleming, 1990; Hastings, 1974). On a évalué puis prouvé l'efficacité de cette approche. Les études rapportent des taux de satisfaction allant de 87% pour les patients homme-vers-femme, à 97% pour les patients femme-vers-homme (Green & Fleming, 1990), les regrets sont extrêmement rares (1 à 1.5% des patients femme-vers-homme pour moins de 1% des patients femme-vers-homme ; Pfäfflin, 1993). Ainsi a-t-on démontré que l'hormonothérapie et la chirurgie étaient médicalement nécessaires pour atténuer la dysphorie de genre pour un grand nombre de personnes (American Medical Association, 2008; Anton, 2009; The World Professional Association for Transgender Health, 2008).

Lorsque ce champ fut arrivé à maturation, les professionnels reconnurent que si certains sujets avaient besoin d'hormonothérapie et de chirurgie pour soulager leur dysphorie de genre d'autres avaient seulement besoin de l'une de ces options de traitement, et certains d'aucunes (Bockting & Goldberg, 2006; Bockting, 2008; Lev, 2004). Souvent une aide psychothérapique pouvait aider certaines personnes à intégrer leurs sentiments transgenres ou du genre opposé dans le rôle de genre correspondant à leur sexe d'assignation sans ressentir le besoin d'une masculinisation ou d'une féminisation du corps. Pour d'autres les changements de rôles et d'expression de genre sont suffisants pour soulager leur dysphorie de genre. Certains patients auront besoin d'hormones, peut-être un changement de rôles de genre, avec ou sans chirurgie. En d'autres termes, le traitement de la dysphorie de genre s'est progressivement individualisé.

Alors que toute une génération de personnes transsexuelles, transgenres et de genre non-conforme – dont la plupart a pu bénéficier de différentes approches thérapeutiques – a vieilli, leur visibilité en tant que communauté n’a cessé de croître, montrant une diversité considérable dans les expressions, rôles et identités de genre. Certains individus se décrivent eux-mêmes non pas en terme de genre non-conforme, mais comme un membre du sexe opposé sans équivoque (Bockting, 2008). D’autres individus affirment leur unique identité de genre et ne se considèrent plus comme homme ou femme (Bornstein, 1994; Kimberly, 1997; Stone, 1991; Warren, 1993). D’autres décrivent leur identité de genre en des termes spécifiques tels que transgenre, bigenre, genderqueer, affirmant ainsi leur expérience singulière transcendant la compréhension binaire (masculin/féminin) du genre (Bockting, 2008; Ekins & King, 2006; Nestle, Wilchins, & Howell, 2002). Leur processus d’affirmation identitaire ne serait pas tout à fait une ‘transition’ dans la mesure où ils ne se sont jamais identifié aux rôles de genre de leur sexe d’assignation ou parce que leurs expression, rôle et identité de genre n’impliquent pas de changement de l’un à l’autre. Par exemple certains jeunes se définissant comme de genre atypique (genderqueer) et ont toujours ressenti leurs identité et rôle de genre de la sorte. La plus grande visibilité et la meilleure connaissance de la diversité de genre (Feinberg, 1996) a permis d’autres options pour les personnes présentant une dysphorie de genre dans l’actualisation d’une identité et la recherche de rôle et expression de genre dans lesquelles elle se sentent à l’aise.

Les professionnels de santé peuvent aider les personnes présentant une dysphorie de genre à affirmer leur identité de genre, en explorant différentes options d’expression de cette identité, et à prendre les décisions concernant les options de traitement médical pour soulager cette dysphorie de genre.

Options de traitement médical et psychologique de la dysphorie de genre

Pour ceux qui sont en recherche des soins de leur dysphorie de genre, on peut envisager une variété d’options thérapeutiques. Le nombre, le type et la chronologie des interventions peuvent varier d’un individu à un autre (Bockting, Knudson, & Goldberg, 2006; Bolin, 1994; Rachlin, 1999; Rachlin, Green, & Lombardi, 2008; Rachlin, Hansbury, & Pardo, 2010). Les options de traitement consistent en:

- des changements de rôle et d’expression de genre (pouvant impliquer une expérience de vie réelle partielle ou complète, cohérente avec l’identité de genre de la personne) ;
- une hormonothérapie féminisante ou masculinisante ;

- une chirurgie visant à changer les caractères sexuels primaires et/ou secondaires (poitrine/seins, organes génitaux internes et/ou externes, traits faciaux, remodelage corporel) ;
- une psychothérapie (individuelle, de couple, familiale, de groupe) ayant les objectifs suivants: explorer l'identité, le rôle et l'expression du genre; gérer l'impact négatif de la dysphorie de genre et de la stigmatisation sur la santé mentale; réduire la transphobie internalisée (autodépréciation); améliorer le soutien social et les relations aux pairs; faciliter la résilience.

Options de soutien social et de changements de l'expression de genre

En plus des (ou en alternative aux) options de traitement médical et psychologique décrites ci-dessus, d'autres options peuvent être envisagées pour aider à atténuer la dysphorie de genre, comme:

- les ressources des réseaux de pairs (en personne ou en ligne), les groupes, ou les organisations communautaires offrant des possibilités de soutien social;
- les réseaux de ressources pour les familles et amis (en personne ou en ligne) ;
- les thérapies de la voix et de la communication pour aider les individus à développer les compétences verbales et non-verbales adaptées à leur identité de genre ;
- l'épilation, l'électrolyse et le traitement laser ;
- le bandage ou rembourrage des seins, dissimulation du pénis ou prothèse pénienne, remodelage des hanches ou des fesses ;
- le changement d'état civil (prénom et genre).

VI

Évaluation et traitement des enfants et adolescents ayant une dysphorie de genre

Il y a un grand nombre de différences dans la phénoménologie, la trajectoire développementale et les approches thérapeutiques de la dysphorie de genre entre les enfants, les adolescents, et les adultes. Chez les enfants et les adolescents, le processus développemental (physique, psychologique et sexuel) peut être rapide et spectaculaire, les résultats montrent plus de variabilité et de fluidité, en particulier chez les enfants pré-pubères. Par conséquent, cette section des *SDS* propose des recommandations cliniques spécifiques pour l'évaluation et le traitement des enfants et adolescents présentant une dysphorie de genre.

Différences entre dysphorie de genre chez les enfants et chez les adolescents

Une des principales différences entre la dysphorie de genre chez les enfants et chez les adolescents est la proportion de sujets chez lesquels la dysphorie va persister à l'âge adulte⁶. La dysphorie de genre dans l'enfance ne persiste pas forcément à l'âge adulte. Selon les études longitudinales faites chez les enfants pré-pubères (principalement des garçons) adressés à des services spécialisés pour une évaluation de dysphorie de genre, on n'en retrouve la persistance à l'âge adulte que pour 6 à 23% des sujets (Cohen-Kettenis, 2001; Zucker & Bradley, 1995). Les garçons faisant partie de ces études étaient plus souvent identifiés comme homosexuels que comme transgenre une fois adultes (Green, 1987; Money & Russo, 1979; Zucker & Bradley, 1995; Zuger, 1984). Des études plus récentes, incluant également des filles, ont montré un taux de persistance à l'âge adulte de la dysphorie entre 12 et 27%⁷ (Drummond, Bradley, Peterson-Badali, & Zucker, 2008; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008).

Cependant la persistance chez les adolescents semble être plus élevée. Aucune étude prospective officielle n'a encore été menée. Cependant, dans une étude longitudinale incluant 70 adolescents

6 Les comportements de genre non-conforme chez les enfants peuvent persister à l'âge adulte, mais de tels comportements ne sont pas nécessairement les indicateurs d'une dysphorie de genre et d'une nécessité de traitement. Comme décrit dans la section III la dysphorie de genre n'est pas synonyme de la diversité dans l'expression de genre.

7 Lié à la dysphorie il faudrait se poser la question du rôle des changements environnementaux de la conception du genre.

ayant un diagnostic de dysphorie de genre et dont la puberté a été bloquée par un traitement hormonal, tous ont continué jusqu'à une réassignation sexuelle, en commençant par une hormonothérapie masculinisante ou féminisante (de Vries, Steensma, Doreleijers, & Cohen-Kettenis, 2010).

Une autre différence entre la dysphorie de genre chez les enfants et chez les adolescents réside dans les ratios par sexe de chaque groupe d'âge. Parmi les enfants dysphoriques de moins de 12 ans sous suivi médical le ratio garçon/fille va de 6:1 à 3:1 (Zucker, 2004). Parmi les adolescents dysphoriques de plus de 12 ans sous suivi médical le ratio garçon/fille est proche de 1 :1 (Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2003).

Comme Zucker et Lawrence l'ont discuté (2009) dans la section IV, les études épidémiologiques officielles sur la dysphorie de genre chez les enfants, adolescents et adultes sont insuffisantes. De nouvelles recherches sont nécessaires pour affiner les estimations de sa prévalence et de sa persistance dans différentes populations à travers le monde.

Phénomènes observables chez les enfants

A partir de l'âge de deux ans, les enfants peuvent présenter des traits évoquant une dysphorie de genre. Ils peuvent exprimer le souhait d'être de l'autre sexe et se plaindre de leur caractéristiques physiques et fonctions génitales. Ils peuvent également préférer les vêtements, jouets et jeux communément associés à l'autre sexe, et préférer jouer avec des pairs de l'autre sexe. Il y a une hétérogénéité de ces traits : certains enfants manifestent des comportements et souhaits de genre non-conforme accompagnés d'un malaise persistant concernant leurs caractères sexuels primaires. Chez d'autres enfants ces éléments sont moins prégnants ou partiellement présents (Cohen-Kettenis et coll., 2006; Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010a).

Il est relativement courant que chez les enfants présentant une dysphorie de genre des troubles d'internalisation comme l'anxiété et la dépression coexistent (Cohen-Kettenis, Owen, Kaijser, Bradley, & Zucker, 2003; Wallien, Swaab, & Cohen-Kettenis, 2007; Zucker, Owen, Bradley, & Ameeriar, 2002). La prévalence de troubles du spectre autistique semble être plus élevée parmi les enfants dysphoriques suivis qu'en population générale (de Vries, Noens, Cohen-Kettenis, van Berckelaer-Onnes, & Doreleijers, 2010).

Phénomènes observables chez les adolescents

Chez la plupart des enfants, la dysphorie de genre va disparaître avant, ou au début de la puberté. Cependant, chez certains enfants ces sentiments vont s'intensifier, l'aversion pour le corps propre va se développer ou croître tandis qu'ils deviennent adolescents et qu'apparaissent leurs caractères sexuels secondaires (Cohen-Kettenis, 2001; Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2003; Drummond et coll., 2008; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008; Zucker & Bradley, 1995). Les données d'une étude suggèrent qu'une forte non-conformité de genre dans l'enfance est associée à la persistance de la dysphorie de genre à la fin de l'adolescence et au début de l'âge adulte (Wallien & Cohen-Kettenis, 2008). Pour autant, beaucoup d'adolescents et d'adultes ayant une dysphorie de genre ne rapportent pas d'antécédents de comportement de genre non-conformes dans l'enfance (Docter, 1988; Landén, Wålinder, & Lundström, 1998). Cela peut donc surprendre l'entourage (parents, autres membres de la famille, membres de la communauté) quand la dysphorie de genre devient manifeste à l'adolescence.

La discordance entre les caractères sexuels primaires et secondaires et le sexe d'assignation d'avec l'identité de genre peut être une source de grande souffrance pour les adolescents. La plupart des adolescents dysphoriques, mais pas tous, souhaitent fortement un traitement hormonal et chirurgical. Un nombre croissant d'adolescents a déjà commencé à vivre dans le genre désiré dès le début du lycée (Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2003).

Parmi les adolescents orientés vers les centres dédiés à l'identité de genre, la proportion considérée comme éligible à un traitement médical tôt – en commençant par les analogues de la GnRH pour supprimer la puberté au cours des premières étapes de l'échelle de développement de Tanner – diffère selon les pays et les centres. Si un tel traitement est proposé, le niveau pubertaire auquel l'adolescent est autorisé à commencer varie de l'étape 2 à l'étape 4 de l'échelle de Tanner (Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006; Zucker et coll., in press). Le pourcentage d'adolescents traités est potentiellement influencé par l'organisation des soins, les assurances, les différences culturelles, les opinions des professionnels de santé et les procédures diagnostiques proposées selon les différentes configurations.

Les cliniciens inexpérimentés peuvent prendre une dysphorie de genre pour un délire. D'un point de vue qualitatif, il y a une différence entre la présentation de dysphorie de genre et celle du délire ou d'autres symptômes psychotiques. La grande majorité des enfants et adolescents qui ont une dysphorie de genre ne souffrent pas de maladie psychiatrique grave sous-jacente comme des troubles psychotiques (Steensma, Biemond, de Boer, & Cohen-Kettenis, 2011).

Il est plus fréquent pour les adolescents qui ont une dysphorie de genre d'avoir une coexistence de troubles d'intériorisation comme de l'anxiété et de la dépression et/ou d'extériorisation comme un trouble oppositionnel avec provocation (de Vries et coll., 2010). Il semble y avoir une plus haute

prévalence de troubles du spectre autistique chez les adolescents orientés vers ces centres qu'en population générale adolescente (de Vries et coll., 2010) comme on le retrouve chez les enfants.

Compétences des professionnels de santé mentale travaillant auprès d'enfants ou d'adolescents ayant une dysphorie de genre

Les points suivants sont les minimums requis recommandés aux professionnels de santé mentale qui évaluent, orientent et proposent des thérapies aux enfants et adolescents qui ont une dysphorie de genre :

1. remplir les compétences requises pour les professionnels de santé mentale travaillant auprès d'adultes définis dans la section VII ;
2. être formés à la psychopathologie du développement de l'enfant et de l'adolescent ;
3. être compétent dans le diagnostic et le traitement des problèmes ordinaires des enfants et adolescents.

Rôles des professionnels de santé mentale travaillant auprès d'enfants ou d'adolescents ayant une dysphorie de genre

Les rôles des professionnels de santé mentale travaillant auprès d'enfants présentant une dysphorie de genre peuvent inclure les points suivants :

1. évaluer d'emblée une dysphorie de genre chez l'enfant ou l'adolescent (voir les recommandations générales d'évaluation ci dessous).
2. proposer une prise en charge familiale et un accompagnement psychothérapique pour aider les enfants ou adolescent à explorer leur identité de genre, atténuer la souffrance liée à leur dysphorie de genre et réduire les autres difficultés psychosociales.
3. repérer, évaluer et traiter tout problème de santé mentale coexistant chez les enfants ou adolescents (ou les adresser à un autre professionnel). De tels problèmes devraient être intégrés au plan de traitement général.

4. orienter les adolescents pour des interventions physiques supplémentaires (comme un blocage hormonal de la puberté) pour atténuer la dysphorie de genre. L'orientation devrait inclure les documents de l'évaluation mentale et de la dysphorie, l'éligibilité de l'adolescent à une intervention physique (précisé ci-dessous), les expertises pertinentes des professionnels de santé mentale, ainsi que tout autre information pertinente de la santé de l'adolescent et son orientation vers des traitements spécifiques.
5. éduquer et soutenir les enfants dysphoriques de genre, les adolescents et leurs familles, dans leur communauté (par exemple, les garderies, écoles, et autres organisations). Ceci est particulièrement important au jour de preuves que les enfants et adolescents qui ne se conforment pas aux normes de genres socialement prescrites sont susceptibles d'être harcelés à l'école (Grossman, D'Augelli, & Salter, 2006; Grossman, D'Augelli, Howell, & Hubbard, 2006; Sausa, 2005), induisant un risque d'isolement social, de dépression, et d'autres conséquences négatives (Nuttbrock et coll., 2010).
6. proposer aux enfants, aux adolescents et leur famille des informations et des lieux de soutien avec des pairs, comme des groupes de soutien pour parents d'enfants de genre non-conforme et transgenre (Gold & MacNish, 2011; Pleak, 1999; Rosenberg, 2002).

L'évaluation et les interventions psychosociales pour les enfants et adolescents sont souvent effectuées au sein d'un service spécialisé pluridisciplinaire. Si une telle équipe pluridisciplinaire n'est pas accessible, un professionnel de santé mentale peut proposer une consultation et un relai vers un endocrinologue pédiatrique dans l'optique d'une évaluation, d'une information et de toute perspective d'intervention physique.

Évaluation psychologique des enfants et adolescents

Lors de l'évaluation des enfants ou adolescents qui présentent une dysphorie de genre, les professionnels de santé mentale doivent globalement se conformer aux recommandations suivantes :

1. Les professionnels de santé ne devraient pas rejeter ou exprimer d'attitude négative vis à vis des identités de genre non-conforme ou des indications de dysphorie de genre. Ils devraient reconnaître les problèmes exprimés par les enfants, adolescents et leur famille ; offrir une évaluation approfondie de la dysphorie de genre et de tous troubles ou symptômes présents ; et informer les clients et leur famille sur les options thérapeutiques, si nécessaire. L'acceptation et la levée du secret peuvent considérablement soulager les enfants et adolescents dysphoriques et leur famille.

2. L'évaluation d'une dysphorie de genre et de la santé mentale devrait explorer la nature et les caractéristiques de l'identité de genre de l'enfant ou l'adolescent. Un psychodiagnostic et une évaluation psychiatrique devraient être réalisés, couvrant les domaines du fonctionnement émotionnel, des relations sociales, aux pairs, du fonctionnement intellectuel, réussite scolaire etc. L'évaluation devrait également inclure une évaluation des ressources et vulnérabilités du fonctionnement familial. Les problèmes émotionnels et comportementaux sont relativement courants, et des problèmes non résolus peuvent être présents dans l'environnement de l'enfant ou de l'adolescent (de Vries, Doreleijers, Steensma, & Cohen-Kettenis, 2011; Di Ceglie & Thümmel, 2006; Wallien et coll., 2007).
3. Pour les adolescents, la phase d'évaluation devrait aussi servir à les informer (ainsi que leur famille) des possibilités et limites des différents traitements. Ceci est nécessaire pour le consentement éclairé, mais également pour l'évaluation. La façon dont les adolescents réagissent aux informations sur la réalité de la réassignation sexuelle peut être une information participant du diagnostic. Une information de qualité peut modifier le désir de l'adolescent pour certains traitements, s'il était basé sur des attentes irréalistes de leurs possibilités.

Intervention psychologique et sociale auprès des enfants et adolescents

Les professionnels de santé devraient se conformer aux recommandations suivantes, lors de l'accompagnement et du traitement d'enfants ou d'adolescents présentant une dysphorie de genre:

1. Les professionnels en santé mentale devraient aider la famille à accepter et à savoir répondre aux inquiétudes de leur enfant ou adolescent dysphorique. Les familles jouent un rôle important dans la santé psychologique et le bien-être du jeune (Brill & Pepper, 2008; Lev, 2004). Cela s'applique également aux pairs et mentors de la communauté qui peuvent être une autre source de soutien social.
2. La psychothérapie devrait se focaliser sur la réduction de la souffrance de l'enfant ou l'adolescent liée à une dysphorie de genre et sur la résolution de toute autre difficulté psychosociale. Pour ceux qui poursuivent la réassignation, la psychothérapie peut se centrer sur le soutien avant, pendant et après la réassignation. Des évaluations formelles des différentes approches psychothérapeutiques de ces situations n'ont pas encore été publiées, mais plusieurs méthodes de conseil et de soutien ont été décrites (Cohen-Kettenis, 2006; de Vries, Cohen-Kettenis, & Delemarre-van de Waal, 2006; Di Ceglie & Thümmel, 2006; Hill, Menvielle, Sica, & Johnson, 2010; Malpas, in press; Menvielle & Tuerk, 2002; Rosenberg, 2002; Vanderburgh, 2009; Zucker, 2006).

Par le passé, des traitements ont tenté, sans succès à court ni à long-terme, de mettre en congruence le sexe d'assignation à la naissance avec l'identité et l'expression de genre (Gelder & Marks, 1969; Greenson, 1964) (Cohen-Kettenis & Kuiper, 1984; Pauly, 1965). Ce type de traitement n'est plus considéré comme éthique.

3. Les familles doivent être soutenues dans la gestion de l'incertitude et de l'anxiété sur le devenir de leur enfant ou adolescent et dans l'aide à leur apporter au quotidien, pour aider les jeunes à développer une image de soi positive.
4. Les professionnels de santé mentale ne devraient pas imposer une vision binaire du genre. Ils devraient donner aux clients un éventail de possibilités afin qu'ils explorent les différentes options de l'expression du genre. Les interventions hormonales et chirurgicales peuvent être appropriées pour certains adolescents, mais pas pour tous.
5. Les clients et leur famille doivent être soutenus lors des décisions difficiles comme le moment où le client va exprimer un rôle de genre cohérent avec son identité de genre, et le moment de la synchronisation des rôles de genre et de la possibilité de transition sociale. Par exemple, un client peut aller à l'école pendant une phase de transition sociale partielle (vêtement, coupe de cheveux reflétant son identité de genre) ou complète (utilisant un prénom et les pronoms congruents avec son identité de genre). L'un des enjeux de cette phase est de savoir si, et quand, informer les autres personnes de la situation du client, et comment ces dernières vont réagir.
6. Les professionnels de santé devraient soutenir les clients et leurs familles comme des éducateurs et des défenseurs dans leurs interactions avec les membres de la communauté et les autorités comme les enseignants, conseils scolaires, tribunaux).
7. Les professionnels de santé mentale doivent maintenir une relation thérapeutique avec les enfants/adolescents de genre non-conforme et leur famille tout le long de la transition (changements sociaux, interventions etc.). Cela permet de s'assurer que les choix et traitements sont réfléchis et régulièrement reconsidérés. Le même raisonnement s'applique si l'enfant/adolescent a déjà entamé son changement de rôle de genre au niveau social avant de voir un professionnel de santé mentale.

Transition sociale pendant la petite enfance

Certains enfants pensent qu'ils veulent une transition sociale vers un rôle de genre différent bien avant la puberté. Pour certains enfants cela peut refléter l'expression de leur identité de genre. Pour d'autres, la motivation de ce changement peut avoir d'autres causes. Les familles varient dans leur façon d'appréhender et d'autoriser leur enfant à commencer une transition sociale vers un autre

rôle de genre. Les transitions sociales précoces (dans la petite enfance) se produisent au sein de certaines familles avec un succès rapide. Il s'agit d'une question controversée et des opinions divergentes existent à ce sujet chez les professionnels. Les preuves actuelles sont insuffisantes pour prédire les résultats à long-terme de la transition sociale complète pendant la petite enfance. Les données des recherches sur ces transitions sociales précoces renseigneraient fortement les recommandations cliniques futures.

Les professionnels de santé mentale peuvent aider les familles à prendre des décisions en rapport avec la temporalité et le processus de tout changement de rôle de genre chez les jeunes enfants. Ils devraient donner des informations et aider les parents à peser le pour et le contre, à évaluer les bénéfices et les défis potentiels de certains choix. Il faut garder en tête les taux peu élevés de persistance de dysphorie de genre de l'enfance à l'âge adulte. (Drummond et coll., 2008; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008). Un nouveau changement vers le rôle de genre initial peut être facteur de grande détresse, voire différer cette seconde transition sociale de la part même de l'enfant (Steensma & Cohen-Kettenis, 2011). Pour ce type de raisons, les parents peuvent vouloir présenter ce changement de rôle comme une exploration de vie dans un autre rôle de genre, plutôt qu'une situation irréversible. Les professionnels de santé mentale peuvent aider les parents à identifier des solutions intermédiaires potentielles ou des compromis (par exemple, seulement pendant les vacances). Il est également important que les parents explicitent à l'enfant qu'un retour en arrière est possible.

Quelle que soit leur décision sur la transition (durée, moment) les parents devraient être conseillés et soutenus sur leurs questionnements vis à vis des options et implications en jeu. Si les parents n'autorisent pas leur enfant à entamer une transition de rôle de genre, ils auront peut-être besoin de conseils pour pouvoir répondre aux besoins de leur enfant et savoir l'entourer, s'assurant ainsi que l'enfant évolue dans un environnement sûr dans lequel il peut explorer ses sentiments et comportements de genre. Si les parents autorisent l'enfant à commencer une transition de rôle de genre, ils auront peut-être besoin de conseils pour faciliter une expérience positive pour leur enfant. Par exemple, ils peuvent être aidés sur l'utilisation de prénoms adaptés, maintenant un environnement soutenant et sûr pour leur enfant en transition (par exemple à l'école, au sein des différents groupes de pairs) et en communiquant avec les autres personnes sur la vie de leur enfant. Dans tous les cas, quand l'enfant se rapproche de la puberté, une évaluation plus poussée sera nécessaire pour envisager les interventions physiques pertinentes.

Interventions physiques pour les adolescents⁸

Avant d'envisager toute intervention physique sur un adolescent, une investigation approfondie de sa famille, de son fonctionnement et des enjeux psychologiques et sociaux doit être effectuée, comme précisé ci-dessus. La durée de l'investigation peut varier considérablement selon la complexité de la situation.

Les interventions physiques doivent être effectuées dans le contexte du développement adolescent. Certaines croyances identitaires à l'adolescence peuvent être revendiquées et exprimées, donnant une fausse impression d'irréversibilité. Des changements de l'adolescent vers un genre conforme peuvent émerger pour faire plaisir aux parents sans refléter de changement permanent d'une dysphorie de genre (Hembree et coll., 2009; Steensma et coll., 2011).

Les interventions physiques sur adolescents se répartissent en trois catégories ou étapes (Hembree et al., 2009) :

1. *Les interventions complètement réversibles.* Elles utilisent des analogues de la GnRH pour supprimer la production d'œstrogène ou de testostérone, ce qui diffère les changements physiques et physiologiques liés à la puberté. Des options alternatives peuvent inclure des progestatifs (plus communément la méthoxyprogestérone) ou d'autre traitement (comme la spironolactone) qui réduisent les effets des androgènes sécrétés par les testicules, pour les adolescents ne recevant pas d'analogues de la GnRH. Une contraception orale (ou l'acétate de méthoxyprogestérone en dépôt) peut être utilisée pour supprimer les règles.
2. *Les interventions partiellement réversibles.* Il s'agit d'hormonothérapie masculinisante ou féminisante. Certains changements hormonalement induits peuvent nécessiter une chirurgie réparatrice pour en inverser ou limiter les effets (par exemple la gynécomastie causée par les oestrogènes) tandis que certains changements ne sont pas réversibles (gravité de la voix induite par la testostérone).
3. *Les interventions irréversibles.* Il s'agit des procédures chirurgicales.

Un protocole gradué est recommandé pour maintenir toutes les options possibles sur les deux premières étapes. Le passage d'une étape à une autre ne devrait avoir lieu avant que l'adolescent et sa famille n'aient assimilé entièrement les effets des interventions précédentes.

⁸ Dans la majorité des pays européens ces traitements ne sont pas mis en place avant la majorité de la personne pour des raisons légales.

Interventions complètement réversibles

Les adolescents peuvent être éligibles à l'hormonothérapie bloquant la puberté, et ce dès les premiers signes pubertaires. Pour un consentement éclairé de l'adolescent et de sa famille sur le différé de la puberté, il est recommandé que les adolescents expérimentent un début de puberté correspondant au moins au stade 2 de l'échelle de Tanner⁹. Certains enfants peuvent arriver à cette étape précocement (9 ans parfois). Les études évaluant cette approche incluent seulement des enfants d'au moins 12 ans (Cohen- Kettenis, Schagen, Steensma, de Vries, & Delemarre-van de Waal, 2011; de Vries, Steensma et coll., 2010; Delemarre-van de Waal, van Weissenbruch, & Cohen Kettenis, 2004; Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006).

Deux objectifs justifient l'intervention hormonale de blocage de la puberté: (i) cela donne plus de temps aux adolescents pour explorer leur non-conformité de genre et d'autres questions de développements; (ii) leur usage peut faciliter la transition en prévenant le développement de caractères sexuels secondaires difficiles ou impossibles à inverser si l'adolescent poursuit sa réassignation sexuelle.

La suppression de la puberté peut durer quelques années, temps pendant lequel se posent les choix de l'arrêt de toute hormonothérapie, ou d'un passage vers un dosage hormonal masculinisant ou féminisant. La suppression de la puberté ne mène pas inévitablement à une transition sociale ou à une réassignation.

Critères pour les hormones bloquant la puberté

Pour pouvoir prescrire une hormonothérapie bloquant la puberté à un adolescent, les critères minimaux suivants doivent être respectés :

1. l'adolescent a montré une tendance durable et intense de sa non-conformité de genre ou de dysphorie de genre (réprimée ou exprimée) ;
2. la dysphorie de genre est apparue ou s'est aggravée avec la puberté ;
3. tout problème social, psychologique ou médical pouvant interférer avec le traitement (pouvant par exemple compromettre l'adhésion aux soins) doit être pris en charge et traité, de sorte que l'état et la situation de l'adolescent soient assez stables pour commencer le traitement ;

⁹ James Mourilyan Tanner (1920-2010) endocrinologue pédiatre anglais, qui a défini les différentes étapes du développement sexuel.

4. L'adolescent a donné son consentement éclairé, et s'il n'a pas l'âge requis, les parents ou les responsables de l'autorité parentale ont donné leur consentement au traitement et sont impliqués dans le soutien de l'adolescent tout au long du processus de traitement.

Protocoles, suivi et risques de la suppression de la puberté

Pour la suppression de la puberté, les adolescents qui ont des organes génitaux masculins devraient être traités avec les analogues de la GnRH, qui arrêtent la sécrétion d'hormone lutéinisante et donc la sécrétion de testostérone. Ils peuvent également être traités avec des progestatifs (comme la médroxyprogestérone) ou tout autre médicament bloquant la sécrétion de testostérone et/ou neutralisant son action. Les adolescents qui ont des organes génitaux féminins peuvent être traités avec les analogues de la GnRH qui arrêtent la production d'oestrogènes et de progestérone. Ils peuvent également être traités avec des progestatifs (comme la médroxyprogestérone). Une contraception orale (ou acétate de médroxyprogestérone en dépôt) peut être utilisée pour supprimer les menstruations. Pour les deux groupes d'adolescents, l'utilisation d'analogues de la GnRH est préférable (Hembree et coll., 2009), mais son coût peut être rédhibitoire pour certains patients.

Pendant la suppression de la puberté, le développement physique de l'adolescent doit être attentivement suivi, de préférence par un endocrinologue pédiatrique – pour que les interventions nécessaires puissent être menées (par exemple : déterminer la taille par rapport au genre, limiter la déminéralisation osseuse iatrogénique) (Hembree et coll., 2009).

L'usage précoce d'hormones bloquant la puberté peut éviter les conséquences sociales et émotionnelles négatives d'une dysphorie de genre qu'un usage plus tardif l'aurait fait. Une intervention au début de l'adolescence doit être menée, si possible, sur les conseils d'un endocrinologue pédiatrique. Les adolescents qui ont des organes génitaux masculins commençant un traitement par analogue de la GnRH au début de la puberté devraient être informés que cela peut conduire à une insuffisance de tissu pénien pour une vaginoplastie par inversion de la peau pénienne (les techniques alternatives existent comme l'utilisation de greffe d'un lambeau de peau ou de tissu colique).

Supprimer ou laisser la puberté se produire ne sont pas des actes neutres. D'un côté le fonctionnement de la vie ultérieure peut être compromis par le développement de caractères sexuels secondaires irréversibles liés à la puberté et les années passées à vivre une dysphorie sévère. De l'autre côté, il y a des problèmes liés aux effets physiques négatifs de l'utilisation des analogues de la GnRH (ex : développement du squelette et de la taille). Si les tous premiers résultats de cette approche (sur des adolescents suivis depuis dix ans) sont prometteurs (Cohen-Kettenis et coll., 2011; Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006), les effets à long-terme

pourront être déterminés seulement quand les premiers patients traités auront atteints un âge avancé permettant des études comparatives.

Interventions partiellement réversibles

Les adolescents peuvent être éligibles à une hormonothérapie masculinisante/féminisante, de préférence avec le consentement des parents. Dans beaucoup de pays, 16 ans est l'âge légal pour les décisions médicales sans nécessité d'autorisation parentale. Idéalement, la décision du traitement doit être prise avec l'adolescent, sa famille et l'équipe prodiguant les soins.

Les protocoles de l'hormonothérapie pour les adolescents présentant une dysphorie de genre diffèrent substantiellement de ceux des adultes (Hembree et coll., 2009). Ils sont adaptés au développement somatique, émotionnel et mental survenant tout au long de l'adolescence (Hembree et coll., 2009).

Interventions irréversibles

Les chirurgies génitales ne doivent pas être effectuées avant (i) que les patients n'aient atteint la majorité légale du pays nécessaire pour donner leur consentement pour des actes médicaux dans un pays donné, et (ii) que les patients n'aient vécu au moins 12 mois dans le rôle de genre congruent avec leur identité de genre. La limite de l'âge doit être un critère minimum, mais non une indication en soi d'intervention active.

La chirurgie des seins des patients femme-vers-homme peut être réalisée plus tôt, de préférence après un temps de vie réelle dans le rôle de genre désiré suffisant et après une année de traitement par la testostérone. Ceci pour laisser à l'adolescent l'opportunité d'expérimenter et de s'ajuster socialement à un rôle de genre masculin, avant de subir une chirurgie irréversible. Cependant différentes approches peuvent être plus appropriées, en fonction de la situation clinique particulière de l'adolescent et des buts liés à l'expression de l'identité de genre.

Les risques d'un refus de traitement médical pour les adolescents

Refuser des interventions médicales en temps opportun aux adolescents peut prolonger une dysphorie de genre et contribuer à une apparence susceptible de générer violences et stigmatisation. Comme le niveau d'abus lié au genre est fortement associé au degré de détresse psychiatrique au cours de l'adolescence (Nuttbrock et al., 2010), la suspension de la suppression de la puberté et de l'hormonothérapie masculinisante ou féminisante subséquente n'est pas une option neutre vis-à-vis des adolescents.

VII

Santé Mentale

Les personnes transsexuelles, transgenres et de genre non-conforme peuvent chercher l'aide d'un professionnel de santé mentale pour toutes sortes de raisons. Quelle que soit la raison de la demande de soins, il est souhaitable que les professionnels de santé mentale soient familiers des problèmes de non-conformité de genre, et agissent avec la compétence culturelle appropriée en faisant preuve d'empathie pendant le traitement.

Cette section des *SDS* se centre sur le rôle des professionnels de santé mentale dans la prise en charge d'adultes cherchant une aide pour dysphorie de genre et les problèmes pouvant en découler. Les professionnels travaillant avec les enfants, les adolescents et leur famille peuvent se référer à la section VI.

Compétences des professionnels de santé mentale travaillant auprès d'adultes présentant une dysphorie de genre

La formation des professionnels de santé mentale compétents pour travailler auprès d'adultes qui ont une dysphorie de genre repose sur une base de compétences cliniques générales dans l'évaluation, le diagnostic et le traitement des maladies mentales. La formation clinique peut avoir lieu dans n'importe quel champ disciplinaire préparant les professionnels de santé mentale à une pratique clinique, comme en psychologie, psychiatrie, travail social, conseil en santé mentale,

thérapie familiale et de couple, soins infirmier ou en médecine familiale avec une formation spécifique en matière de santé comportementale et d'accompagnement (counseling). Les points suivants sont les qualifications minimales recommandées pour les professionnels de santé mentale travaillant avec des adultes présentant une dysphorie de genre :

1. Un Master ou équivalent dans le champ de la science du comportement clinique. Ce diplôme, ou un autre plus avancé, doit être délivré par une institution accréditée par les comités régionaux ou nationaux d'accréditation en la matière. Le professionnel de santé mentale doit pouvoir justifier de ses qualifications d'une instance reconnue dans le pays.
2. Une compétence dans l'utilisation du *Manuel Diagnostique des Troubles Mentaux (DSM)* et /ou de la *Classification Internationale des Maladies (CIM)* à des fins diagnostiques.
3. La capacité de reconnaître et diagnostiquer les problèmes de santé mentale coexistant et de les distinguer de la dysphorie de genre.
4. Une formation supervisée et des compétences en psychothérapie ou en counseling.
5. Des connaissances documentées et étayées sur la question des expressions et identités de genre non-conformes, ainsi que sur l'évaluation et le traitement de la dysphorie de genre.
6. Une formation continue dans l'évaluation et le traitement de la dysphorie de genre. Cela peut inclure la participation à des rencontres professionnelles pertinentes, des ateliers, des séminaires; avoir une supervision avec un professionnel expérimenté du champ; ou participer à une recherche en lien avec la non-conformité des genres et la dysphorie de genre.

En plus des certifications minimales ci-dessus, il est recommandé que les professionnels de santé mentale développent et maintiennent une compétence culturelle et sociale qui facilite leur travail auprès des personnes transsexuelles, transgenres et de genre non-conforme. Cela peut impliquer, par exemple, une connaissance de la communauté, les défenses et les questions de politiques publiques concernant ces clients et leurs familles. De plus, des connaissances sur la sexualité, la santé sexuelle, l'évaluation et le traitement des troubles sexuels sont souhaitables.

Les professionnels novices dans ce champ de pratique (quels que soient leur expérience et formation préalables) doivent travailler sous la supervision d'un professionnel de santé mentale de compétence reconnue dans l'évaluation et le traitement de la dysphorie de genre.

Tâches des professionnels de santé mentale travaillant auprès d'adultes présentant une dysphorie de genre

Les professionnels de santé mentale peuvent aider les personnes transsexuelles, transgenres et de genre non-conforme et leur famille de différentes façons, selon les besoins du client. Par exemple les professionnels de santé mentale peuvent servir en tant que psychothérapeute, conseiller ou thérapeute familial, ou comme un diagnosticien /évaluateur, défenseur, ou éducateur.

Les professionnels de santé mentale doivent déterminer les raisons pour lesquelles le client demande l'aide d'un professionnel. Par exemple, un client peut se présenter pour n'importe quel des soins suivants : soutien psychothérapique pour explorer son expression de genre ou faciliter un processus de déclaration (coming-out); évaluation et orientation pour une intervention médicale féminisante/masculinisante; soutien psychologique pour les proches (conjointes, enfants, famille élargie etc.); psychothérapie sans rapport avec les questions de genre, ou tout autre soin.

Ci-dessous, les recommandations générales des tâches courantes que les professionnels de santé mentale peuvent remplir en travaillant auprès d'adultes présentant une dysphorie de genre.

Tâches relatives à l'évaluation et l'orientation

1. Évaluer la dysphorie de genre

Les professionnels de santé mentale évaluent la dysphorie de genre du client dans le contexte d'une évaluation de leur adaptation psychosociale (Bockting et coll., 2006; Lev, 2004, 2009). L'évaluation comprend, au minimum, l'évaluation de l'identité de genre et de la dysphorie, l'histoire et le développement des sentiments dysphoriques, l'impact de la stigmatisation en lien avec la non-conformité de genre sur la santé mentale, et la qualité du soutien social, famille amis et pairs (par exemple, un contact en personne ou en ligne avec d'autres personnes—ou groupe de personnes—transsexuelles, transgenres ou de genre non-conforme). L'évaluation peut aboutir à une absence de diagnostic, à un diagnostic formel de dysphorie de genre, et/ou tout autre diagnostic décrivant les aspects psychosociaux et de santé du client et de son adaptation. Le rôle des professionnels de santé mentale est de s'assurer que la dysphorie de genre n'est raisonnablement pas secondaire ou mieux expliquée par d'autres diagnostics.

Les professionnels de santé mentale ayant les compétences décrites précédemment (nommés par la suite 'professionnels de santé mentale qualifiés') sont les mieux préparés à l'évaluation de la dysphorie de genre. Cependant, cette tâche peut être menée par un autre type de professionnel qui

aura une formation appropriée en santé comportementale et sera compétent dans l'évaluation de la dysphorie de genre, particulièrement en travaillant avec ou au sein d'une équipe pluridisciplinaire spécialisée prescrivant une hormonothérapie masculinisante ou féminisante. Ce professionnel ou un membre de l'équipe pluridisciplinaire peut être le prescripteur de l'hormonothérapie.

2. Donner les informations sur les options d'éventuelles interventions médicales possibles pour l'expression et l'identité de genre

L'une des tâches importantes des professionnels de santé mentale est d'informer les clients de la diversité des identités et expressions du genre et des différentes options qui permettent de soulager la dysphorie de genre. Les professionnels en santé mentale peuvent faciliter (ou orienter vers) un processus dans lequel les clients pourront explorer ces diverses options, avec pour but de trouver des rôles et expression de genre adéquats et de les préparer à une décision éclairée vis à vis des interventions médicales possibles. Ce processus peut inclure une orientation vers une thérapie individuelle, familiale, de groupe et/ou les ressources communautaires et des voies pour un soutien par les pairs. Les professionnels et le client discutent des conséquences à court et long terme, de tout changement de rôle de genre et du recours à des interventions médicales. Ces conséquences peuvent être psychologiques, sociales, physiques, sexuelles, professionnelles, financières et juridiques (Bockting et coll., 2006; Lev, 2004).

Les professionnels qualifiés en santé mentale sont les mieux préparés à cette tâche qui peut néanmoins être menée par un autre type de professionnel qui aura une formation appropriée en santé comportementale et une connaissance suffisante des identités de genre non-conformes, particulièrement en travaillant avec ou sein une équipe pluridisciplinaire prescrivant une hormonothérapie masculinisante/féminisante.

3. Évaluer, diagnostiquer et discuter les options de traitements pour les problèmes de santé mentale coexistant

Les clients se présentant avec une dysphorie de genre peuvent avoir à lutter contre d'autres problèmes de santé mentale (Gómez-Gil, Trilla, Salamero, Godás, & Valdés, 2009; Murad et coll., 2010) qu'ils soient ou non en lien avec ce qui est souvent une longue histoire de dysphorie de genre et/ou de stress de minorité. Ces problèmes comprennent: anxiété, dépression, auto-agressivité et automutilation, histoire d'abus et de carences, compulsivité, abus de substance, problèmes sexuels, troubles de la sexualité, troubles de la personnalité, troubles du comportement alimentaire, troubles psychotiques et troubles du spectre autistique (Bockting et coll., 2006; Nuttbrock et coll., 2010; Robinow, 2009). Les professionnels de santé mentale doivent dépister systématiquement ces troubles et les autres problèmes de santé mentale et les intégrer dans le plan de prise en charge. Ces symptômes peuvent être des sources importantes de souffrance et,

s'ils ne sont traités, peuvent compliquer le processus d'exploration de l'identité de genre et de résolution de la dysphorie de genre (Bockting et coll., 2006; Fraser, 2009a; Lev, 2009). Répondre à ces problèmes peut faciliter la résolution de la dysphorie de genre, les possibles changements des rôles de genre, la décision éclairée sur les interventions médicales et l'amélioration de la qualité de vie.

Certains clients bénéficieront de médicaments psychotropes pour soulager leurs symptômes ou traiter des problèmes de santé mentale coexistant. Il est attendu des professionnels de santé mentale qu'ils les dépistent et proposent un traitement pharmacologique ou orientent vers un collègue qualifié pour le faire. La présence de troubles mentaux coexistants n'exclut pas une possibilité de changement de rôles de genre ni l'accès à une hormonothérapie féminisante ou masculinisante ou à un traitement chirurgical ; ces troubles doivent plutôt être pris en charge de manière optimale avant ou en même temps que le traitement de la dysphorie de genre. En plus de cela, les clients doivent être évalués sur leur capacité à comprendre une information et à donner leur consentement éclairé pour un traitement médical.

Les professionnels de santé mentale qualifiés sont spécialement formés à l'évaluation au diagnostic et au traitement (ou à orienter pour traitement) des troubles mentaux coexistants. Tout autre professionnel de santé qui aura une formation appropriée en matière de santé comportementale, travaillant en particulier dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire prescrivant une hormonothérapie masculinisante ou féminisante peut également dépister d'autres troubles de santé mentale et si nécessaire, faire une orientation vers un professionnel de santé mentale qualifié pour un traitement et une évaluation.

4. Si c'est approprié, évaluer l'éligibilité, préparer et orienter vers l'hormonothérapie

Les *SDS* proposent des critères pour guider les décisions et indications de l'hormonothérapie féminisante ou masculinisante (précisé dans la section VIII et Appendice C). Les professionnels de santé mentale peuvent aider les clients qui envisagent un traitement hormonal à être à la fois psychologiquement préparés (consentement éclairé, attentes réalistes, prêts à recevoir un plan de traitement général; ayant inclus la famille et la communauté le cas échéant) et pratiquement préparés (par exemple, évalués par un médecin afin d'éliminer ou de traiter les contre-indications médicales à l'utilisation d'hormones, et ayant examiné les répercussions psychosociales). Si les clients sont en âge de procréer il faut envisager les options concernant la reproduction (section IX) avant tout traitement hormonal.

Il est important pour les professionnels de santé mentale de reconnaître que la décision de prise hormonale est avant tout celle du client—comme le sont toutes les décisions concernant les soins de santé. Cependant les professionnels de santé mentale ont la responsabilité d'encourager, guider et d'aider les patients à faire des choix éclairés et à être suffisamment préparés. Pour

mieux soutenir la décision de leur client, les professionnels de santé mentale doivent avoir une relation thérapeutique fonctionnelle de qualité avec leur client et avoir les informations suffisantes les concernant. Les clients devraient recevoir une évaluation attentive et rapide dans le but de soulager leur dysphorie de genre et de se voir proposer des soins médicaux appropriés.

Recommandation pour l'hormonothérapie masculinisante ou féminisante

S'il est possible d'aller chez un spécialiste pour entreprendre une hormonothérapie masculinisante/féminisante, la santé transgenre est un champ interdisciplinaire; la coordination des soins et d'orientation au sein d'une équipe de prise en charge est recommandée.

L'hormonothérapie peut être initialisée sur recommandation d'un professionnel de santé mentale qualifié. Sans quoi, un professionnel de santé formé en santé comportementale, compétent dans l'évaluation de la dysphorie de genre et travaillant avec ou au sein d'une équipe pluridisciplinaire, pourra évaluer l'éligibilité, préparer et orienter le patient pour une hormonothérapie, principalement en cas d'absence de problèmes de santé mentale coexistants. Le professionnel de santé référent doit fournir les informations nécessaires—dossier ou lettre de liaison—concernant l'histoire personnelle et le traitement du patient, et le point sur son éligibilité. Les professionnels recommandant l'hormonothérapie partagent les responsabilités éthiques et légales de cette décision avec le médecin prescripteur.

Le contenu recommandé de la lettre d'indication de l'hormonothérapie féminisante ou masculinisante est le suivant :

1. les caractéristiques générales (civilité etc.) identifiant le client ;
2. les résultats de l'évaluation psychosociale du client, y compris le(s) diagnostic(s) ;
3. la durée de suivi du client avec le professionnel de santé référent, y compris le type d'évaluation, de thérapie, ou de counseling effectué(s) jusqu'à ce jour ;
4. une description des critères d'indication de l'hormonothérapie et des justifications cliniques accompagnant la demande du client pour ce traitement ;
5. une déclaration attestant que le client a donné son consentement éclairé ;
6. une déclaration attestant que le professionnel référent est disponible pour la coordination des soins, joignable par téléphone à cet effet.

Pour ceux travaillant au sein d'une équipe pluridisciplinaire, une lettre peut ne pas être nécessaire, mais tous ces éléments doivent figurer dans le dossier du patient.

5. Si tout est conforme, évaluer l'éligibilité, préparer et orienter vers la chirurgie

Les *SDS* proposent des critères pour orienter la décision d'une chirurgie des seins et de la poitrine, et la chirurgie génitale. Les professionnels de santé mentale peuvent aider les clients envisageant la chirurgie à être à la fois psychologiquement préparés (consentement éclairé, attentes réalistes, prêts à recevoir un plan de traitement général; ayant inclus la famille et la communauté le cas échéant) et pratiquement préparés (par exemple le consentement éclairé, le choix du chirurgien, les soins de suite et leurs suivi etc.). Si les patients sont en âge de procréer il faut explorer les options concernant la reproduction (section IX) avant toute chirurgie génitale.

Les *SDS* ne se positionnent pas sur les autres procédures chirurgicales, comme les chirurgies de masculinisation ou de féminisation du visage; cependant, les professionnels de santé mentale peuvent jouer un rôle important en aidant leurs clients à prendre des décisions pleinement informées sur la durée et les conséquences de telles procédures, dans le contexte de l'ensemble de la procédure ou du processus de transition.

Il est important pour les professionnels de santé mentale d'admettre que la décision d'une chirurgie est avant tout celle du client, comme le sont toutes les décisions concernant les soins de santé. Cependant les professionnels de santé mentale ont la responsabilité de soutenir, guider, et aider le client à prendre une décision éclairée et à l'y préparer de façon adéquate. Pour mieux soutenir la décision du client, les professionnels de santé mentale doivent maintenir une relation thérapeutique de confiance avec leur client et avoir suffisamment d'informations les concernant. Les clients devraient recevoir une évaluation attentive et plutôt rapide, dans le but de réduire leur dysphorie de genre et de leur fournir les services médicaux appropriés.

Recommandation pour la chirurgie

Les traitements chirurgicaux de la dysphorie de genre peuvent être initialisés à partir de la recommandation d'un professionnel de santé mentale qualifié vers un autre professionnel référent (un ou deux, selon le type de chirurgie). Le professionnel de santé mentale fournit la documentation – dossier ou lettre de recommandation – de l'histoire médicale et personnelle du patient, son traitement, ses progrès et son éligibilité. Les professionnels de santé mentale qui conseillent la chirurgie partagent la responsabilité éthique et légale de la décision avec le chirurgien.

- La recommandation d'un professionnel de santé mentale qualifié est requise pour la chirurgie des seins et de la poitrine (ex : mastectomie, reconstruction d'une poitrine masculine, augmentation mammaire).
- Deux recommandations – de la part de professionnels de santé mentale qualifiés qui ont évalué de manière indépendante le patient – sont nécessaires pour la chirurgie génitale (ex : hystérectomie, salpingo-ovariectomie, orchidectomie, chirurgie de reconstruction génitale). Si

la première indication provient du psychothérapeute du patient, la seconde indication devrait venir d'un professionnel ayant seulement eu un rôle d'évaluation auprès du patient. Deux lettres séparées, ou un courrier signé par les deux (s'ils consultent dans le même centre) peuvent être envoyées. Chaque lettre d'indication devra cependant contenir les éléments et rubriques précisés ci dessous.

Le contenu recommandé des lettres des référents pour la chirurgie est le suivant :

1. les caractéristiques générales (civilité etc.) identifiant le client ;
2. les résultats de l'évaluation psychosociale du client, y compris le(s) diagnostic(s) ;
3. la durée de suivi du client avec le professionnel en santé mentale, y compris le type d'évaluation, de thérapie, ou de counseling effectué jusqu'à ce jour ;
4. une explicitation des critères validés pour la chirurgie et une brève description des justifications cliniques pour accompagner la demande de chirurgie du client ;
5. une déclaration attestant le consentement éclairé du client ;
6. une attestation de la part du professionnel de santé mentale de sa disponibilité pour la coordination des soins et la possibilité d'un contact téléphonique à cet effet.

Pour les professionnels travaillant au sein d'une équipe pluridisciplinaire une lettre n'est pas nécessaire les différents éléments, documentation et recommandations, peuvent être documentés au dossier du patient.

Relations des professionnels de santé mentale avec les médecins-endocrinologues, les chirurgiens et les autres professionnels de santé

Dans l'idéal, les professionnels de santé mentale devraient régulièrement faire des synthèses et des séances de coordination avec les autres professionnels (de santé mentale et des autres disciplines) compétents dans l'évaluation et le traitement de la dysphorie de genre. Les relations entre professionnels concernent la santé du client devraient rester interactives pour laisser une place suffisante à la coordination et au dialogue clinique. Une communication ouverte et cohérente peut être nécessaire pour la consultation, l'orientation et la gestion des problèmes post-opératoires.

Tâches relatives à la psychothérapie

1. La psychothérapie n'est pas un prérequis absolu à l'hormonothérapie et la chirurgie

Un dépistage et/ou une évaluation en santé mentale comme précisé ci-dessus est nécessaire pour une indication de traitement hormonal et/ou chirurgical de la dysphorie de genre. Si la psychothérapie est fortement recommandée elle n'est pas exigée.

Les *SDS* ne recommandent pas un nombre de séances minimum avant l'hormonothérapie ou la chirurgie. Les raisons en sont multiples (Lev, 2009). D'abord, un nombre minimum de séances peut créer des barrières et décourager une réelle opportunité d'évolution personnelle. Deuxièmement, les professionnels de santé mentale peuvent proposer un soutien important aux clients tout au long des phases d'exploration de l'identité de genre et de l'expression de genre, et de la possible transition – pas seulement avant les interventions médicales possibles. Enfin, les clients et leurs psychothérapeutes diffèrent dans leurs capacités à atteindre des objectifs similaires sur une période de temps donnée.

2. Buts de la psychothérapie pour des adultes ayant des problèmes de genre

L'objectif général de la psychothérapie est de trouver des moyens d'optimiser le bien-être psychologique de la personne, sa qualité de vie et son sentiment de réalisation personnelle. La psychothérapie ne vise pas à modifier l'identité de genre de la personne, elle peut l'aider plutôt à explorer les problèmes de genre et à trouver des moyens d'atténuer la dysphorie de genre si elle est présente (Bockting et coll., 2006; Bockting & Coleman, 2007; Fraser, 2009a; Lev, 2004). En règle générale, le but ultime du traitement est d'aider les individus transsexuels, transgenres et de genre non-conforme à atteindre un confort à long terme vis-à-vis de leur identité de genre, avec des chances réalistes de succès dans leurs relations, éducation et travail. Pour plus de détails, voir Fraser (Fraser, 2009c).

La thérapie peut être individuelle, de couple, familiale ou de groupe, cette dernière étant une modalité particulièrement importante pour favoriser le soutien par les pairs.

3. Psychothérapie, pour les clients transsexuels, transgenres et de genre non conforme, comprenant le conseil et l'accompagnement dans les changements de rôles de genre

Trouver un rôle de genre confortable est avant tout, un processus psychosocial. La psychothérapie peut être d'une aide précieuse pour les personnes transsexuelles, transgenres et de genre non-conforme concernant les points suivants : (i) clarifier et explorer les rôle et identité de genre,

(ii) atténuer l'impact de la stigmatisation et du stress de minorité sur la santé mentale et le développement humain, et (iii) faciliter le processus de coming-out (Bockting & Coleman, 2007; Devor, 2004; Lev, 2004), qui peut, pour certains individus, comporter des changements dans l'expression des rôles de genre et le recours à des interventions médicales féminisantes ou masculinisantes.

Face à un environnement rarement préparé pour accueillir et respecter les personnes transsexuelles, transgenres et de genre non-conforme, les professionnels de santé mentale peuvent apporter un soutien, encourager les compétences interpersonnelles et la résilience des personnes et de leurs familles. Une psychothérapie peut également aider à soulager tout autre problème de santé mentale coexistant (type anxiété, dépression) identifié pendant la phase de dépistage ou d'évaluation.

Pour les personnes transsexuelles, transgenres et de genre non-conforme qui ont l'intention de changer de rôles de genre de manière définitive, les professionnels de santé mentale peuvent faciliter le développement d'un plan de traitement individualisé avec des buts, des étapes et une chronologie spécifiques. Si l'expérience de la transition peut différer d'une personne à une autre, les aspects sociaux de cette expérience sont souvent un défi – souvent plus que les aspects physiques. Parce que, changer de rôle de genre peut avoir de profondes conséquences aux niveaux social et personnel, la décision à prendre devrait donc comprendre une prise de conscience des enjeux familiaux, interpersonnels, scolaires ou professionnels, économiques et légaux, pour que les personnes puissent fonctionner avec succès dans leur rôle de genre.

Beaucoup de personnes transsexuelles, transgenres et de genre non-conforme vont se présenter sans avoir jamais été assimilées ou acceptées dans le rôle de genre le plus en harmonie avec leur identité de genre. Les professionnels de santé mentale peuvent aider ces clients à explorer et à anticiper les conséquences de changements de rôle de genre, et à apaiser le processus de mise en place de ces changements. La psychothérapie peut offrir un espace aux clients pour commencer à s'exprimer en harmonie avec leur identité de genre, et pour certains clients, surmonter les craintes liées aux changements d'expression de genre. Des risques calculés peuvent être pris en dehors de la thérapie pour gagner en expérience et en confiance dans le nouveau rôle. Un accompagnement au coming-out dans la famille ou la communauté (amis, école, lieu de travail) peut être mis en place.

D'autres personnes transsexuelles, transgenres et de genre non-conforme vont se présenter pour des soins, en ayant déjà entamé une expérience de vie (minime, modérée ou importante) dans un rôle de genre différent de celui assigné à la naissance. Les professionnels de santé mentale peuvent aider ces clients à identifier et travailler sur les problèmes potentiels et favoriser un ajustement optimal lorsqu'ils continuent à exprimer des changements dans leur rôle de genre.

4. Thérapie familiale ou soutien des familles

Les décisions concernant les changements de rôles de genre et les interventions médicales pour dysphorie de genre ont des conséquences non seulement pour les patients mais aussi pour leur famille (Emerson & Rosenfeld, 1996; Fraser, 2009a; Lev, 2004). Les professionnels de santé mentale peuvent aider les clients à prendre des décisions réfléchies de communication sur leur identité de genre et les décisions de traitement avec les membres de leur famille et les autres. La thérapie familiale peut inclure un travail avec les conjoints, autant que les enfants ou tout autre membre de la famille élargie du client.

Les clients peuvent également demander de l'aide concernant leurs relations et leur santé sexuelle. Par exemple ils peuvent vouloir explorer leur sexualité et les problèmes liés à l'intimité.

La thérapie familiale peut être proposée dans le cadre d'une thérapie individuelle du client et si cela est cliniquement approprié, effectuée par le même professionnel. À défaut, on peut orienter vers d'autres thérapeutes ayant une expertise de thérapie de la famille, ou vers des sources de soutien par des pairs (par exemple personne ou autres réseaux de soutien en dehors des partenaires ou des familles).

5. Soins de Suivi tout au long de la vie

Les professionnels de santé mentale peuvent travailler avec les clients et leurs familles à différentes étapes de leur vie. La psychothérapie peut être une aide à différents moments et pour les problèmes variés tout au long des cycle de vie.

6. Cyber-thérapie, consultation en ligne, conseils à distance

Les thérapies en ligne ou cyber-thérapies se sont avérées particulièrement utiles pour les personnes ayant des difficultés d'accès à un professionnel de traitement psychothérapique compétent, et qui peuvent souffrir d'isolement et de stigmatisation (Derrig-Palumbo & Zeine, 2005; Fenichel et coll., 2004; Fraser, 2009b). Par extrapolation, la Cyber-thérapie peut être une modalité intéressante de psychothérapie des personnes transsexuelles, transgenres et de genre non-conforme. La thérapie en ligne offre des opportunités étendues et créatives pour un service potentiellement amélioré et à la carte; cependant en tant que modalité en plein développement elle peut aussi comporter des risques inattendus. Les recommandations concernant la télémédecine sont claires et précises dans certaines disciplines, dans certains états des USA (Fraser, 2009b; Maheu, Pulier, Wilhelm, McMenamin, & Brown-Connolly, 2005) mais pas tous ; la situation internationale est même moins bien définie (Maheu et coll., 2005). La prudence d'utilisation en est conseillée jusqu'à ce que des données probantes soient suffisantes.

On conseille aux professionnels de santé mentale engagés dans une Cyber-thérapie de se mettre en contact régulièrement avec les organismes délivrant ou enregistrant les licences professionnelles, les associations professionnelles et, la législation autant que la littérature la plus récente pour être au courant des évolutions concernant cette pratique. Une description plus approfondie des utilisations potentielles, processus et problèmes éthiques liés à la Cyber-thérapie a été publiée (Fraser, 2009b).

Autres tâches des professionnels de santé mentale

1. Éduquer et défendre pour le compte des clients dans leur communauté (écoles, lieux de travail, autres organisations) et aider les clients à obtenir leur changement d'état civil.

Les personnes transsexuelles, transgenres et de genre non-conforme peuvent devoir affronter des défis dans leur vie professionnelle, scolaire/universitaire, ou tout autre type de configuration sociale lors de l'actualisation de leur identité de genre (Lev, 2004, 2009). Les professionnels de santé mentale peuvent jouer un rôle important en sensibilisant les populations de ces configurations sociales à accepter la non-conformité de genre (Currah, Juang, & Minter, 2006; Currah & Minter, 2000). Ce rôle peut impliquer des consultations, rencontres avec les CPE, les enseignants et les administrateurs, personnels administratifs, ressources humaines, chefs d'équipes et employés, et les représentants d'autres organisations et institutions. De plus, les professionnels de santé peuvent être sollicités pour soutenir les démarches de changements de nom et/ou de marqueurs de genre au niveau administratif et de l'état civil (passeport, permis de conduire, certificat ou extrait de naissance et diplômes).

2. Fournir information et orientation vers des référents pour le soutien par les pairs

L'expérience de groupe de soutien par les pairs peut être plus instructive en ce qui concerne les options d'expression de genre que ne pourrait l'être une psychothérapie individuelle pour certaines personnes transsexuelles, transgenres ou de genre non-conforme (Rachlin, 2002). Les deux expériences sont potentiellement précieuses et toutes les personnes explorant les questions liées au genre devraient être encouragées à participer à des activités communautaires si cela est possible. On doit mettre à disposition les ressources et informations concernant les soutiens de pairs.

La culture et ses ramifications pour l'évaluation et la psychothérapie

Les professionnels de santé travaillent dans des environnements extrêmement différents à travers le monde. Les formes de détresse poussant les personnes à demander l'aide d'un professionnel dans chaque culture sont comprises et classées par les populations dans des termes qui sont des produits de leur propre culture (Frank & Frank, 1993). Les contextes culturels déterminent aussi en grande partie comment ces conditions sont comprises par les professionnels de santé mentale. Les différences culturelles relatives à l'identité de genre et l'expression de genre peuvent affecter les patients, les professionnels de santé mentale et les pratiques psychothérapeutiques acceptées. La WPATH reconnaît que les *SDS* ont été créés dans une perspective et une tradition occidentale et peuvent nécessiter une adaptation au contexte culturel.

Recommandations éthiques concernant les soins de santé mentale

Les professionnels de santé mentale doivent être certifiés ou autorisés à exercer dans un pays donné, conformément aux règles professionnelles de ce pays (Fraser, 2009b; Pope & Vasquez, 2011). Les professionnels doivent adhérer aux codes de déontologie de leur(s) profession(s) ou aux organismes de certifications dans l'ensemble de leur travail avec les patients transsexuels, transgenres et de genre non-conforme.

Par le passé, des traitements ont tenté, sans succès à court ni à long-terme, de mettre en congruence le sexe d'assignation à la naissance avec l'identité et l'expression de genre (Gelder & Marks, 1969; Greenson, 1964) (Cohen-Kettenis & Kuiper, 1984; Pauly, 1965). Ce type de traitement n'est plus considéré comme éthique.

Si les professionnels de santé mentale ne sont pas à l'aise, ou suffisamment expérimentés dans le travail auprès de personnes transsexuelles, transgenres ou de genre non-conforme et leurs familles, ils doivent orienter les personnes vers un professionnel compétent, ou au moins consulter un pair expert. Si au niveau local ce n'est pas possible, une consultation peut être faite grâce aux méthodes de télésanté si les exigences locales en matière de consultation à distance sont requises.

Questions de l'accès au soin

Les professionnels qualifiés en santé mentale ne sont pas disponibles partout, ainsi, l'accès à des soins de qualité peut être limité. La WPATH a pour but d'améliorer l'accès et propose régulièrement des offres de formation continue pour former les professionnels dans diverses disciplines afin d'offrir des soins spécifiques de qualité. Utiliser les nouvelles technologies pour faire du soin à distance peut être l'un des moyens d'en améliorer l'accès (Fraser, 2009b).

Dans de nombreux endroits du monde, l'accès aux soins des personnes transsexuelles, transgenres ou de genre non-conforme est également limité par un manque de système d'assurance ou d'autres moyens permettant de payer pour les soins nécessaires. La WPATH pousse les compagnies d'assurance de la santé ou les autres organismes tiers-payant à couvrir le coût des traitements médicalement nécessaires pour atténuer la dysphorie de genre (American Medical Association, 2008; Anton, 2009; The World Professional Association for Transgender Health, 2008).

Face à un client qui n'est pas en mesure d'accéder à ces services, une orientation vers les groupes de soutien des pairs (en personne ou en ligne) est recommandée. Enfin, l'approche en terme de réduction des risques peut être indiquée pour aider les clients à prendre de décisions saines pour améliorer leurs vies.

VIII

Traitement Hormonal

Nécessité médicale de l'hormonothérapie

L'hormonothérapie féminisante ou masculinisante – l'administration d'agents endocriniens exogènes pour induire des changements masculinisants ou féminisants – est une intervention médicalement nécessaire pour beaucoup des personnes transsexuelles, transgenres et de genre non-conforme présentant une dysphorie de genre (Newfield, Hart, Dibble, & Kohler, 2006 ; Pfäfflin & Junge, 1998). Certaines personnes cherchent une féminisation ou masculinisation maximale, tandis que d'autres vont éprouver un soulagement avec une présentation androgyne résultant d'une hormonothérapie minimisant les caractéristiques sexuelles secondaires existantes (Factor &

Rothblum, 2008). Les preuves des résultats psychosociaux de l'hormonothérapie sont résumées en Appendice D.

L'hormonothérapie doit être individualisée selon : les buts du patient, le rapport bénéfice/risque du traitement, la présence d'autres problèmes médicaux, et les perspectives et enjeux au niveau socio-économique. L'hormonothérapie peut amener à un soulagement significatif chez les patients qui ne souhaitent pas de transition sociale ou de traitement chirurgical, ou ne peuvent le faire (Meyer III, 2009). L'hormonothérapie est un critère recommandé pour certains traitements chirurgicaux de la dysphorie de genre, mais non pour tous (voir section XI et Appendice C).

Critères pour l'hormonothérapie

Le début de l'hormonothérapie peut être entrepris après une évaluation psychosociale et l'obtention du consentement éclairé par un professionnel de santé qualifié, comme précisé dans la section VII des *SDS*. Une recommandation est requise de la part du professionnel de santé mentale qui a effectué l'évaluation (sauf si l'évaluation est faite par le prescripteur de l'hormonothérapie également qualifié dans ce champ).

Les critères pour l'hormonothérapie sont les suivants:

1. antécédents et persistance de la dysphorie de genre ;
2. capacité à donner un consentement éclairé ;
3. âge de la majorité requise dans le pays (si plus jeune, se référer à la section VI) ;
4. si des problèmes mentaux ou médicaux sont présents, ils doivent être raisonnablement contrôlés.

Comme précisé dans la section VII des *SDS* la coexistence de problèmes mentaux n'exclut pas forcément l'accès à l'hormonothérapie féminisante ou masculinisante, ces problèmes doivent être pris en charge avant ou de manière concomitante à la dysphorie de genre.

Dans des circonstances particulières, on peut accepter de prescrire un traitement hormonal à des patients ne remplissant pas ces critères. Ces circonstances peuvent être par exemple pour faciliter le recours à des hormones de qualité en alternative à un traitement illicite ou non contrôlé, ou à des patients qui se sont déjà établis dans leur genre d'affirmation et qui ont des antécédents de prise d'hormone. Il n'est pas éthique de refuser l'éligibilité ou la disponibilité de l'hormonothérapie

sur la base d'une séropositivité ou d'autres infections à diffusion hématogène¹⁰ telles que le VIH et les hépatites B et C.

Dans de rares cas, l'hormonothérapie peut s'avérer contre-indiquée au vu de l'état de santé du patient. Les professionnels de santé devraient aider ces patients à accéder aux traitements non-hormonaux de la dysphorie de genre. Un professionnel de santé mentale qualifié et connaissant déjà le patient est une ressource importante dans ce type de situation.

Consentement éclairé

L'hormonothérapie féminisante ou masculinisante peut mener à des changements physiques irréversibles. Elle ne peut être prescrite qu'aux personnes qui sont légalement capables de donner un consentement éclairé. Cela concerne les personnes mineures émancipées, les personnes incarcérées, et les personnes intellectuellement déficientes mais considérées comme capable de prendre une décision médicale les concernant (Bockting et coll., 2006). Les prescripteurs doivent renseigner dans le dossier médical que les informations relatives à l'hormonothérapie ont été données au patient et comprises par lui, y compris les possibles risques et bénéfices, notamment l'impact et les conséquences sur leur capacité de reproduction.

Relation entre les *SDS* et les modèles de consentement éclairé

Aux États-Unis, des protocoles de prescription de l'hormonothérapie connus sous le nom de «Modèle de consentement éclairé» ont été développés par un certain nombre de centre de soins communautaires (Callen Lorde Community Health Center, 2000, 2011; Fenway Community Health Transgender Health Program, 2007; Tom Waddell Health Center, 2006). Ces modèles sont en accord avec les recommandations présentées dans ces SDS. Les SDS sont des recommandations cliniques souples ; elles permettent des interventions sur mesure adaptées aux besoins de l'individu recevant les soins et une adaptation des protocoles à l'approche et au cadre dans lequel ces services sont prodigués (Ehrbar & Gorton, 2010).

Obtenir un consentement éclairé pour l'hormonothérapie est une tâche importante des prescripteurs pour s'assurer que les patients en comprennent les bénéfices et risques psychologiques et physiques, autant que les conséquences psychosociales. Les prescripteurs ou les professionnels recommandant l'hormonothérapie devraient avoir les connaissances et l'expérience suffisantes

¹⁰ Transmissible par le sang.

pour évaluer la dysphorie de genre. Ils devraient informer les patients des bénéfices particuliers, des limites et des risques de la prise d'hormone, au vu de l'âge du patient, ses expériences précédentes avec les hormones, et de ses problèmes médicaux ou psychiatriques concomitants.

Le dépistage et la prise en charge de problèmes de santé mentale, aigus ou courants, sont une part importante du processus de consentement éclairé. Cela peut être fait par un professionnel de santé mentale ou par un professionnel prescripteur formé (voir section VII des *SDS*). Le même prescripteur ou un autre professionnel formé de l'équipe dédiée au genre (par exemple un infirmier) peut expliciter les conséquences de la prise d'hormones si nécessaire (par exemple la perception sociale de la masculinisation ou féminisation et son impact sur les relations avec la famille, les amis et les collègues de travail). Si indiqué ces prescripteurs feront des orientations pour une psychothérapie et pour l'évaluation et le traitement de problèmes de santé mentale coexistants comme l'anxiété ou la dépression.

La différence entre le « Modèle de consentement éclairé » et les *SDS* version 7 porte sur le fait que les *SDS* mettent l'accent sur le rôle important du professionnel de santé mentale dans le soulagement de la dysphorie de genre, la facilitation des changements de rôle de genre et l'ajustement psychosocial. Cela peut inclure une évaluation complète de santé mentale et une psychothérapie, si indiqué. Le « Modèle de consentement éclairé » se centre sur l'obtention du consentement éclairé comme seuil de départ pour l'hormonothérapie dans un environnement pluridisciplinaire et de réduction des risques. Le rôle des professionnels de santé mentale est peu développé, sauf si le patient le demande, ou à moins que des problèmes de santé mentale ne soient identifiés et nécessitent une prise en charge avant la prescription de l'hormonothérapie.

Effets physiques de l'hormonothérapie

L'hormonothérapie féminisante ou masculinisante va induire des changements physiques en congruence avec l'identité de genre du patient.

- Chez les patients femme-vers-homme les changements suivants devraient se produire: aggravation de la voix, augmentation de la taille du clitoris (variable), augmentation de la pilosité faciale et corporelle, arrêt des menstruations, atrophie des tissus mammaires et une baisse du pourcentage de graisse corporelle par rapport à la masse musculaire.
- Chez les patients homme-vers-femme les changements suivants devraient se produire: croissance des seins (variable), baisse de la fonction érectile, atrophie testiculaire, et une augmentation du pourcentage de graisse corporelle par rapport à la masse musculaire.

La plupart des changements physiques apparaissent au cours des deux premières années. Le degré de changement physique et le temps exact d'apparition des effets peuvent varier considérablement. Les tableaux 1a et 1b résument approximativement le temps d'apparition de ces changements physiques.

TABEAU 1A: EFFETS ET DÉLAI D'EFFETS DES HORMONES MASCULINISANTES ^A

Effet	Début d'apparition attendu^B	Effet maximum attendu^B
Peau grasse / acné	1–6 mois	1–2 ans
Développement du système pileux	3–6 mois	3–5 ans
Chute des cheveux	>12 mois ^C	Variable
Augmentation de la masse musculaire	6–12 mois	2–5 ans ^D
Redistribution de la masse graisseuse	3–6 mois	2–5 ans
Arrêt des menstruations	2–6 mois	n/a
Accroissement clitoridien	3–6 mois	1–2 ans
Atrophie vaginale	3–6 mois	1–2 ans
Aggravation de la voix	3–12 mois	1–2 ans

^A Adapté avec l'autorisation, de Hembree et coll (2009), Copyright 2009, The Endocrine Society.

^B Estimations à partir d'observations cliniques publiées et non publiées.

^C Peut être minime, dépend de l'âge et des antécédents familiaux.

^D Significativement dépendant de la quantité d'exercice physique.

TABEAU 1B: EFFETS ET DÉLAI D'EFFETS DES HORMONES FÉMINISANTES ^A

Effet	Début d'apparition attendu^B	Effet maximum attendu^B
Redistribution de la masse graisseuse	3–6 mois	2–5 ans
Diminution de la masse musculaire	3–6 mois	1–2 ans ^C
Assouplissement de la peau, peau moins grasse	3–6 mois	Inconnu
Baisse de la libido	1–3 mois	1–2 ans
Diminution des érections spontanées	1–3 mois	3–6 mois
Dysfonctions sexuelle masculines	Variable	Variable
Accroissement mammaire	3–6 mois	2–3 ans
Diminution du volume testiculaire	3–6 mois	2–3 ans
Baisse de la production de sperme	Variable	Variable
Pilosité moindre et de croissance ralentie sur le corps et le visage	6–12 mois	> 3 ans ^D
Calvitie masculine	Pas de repousse, arrêt de la perte en 1–3 mois	1–2 ans

^A Adapté avec l'autorisation, de Hembree et coll (2009), Copyright 2009, The Endocrine Society.

^B Estimations à partir d'observations cliniques publiées et non publiées.

^C Significativement dépendant de la quantité d'exercice physique.

^D Traitement par électrolyse ou laser pour une épilation complète.

Le degré et le taux des effets physiques dépendent en partie du dosage, des voies d'administration et des médicaments utilisés, qui sont choisis en fonction des buts médicaux spécifiques du patient (changements dans l'expression de rôle de genre, plan général de réassignation sexuelle) et le profil de risque médical. Il n'y a actuellement aucune preuve permettant d'anticiper les effets de l'hormonothérapie – à l'exception peut-être de la baisse tonale de la voix chez les personnes femme-vers-homme – à partir des données de d'âge, des habitudes et de l'hygiène de vie, de l'ethnie ou des traits familiaux. Tous les facteurs étant égaux, aucune preuve ne suggère qu'un type

de méthode médicalement approuvé ou d'administration de l'hormonothérapie soit plus efficace qu'un autre dans la production des changements physiques souhaités.

Risques des thérapies hormonales

Toutes les interventions médicales comportent des risques. La probabilité d'effets indésirables sérieux dépend de nombreux facteurs : la médication en elle-même, le dosage, la voie d'administration, et les caractéristiques cliniques du patient (âge, comorbidité, antécédents familiaux, hygiène de vie et habitudes du patient). Il est donc impossible de prédire si un effet indésirable va apparaître chez un patient.

Les risques associés à l'hormonothérapie féminisante ou masculinisante pour les personnes transsexuelles, transgenres et de genre non-conforme sont résumés dans le tableau 2. Basé sur les niveaux de preuve, les risques sont catégorisés comme suit : (i) risque très probablement accru par l'hormonothérapie (ii) risque éventuellement accru par l'hormonothérapie, ou (iii) pas de risque accru ou non-concluant. Les items dans la dernière catégorie incluent des risques possibles mais pour lesquels les preuves sont si minimes qu'aucune conclusion tranchée ne peut en être tirée.

Des détails supplémentaires sur ces risques peuvent être trouvés en Appendice B, basés sur deux revues de littérature approfondies basées sur les preuves de l'hormonothérapie masculinisante ou féminisante (Feldman & Safer, 2009; Hembree et coll., 2009) à partir de grandes cohortes d'études (Asscheman et coll., 2011). Ces revues peuvent servir de références précises et détaillées pour les prescripteurs ainsi que tout autre matériel clinique publié largement référencé et reconnu (Dahl, Feldman, Goldberg, & Jaber, 2006; Ettner, Monstrey, & Eyler, 2007).

TABEAU 2: RISQUES ASSOCIÉS À L'HORMONOTHÉRAPIE (LES ITEMS EN GRAS SONT CLINIQUEMENT SIGNIFICATIFS)

Niveau de Risque	Hormonothérapie féminisante	Hormonothérapie masculinisante
Risque accru élevé	Thromboembolie veineuse Calculs biliaires Augmentation des enzymes hépatiques Prise de poids Hypertriglycéridémie	Polyglobulie Prise de poids Acné Alopécie androgénique (calvitie) Apnée du sommeil
Risque accru avec présence de facteurs de risques additionnels ^a	Maladies cardio-vasculaires	
Risque éventuellement accru	Hypertension Hyperprolactinémie ou prolactinome	Augmentation des enzymes hépatiques Hyperlipidémie
Risque éventuellement accru avec présence de facteurs de risques additionnels ^b	Diabète de type 2	Déstabilisation de certain troubles psychiatriques ^a Maladies cardio-vasculaires Hypertension Diabète de type 2
Pas d'augmentation des risques ou résultat non-concluant	Cancer du sein	Perte de la densité osseuse Cancer du sein Cancer du col de l'utérus Cancer ovarien Cancer utérin

^a Troubles bipolaires, schizoaffectif et autre troubles pouvant inclure des symptômes maniaques ou psychotiques. Cet effet secondaire indésirable semble être associé à des doses élevées ou des niveaux sanguins supra-physiologiques de testostérone.

Compétences des médecins prescripteurs d'hormones et relations avec les autres professionnels de santé

L'hormonothérapie féminisante ou masculinisante est le mieux entreprise dans le contexte d'une approche globale des soins comprenant les soins primaires et une approche coordonnée des soins aux problèmes psychosociaux (Feldman & Safer, 2009). Bien que la psychothérapie ou un accompagnement en cours ne soit pas requis pour l'initialisation de l'hormonothérapie, si le thérapeute est impliqué auprès du patient, une communication régulière entre les professionnels de santé est conseillée (avec le consentement du patient) pour s'assurer du bon déroulement de la transition, physiquement et psychologiquement.

Avec une formation appropriée l'hormonothérapie féminisante ou masculinisante peut être monitorée par divers professionnels, infirmiers, assistants, et les médecins de soins primaire¹¹ (Dahl et coll., 2006). Les visites médicales relatives au maintien du traitement laissent l'opportunité d'autres types de soins plus généraux à une population médicalement mal desservie (Clements, Wilkinson, Kitano, & Marx, 1999; Feldman, 2007; Xavier, 2000). La plupart des dépistages et la gestion des comorbidités associées à l'utilisation d'hormones sur le long terme, comme les risques cardio-vasculaires et dépistage du cancer, sont plus du ressort des soins primaires que des soins spécialisés (American Academy of Family Physicians, 2005; Eyler, 2007; World Health Organization, 2008), particulièrement là où les équipes dédiées aux questions de genre ou médecins spécialisés ne sont pas implantés.

Au vu des besoins pluridisciplinaires des personnes transsexuelles, transgenres ou de genre non-conforme et des difficultés associées à la fragmentation du soin en général (World Health Organization, 2008), la WPATH encourage vivement la formation et l'implication au niveau des soins primaires des professionnels travaillant dans le champ de l'hormonothérapie féminisante ou masculinisante. Si les hormones sont prescrites par un spécialiste, il devrait y avoir une étroite communication avec le professionnel de santé primaire du patient. Réciproquement, un endocrinologue ou tout autre prescripteur d'hormonothérapie devrait se sentir concerné par les soins primaires, et créer un lien avec le référent en soins primaires si ce-dernier n'est pas familier de l'hormonothérapie, ou bien si le patient présente un trouble endocrinien ou métabolique pouvant affecter l'hormonothérapie.

Alors qu'un programme de formation en médecine transgenre n'existe pas encore, les prescripteurs d'hormones ont la responsabilité d'acquérir les connaissances et expériences nécessaires dans

¹¹ La santé primaire (OMS) renvoie à des soins essentiels, curatifs préventifs et promotionnels comprenant notamment : La promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles ; Un approvisionnement suffisant en eau saine ; La protection maternelle et infantile et la planification familiale ; La vaccination contre les maladies infectieuses ; La prévention et le contrôle des endémies locales ; Le traitement des maladies et lésions courantes ; La promotion de la santé mentale ; La fourniture des médicaments essentiels.

ce champ. Les cliniciens peuvent accroître leur expérience et leur aisance dans la prescription d'hormonothérapie féminisante ou masculinisante par des prises en charge en coréférence, en consultant avec un prescripteur plus expérimenté, ou en prescrivant des types d'hormonothérapie plus limités avant l'initiation d'une hormonothérapie féminisante ou masculinisante. Parce que ce champ de la médecine est en constante évolution, les cliniciens devraient se familiariser et rester attentifs à la littérature médicale et discuter des préoccupations nouvelles avec leurs collègues. De telles discussions peuvent se produire à l'intérieur des réseaux établis par la WPATH et ceux des autres organisations locales ou nationales.

Responsabilités des médecins prescripteurs d'hormones

De manière générale, les cliniciens prescrivant l'hormonothérapie devraient s'engager dans les tâches suivantes :

1. Effectuer une évaluation initiale comprenant une discussion avec les patients sur leurs objectifs de transition physique, leur anamnèse et leurs antécédents, un examen physique, une évaluation des risques et les tests de laboratoires pertinents.
2. Aborder avec les patients les effets attendus des médications féminisantes ou masculinisantes et leurs possibles effets indésirables sur la santé, notamment la réduction de la fertilité (Feldman & Safer, 2009; Hembree et coll., 2009). Ainsi, les options de reproduction devraient être discutées avec le patient avant le début de l'hormonothérapie (voir section IX).
3. Confirmer que les patients ont la capacité de comprendre les risques et bénéfices du traitement et sont à même de donner un consentement informé et éclairé sur les décisions d'interventions médicales.
4. Effectuer une surveillance médicale permanente comprenant des examens physiques et des analyses biologiques réguliers pour contrôler l'efficacité des hormones et leurs effets secondaires.
5. Communiquer avec les autres professionnels (de santé primaire, de santé mentale et chirurgien) prenant en charge le patient quand nécessaire.
6. Si besoin, donner aux patients une brève attestation écrite indiquant qu'ils sont pris en charge sous contrôle médical, et que cette prise en charge comprend une hormonothérapie féminisante ou masculinisante. Particulièrement au début du traitement, un patient peut souhaiter cette attestation pour anticiper toute difficulté avec les autorités (police, institutions etc.).

Selon la situation clinique, certaines de ces responsabilités sont plus ou moins pertinentes. Ainsi, le degré de counseling, les examens physiques et les analyses biologiques devraient être individualisés, selon les besoins du patient.

Situations cliniques de l'hormonothérapie

Il y a des circonstances pour lesquelles les cliniciens peuvent être sollicités à prescrire des hormones sans nécessairement initier ou maintenir une hormonothérapie féminisante ou masculinisante à long terme. En étant capable de discriminer ces différentes situations (voir ci-dessous, par ordre croissant de complexité) il devient possible de faire appel à des cliniciens qui n'auraient jamais spontanément prescrit une hormonothérapie.

1. Relais et continuité des soins

Certains patients peuvent se présenter déjà hormonés, le traitement ayant été soit prescrit par un autre clinicien, soit obtenu par d'autres moyens (acheté sur internet). Les cliniciens peuvent proposer une prescription limitée dans le temps (1 à 6 mois) le temps que le patient trouve un professionnel qui puisse prescrire une hormonothérapie à long terme. Les prescripteurs doivent évaluer les posologies et types de médicament en cours que prend le patient, ceci dans un but sécuritaire et d'évaluation des interactions médicamenteuses et, les remplacer si nécessaire par des médicaments plus sûrs ou des posologies plus adaptées (Dahl et coll., 2006 ; Feldman & Safer, 2009). Si des hormones ont été prescrites auparavant, les éléments du dossier médical doivent être demandés (avec l'autorisation du patient) pour obtenir les résultats des examens et des analyses biologiques de base, ainsi que de tout effet indésirable. Les prescripteurs de l'hormonothérapie devraient également communiquer avec tout professionnel de santé mentale actuellement impliqué dans la prise en charge du patient. Si une évaluation psychosociale n'a jamais été effectuée, comme recommandé dans les SDS (voir section VII), les cliniciens devraient orienter le patient vers un professionnel de santé mentale qualifié, si cela est approprié et possible (Feldman & Safer, 2009). Les prescripteurs d'hormonothérapie de relais ont besoin de travailler avec le patient pour établir les limites et la durée de l'hormonothérapie de relais.

2. Hormonothérapie après gonadectomie

Le remplacement hormonal des oestrogènes ou de la testostérone est habituellement un traitement à vie après une ovariectomie ou une orchidectomie, à moins de contre-indications médicales. La gestion de ces situations d'hormonothérapie est semblable à celle des hormonothérapies de remplacement de n'importe quel patient hypogonadique, à savoir la gestion de la diminution des

productions hormonales après ce type de chirurgies (Basson, 2001; Levy, Crown, & Reid, 2003; Moore, Wisniewski, & Dobs, 2003) puis l'ajustement du traitement en fonction de l'âge et des comorbidités.

3. Hormonothérapie d'entretien avant la gonadectomie

Une fois que les patients ont atteint les bénéfices optimaux de l'hormonothérapie féminisante ou masculinisante (généralement à partir de deux ans) un traitement d'entretien est maintenu. Ce traitement de fond est ensuite ajusté en fonction des changements de l'état de santé, du vieillissement ou de tout autre élément comme les changements de style de vie (Dahl et coll., 2006). Quand un patient sous traitement hormonal d'entretien se présente pour des soins, le soignant devrait évaluer et vérifier le régime actuel du patient, les interactions médicamenteuses et les substituts ou dosages de traitements moins nocifs, si indiqué. Le suivi du patient doit régulièrement inclure des examens physiques et des analyses biologiques, comme le décrit la littérature médicale (Feldman & Safer, 2009 ; Hembree et coll., 2009). Le dosage et la forme des hormones doivent être réévalués régulièrement, ainsi que les variations de l'état de santé du patient, et tout signe, ou preuve disponible d'un risque potentiel à long terme de l'hormonothérapie (voir protocole hormonal, plus bas).

4. Initier une hormonothérapie féminisante ou masculinisante

Cette situation clinique requiert le plus grand engagement en termes de temps et d'expertise. L'hormonothérapie doit être individualisée à partir des buts du patient, du ratio risques/bénéfices des médicaments, de la présence d'autres troubles médicaux, de la situation sociale et économique. Bien que nombre de publications portent sur les protocoles hormonaux (Dahl et coll., 2006 ; Hembree et coll., 2009 ; Moore et coll., 2003) aucun essai clinique randomisé en comparant la sécurité et l'efficacité n'a été publié. Malgré cela, un cadre raisonnable pour une évaluation initiale des risques et un monitoring au quotidien de l'hormonothérapie peut être construit, basé sur des preuves de sécurité et d'efficacité présentées précédemment.

Évaluation du risque et modification pour débiter une hormonothérapie

L'évaluation initiale pour l'hormonothérapie évalue les objectifs cliniques du patient et les facteurs de risque des effets indésirables d'une mise sous hormones. Pendant l'évaluation du risque, le patient et le clinicien devraient développer un plan de réduction des risques, soit avant d'initier la thérapie soit dans le cadre de réduction des risques en cours.

Toutes les évaluations devraient inclure un examen physique approfondi, comprenant poids, taille et tension artérielle. La nécessité des examens génitaux, rectaux et des seins, qui sont des moments sensibles pour la plupart des personnes transsexuelles, transgenres et de genre non-conforme, doivent être basés sur les risques individuels et les besoins en terme de prévention (Feldman & Goldberg, 2006; Feldman, 2007).

Prévention

Les prescripteurs d'hormones devraient orienter les patients vers des soins préventifs, surtout si le patient n'a pas de référent en santé primaire. Selon l'âge et le profil de risque du patient, d'autres tests de dépistage ou examens ciblés (susceptibles d'être affectés par l'hormonothérapie) peuvent être appropriés. Dans l'idéal, ces dépistages devraient être effectués avant le démarrage de l'hormonothérapie.

Évaluation du risque et modifications pour l'hormonothérapie féminisante (homme-vers-femme)

En soi, il n'y a aucune contre-indication à l'hormonothérapie féminisante, mais il existe des contre-indications formelles pour certains agents féminisants, en particulier les oestrogènes. Ces contre-indications incluent : des épisodes préalables de thrombose veineuse liés à une affection sous-jacente d'état d'hypercoagulabilité, des antécédents de néoplasie sensible aux oestrogènes et les stades terminaux des maladies chroniques du foie (Gharib et coll., 2005).

D'autres problèmes médicaux (comme le précise le tableau 2 et appendice 2) peuvent être aggravés par les oestrogènes ou le blocage des androgènes, et doivent être évalués et raisonnablement contrôlés avant de commencer l'hormonothérapie (Feldman & Safer, 2009; Hembree et coll., 2009). Les cliniciens doivent particulièrement surveiller la consommation tabagique qui est associée à une augmentation des risques de thromboses veineuses, risque encore augmenté par les oestrogènes. Pour les patients pour qui un risque cardio-vasculaire ou cérébro-vasculaire est connu, une consultation avec un cardiologue peut être conseillée.

Les valeurs de base des analyses biologiques sont importantes pour évaluer à la fois le risque initial et d'éventuels futurs effets indésirables. Les tests initiaux doivent être basés sur les risques de l'hormonothérapie féminisante (précisé tableau 2) autant que sur les facteurs de risques individuels du patient, y compris les antécédents familiaux. Des suggestions quant à ces examens de base ont été publiées (Feldman & Safer, 2009; Hembree et coll., 2009). Elles peuvent être modifiées ou adaptées au patient, ou à un système de soins aux ressources limitées, ainsi qu'aux patients en bonne santé.

Évaluation des risques et des modifications de l'hormonothérapie masculinisante (femme-vers-homme)

Les contre-indications absolues à l'hormonothérapie à base de testostérone sont : une grossesse, une coronaropathie instable, une polyglobulie non-traitée avec une hémocrite supérieure ou égale à 55% (Carnegie, 2004). Comme l'aromatisation de la testostérone en oestrogènes peut augmenter les risques chez les patients qui ont des antécédents de cancer du sein ou d'autres cancers dépendant des oestrogènes (Moore et coll., 2003), une consultation avec un oncologue peut être indiquée avant l'utilisation des hormones. Dans l'idéal, les comorbidités susceptibles d'être aggravées par l'usage de testostérone doivent être évaluées et traitées avant le début de l'hormonothérapie (Feldman & Safer, 2009; Hembree et coll., 2009). Pour les patients pour qui un risque cardio-vasculaire ou cérébro-vasculaire est connu, une consultation avec un cardiologue peut être conseillée.

Une prévalence accrue du syndrome des ovaires polykystiques a été noté parmi les patients femme-vers-homme même en l'absence d'utilisation de testostérone (Baba et coll., 2007; Balen, Schachter, Montgomery, Reid, & Jacobs, 1993 ; Bosinski et coll., 1997). S'il n'y a aucune preuve que le syndrome des ovaires polykystiques soit lié au développement d'une identité transsexuelle, transgenre ou de genre non-conforme, ce syndrome est associé à un risque accru de diabète, de maladie cardiaque, d'hypertension artérielle, et de cancers des ovaires et de l'endomètre (Cattrall & Healy, 2004). Puisque la testostérone peut affecter les états cités, les signes et symptômes du syndrome des ovaires polykystiques devraient être évalués avant d'initier l'hormonothérapie. La testostérone pouvant affecter le développement fœtal (Physicians' Desk Reference, 2010) les patients présentant un risque de grossesse nécessitent une contraception efficace.

Les valeurs de base des analyses biologiques initiales sont importantes pour évaluer à la fois le risque initial et des éventuels effets indésirables possibles. Les tests initiaux doivent être basés sur les risques de l'hormonothérapie masculinisante (précisé tableau 2) autant que sur les facteurs de risques individuels du patient, y compris les antécédents familiaux. Des suggestions concernant ces examens de base ont été publiées (Feldman & Safer, 2009 ; Hembree et coll., 2009). Elles peuvent être modifiées ou adaptées au patient, ou à un système de soins aux ressources limitées, ainsi qu'aux patients en bonne santé.

Surveillance clinique du contrôle de l'efficacité et des effets indésirables pendant l'hormonothérapie

L'objectif du suivi clinique pendant l'hormonothérapie est d'évaluer le degré de féminisation ou de masculinisation et la présence éventuelle d'effets indésirables. Cependant, comme pour

le suivi de tout traitement à long-terme, il doit être inclus dans le contexte plus général d'une prise en charge sanitaire globale. Des suggestions de protocoles de surveillance cliniques ont été publiées (Feldman & Safer, 2009; Hembree et coll., 2009). Une surveillance plus fréquente peut être nécessaire pour les patients présentant des comorbidités. Les patients en bonne santé résidant dans des zones géographiques éloignées ou médicalement mal desservies peuvent utiliser des stratégies alternatives comme la télémédecine, ou un relais avec un personnel de santé local (infirmiers, collaborateurs médicaux). En l'absence de toute autre indication, les professionnels de santé devraient axer prioritairement la surveillance sur les risques susceptibles d'être accrus par l'hormonothérapie ou majorés par l'hormonothérapie et cliniquement sérieux.

Surveillance de l'efficacité et des risques de l'hormonothérapie féminisante

La meilleure évaluation de l'hormonothérapie est la réponse clinique : le patient développe-t-il un corps féminisé en minimisant les caractéristiques masculines, en accord avec ses objectifs de genre ? Dans le but de prévoir le plus rapidement les dosages hormonaux optimisant la réponse clinique, on peut doser la diminution du niveau de testostérone en dessous de la limite supérieure de la normale chez les femmes et le niveau d'oestradiol entre celui de la pré-ménopause mais bien en dessous des seuils supra-physiologiques (Feldman & Safer, 2009; Hembree et coll., 2009).

La surveillance des effets indésirables devrait inclure à la fois un examen clinique et des analyses biologiques. Le suivi devrait inclure une évaluation attentive des signes d'altération cardiovasculaires et de thromboembolie veineuse (TEV), par les examens de mesure de tension, de poids et de pouls ; un examen du cœur et des poumons ; un examen des extrémités pour repérer les oedèmes périphériques, les gonflements localisés ou les douleurs (Feldman & Safer, 2009). La surveillance biologique devrait être basée sur les risques spécifiques de l'hormonothérapie décrits plus haut, les facteurs individuels de comorbidités et de risque du patient et le protocole hormonal spécifique en lui-même. Des suggestions d'examens spécifiques de protocoles de surveillance ont été publiées (Feldman & Safer, 2009; Hembree et coll., 2009).

Surveillance de l'efficacité et des risques de l'hormonothérapie masculinisante

La meilleure évaluation de l'efficacité de la réponse clinique aux hormones est : le patient développe-t-il un corps masculinisé minimisant les caractéristiques féminines, en accord avec ses objectifs de genre ? Les cliniciens peuvent obtenir une bonne réponse clinique avec le moins de probabilité d'effets indésirables en maintenant un niveau de testostérone dans l'intervalle moyen normal masculin, tout en évitant les niveaux supra-physiologiques (Dahl et coll., 2006; Hembree et coll., 2009). Pour les patients utilisant le cypionate ou l'enanthate de testostérone en intramusculaire (IM), certains cliniciens recommandent la vérification des taux de concentration minimale tandis

que d'autres préfèrent les niveaux de milieu de cycle (Dahl et coll., 2006; Hembree et coll., 2009; Tangpricha, Turner, Malabanan, & Holick, 2001; Tangpricha, Ducharme, Barber, & Chipkin, 2003).

La surveillance des effets indésirables devrait inclure à la fois un examen clinique et des évaluations des taux biologiques. Le suivi devrait inclure une évaluation attentive des signes et symptômes de type prise de poids excessive, acné, saignements utérins irréguliers et altération cardio-vasculaires, ainsi que les symptômes psychiatriques chez les patients à risque. Les examens physiques devraient comprendre la tension artérielle, le poids et le pouls ; un examen du cœur, des poumons et un examen de la peau (Feldman & Safer, 2009). La surveillance biologique devrait être basée sur les risques spécifiques de l'hormonothérapie décrits plus haut, les comorbidités et facteurs de risque du patient et le protocole hormonal spécifique en lui-même. Des suggestions pour les examens spécifiques des protocoles de surveillance ont été publiées (Feldman & Safer, 2009; Hembree et coll., 2009).

Protocoles hormonaux

Jusqu'à ce jour, aucun essai clinique contrôlé sur les protocoles hormonaux masculinisants ou féminisants n'a été conduit pour évaluer la sécurité ou l'efficacité des changements physiques induits. Par conséquent, les publications médicales montrent de grandes variations dans les dosages et les types d'hormones (Moore et coll., 2003; Tangpricha et coll., 2003; van Kesteren, Asscheman, Megens, & Gooren, 1997). De plus, l'accès à certains médicaments peut être limité par la situation géographique, sociale ou économique du patient. Pour ces raisons, la WPATH n'approuve aucun protocole hormonal féminisant ou masculinisant en particulier, et choisit une revue des protocoles hormonaux publiés selon les classes de médicaments et les voies d'administration.

Comme souligné plus haut, il y a des preuves de différences de niveau de sécurité des différents protocoles en fonction des individus et de leurs particularités. Les Recommandations de la Société d'Endocrinologie¹² (Hembree et coll., 2009) et Feldman et Safer (2009) proposent une guidance spécifique en fonction des types d'hormones et des dosages suggérés pour maintenir des niveaux hormonaux dans l'intervalle physiologique normal, pour l'expression de genre souhaitée par le patient (basée sur ses buts de féminisation ou de masculinisation). Il est fortement recommandé que les prescripteurs d'hormones s'informent régulièrement via la littérature médicale sur les nouvelles informations pour utiliser ces médicaments permettant d'allier en toute sécurité les besoins du patient et les ressources disponibles.

12 The Endocrine Society Guidelines.

Protocoles de thérapie hormonale féminisante (homme-vers-femme)

Les Oestrogènes

L'utilisation d'oestrogènes oraux, et en particulier l'éthinylestradiol, semble accroître le risque de TEV (Thromboembolie Veineuse). Il n'est donc pas recommandé comme hormonothérapie féminisante. Les oestrogènes transdermiques sont recommandés pour les patients avec des risques de TEV. Le risque d'effets indésirables augmente avec le dosage, particulièrement quand les seuils supra-physiologiques sont atteints ou dépassés (Hembree et coll., 2009). Les oestrogènes oraux doivent si possible être évités ou initialisés à très bas dosages pour les patients présentant des comorbidités pouvant être affectées par les oestrogènes. Certains patients peuvent ne pas être capable d'utiliser correctement les oestrogènes pour en obtenir le résultat souhaité. Cette possibilité doit être discutée en amont avec le patient bien avant le début de l'hormonothérapie.

Médicaments réduisant la production d'androgènes ("anti-androgène")

Le protocole le plus courant et le plus étudié pour la féminisation est une combinaison d'oestrogènes et d'anti-androgènes. Les anti-androgènes ont pour effet de réduire soit les niveaux endogènes de testostérone, soit l'activité de la testostérone, et donc de diminuer les caractéristiques masculines, comme la pilosité. Ces traitements minimisent le dosage en œstrogène nécessaire à la suppression de la testostérone, ce qui réduit le risque associé à de hautes doses d'oestrogènes exogènes (Prior, Vigna, Watson, Diewold, & Robinow, 1986; Prior, Vigna, & Watson, 1989).

Les principaux anti-androgènes sont les suivants :

- la spironolactone est un agent antihypertenseur, qui inhibe directement la sécrétion de testostérone et la liaison entre les androgènes et les récepteurs d'androgènes. La pression artérielle et le ionogramme doivent être surveillés à cause du risque d'hyperkaliémie potentiel.
- l'acétate de cyprotérone est un composé progestatif qui a des propriétés anti-androgènes. Ce traitement n'est pas approuvé aux États-Unis à cause de potentiels problèmes d'hépatotoxicité¹³, mais est largement utilisé ailleurs (De Cuypere et coll., 2005).
- les agonistes de la GnRH (goséréline, buséréline, triptoréline) sont des neurohormones bloquant les récepteurs libérant les gonadotrophines, et donc bloquant ainsi la libération des hormones folliculo-stimulantes et lutéinisantes. Cela conduit à un blocage très efficace des

¹³ Toxicité hépatique.

gonades. Cependant ces traitements sont chers et seulement disponibles en injectable ou en implant.

- les inhibiteurs de l'enzyme 5-alpha reductase (finastéride et dutastéride) bloquent la conversion de la testostérone en son agent le plus actif la 5-alpha-dihydrotestostérone. Ces traitements ont des effets bénéfiques sur la chute des cheveux, la pilosité, les glandes sébacées, et la consistance de la peau.

La cyprotérone et la spironolactone sont les anti-androgènes les plus fréquemment utilisés et ont le meilleur rapport coût/efficacité.

Les Progestatifs

À l'exception de la cyprotérone, l'inclusion des progestatifs dans l'hormonothérapie féminisante est controversée (Oriel, 2000). Les progestatifs jouent un rôle dans le niveau de développement des cellules mammaires et certains cliniciens pensent que ces agents sont nécessaires pour un développement complet des seins (Basson & Prior, 1998; Oriel, 2000). Cependant une comparaison clinique des protocoles hormonaux féminisants avec et sans progestatifs montre que l'addition de progestatifs n'a d'effet ni sur l'augmentation des seins ni sur la baisse du niveau de testostérone libre sanguine (Meyer III et coll., 1986). Des inquiétudes demeurent concernant les effets indésirables potentiels des progestatifs, notamment la dépression, la prise de poids et les modifications lipidiques (Meyer III et coll., 1986; Tangpricha et coll., 2003). Les progestatifs (en particulier la méthoxyprogestérone) sont également suspectés d'accroître les risques cardiovasculaires et de cancer du sein chez les femmes (Rossouw et coll., 2002). La progestérone micronisée peut être mieux tolérée et a un impact plus favorable sur le profil lipidique que la méthoxyprogestérone (de Lignières, 1999; Fitzpatrick, Pace, & Wiita, 2000).

Protocoles de thérapie hormonale masculinisante (femme-vers-homme)

Testostérone

La testostérone peut généralement être administrée par voie orale, transdermique ou parentérale (IM), bien que des préparations buccales et des implants soient également disponibles. L'undécanoate de testostérone oral, disponible hors des États-Unis, mène à une moindre diminution du niveau de testostérone que les préparations non-orales et a une efficacité limitée sur la suppression des menstruations (Feldman, 2005, April; Moore et coll., 2003). À cause du mode d'administration toutes les 2 à 4 semaines du cypionate ou de l'éнанthane de testostérone en intramusculaire, les patients peuvent rapporter des variations cycliques dans les effets (fatigue et irritabilité en fin du cycle d'injection, agressivité ou humeur expansive en début de cycle d'injection)

ainsi qu'un temps plus élevé hors des seuils physiologiques (Jockenhövel, 2004). Cela peut être limité par un dosage moins élevé mais plus fréquent ou en utilisant des préparations transdermiques quotidiennes (Dobs et coll., 1999; Jockenhövel, 2004; Nieschlag et coll., 2004). L'undécanoate de testostérone intramusculaire (actuellement non disponible aux États-Unis) permet de maintenir un niveau de testostérone physiologique stable pendant approximativement 12 semaines et est efficace autant dans le traitement de l'hypogonadisme que chez les individus femme-vers-homme (Mueller, Kiesewetter, Binder, Beckmann, & Dittrich, 2007; Zitzmann, Saad, & Nieschlag, 2006). Il existe des preuves montrant que la testostérone transdermique et intramusculaire donnent les mêmes résultats de masculinisation, bien que le délai puisse être plus lent avec les préparations transdermiques (Feldman, 2005, April). Principalement en fonction de l'âge, le but est d'utiliser les doses les plus faibles pour obtenir et maintenir le résultat clinique désiré avec les précautions appropriées pour maintenir la densité osseuse.

Autres agents

Les progestatifs, plus particulièrement la médroxyprogestérone, peuvent être utilisés sur une courte période pour aider à l'arrêt des menstruations au début de l'hormonothérapie. Les agonistes de la GnRH peuvent également être utilisés dans ce but, ainsi que pour limiter les saignements utérins chez les patients sans anomalies gynécologiques sous-jacentes.

Hormones bioéquivalentes et hormones composées

La polémique autour de l'usage des hormones bioéquivalentes comme hormone de remplacement après la ménopause grandit, de même que l'intérêt pour l'utilisation des composés similaires dans l'hormonothérapie féminisante ou masculinisante. Il n'y a aucune preuve que les hormones bioéquivalentes composées soient plus sûres ou plus efficaces que les hormones bioéquivalentes approuvées par l'agence gouvernementale américaine (Sood, Shuster, Smith, Vincent, & Jatoi, 2011). Ainsi certaines organisations dont la North American Menopause Society (2010) ont statué que quelle que soit la forme de l'hormone (composée ou pas) si l'ingrédient actif est le même, il devrait avoir le même profil d'effets secondaires. La WPATH est d'accord avec cette évaluation.

IX

Santé de la reproduction

Beaucoup de personnes transsexuelles, transgenres et de genre non-conforme voudront avoir des enfants. Puisque l'hormonothérapie féminisante ou masculinisante limite la fertilité (Darney, 2008; Zhang, Gu, Wang, Cui, & Bremner, 1999) il est souhaitable que les patients prennent des décisions concernant leur fertilité avant d'initier un traitement hormonal ou une chirurgie enlevant ou altérant les organes reproducteurs. Il y a des cas connus de personnes qui, après hormonothérapie et chirurgie, ont regretté leur incapacité à avoir des enfants biologiques (De Sutter, Kira, Verschoor, & Hotimsky, 2002).

Les professionnels de santé – y compris les professionnels de santé mentale recommandant l'hormonothérapie ou la chirurgie, les prescripteurs d'hormones et les chirurgiens – devraient évoquer avec les patients les options concernant la reproduction avant l'initiation de ces traitements pour la dysphorie de genre. Ce point doit pouvoir être évoqué, même si le patient ne s'y intéresse pas, ce qui est plus fréquent chez les jeunes patients (De Sutter, 2009). Évoquer cela au préalable est souhaitable, mais pas toujours possible. Si un individu n'a pas encore subi la chirurgie de réassignation, il est possible de stopper les hormones suffisamment longtemps pour que les hormones du sexe biologique se rétablissent, permettant la production de gamètes matures (Payer, Meyer III, & Walker, 1979; Van den Broecke, Van der Elst, Liu, Hovatta, & Dhont, 2001).

Au-delà des débats et articles d'opinion, peu de recherches ont été publiées sur les enjeux en termes de santé et de reproduction pour les individus recevant différents traitements médicaux pour leur dysphorie de genre. D'autres types de patients doivent faire face aux mêmes questions, suite à la perte ou la lésion de leurs gonades, et pour qui des tumeurs malignes nécessitent une ablation des organes reproducteurs ou pour qui l'usage de radiation ou de chimiothérapie est dommageable. Des leçons peuvent être tirées de ces situations et pourraient être appliquées aux personnes traitées pour dysphorie de genre.

Les patients homme-vers-femme, principalement ceux qui n'ont pas encore procréé devraient être informés des possibilités de préservation du sperme et encourager à le conserver dans une banque de sperme avant l'hormonothérapie. Une étude examinant les testicules exposés à de hautes doses d'oestrogènes (Payer et coll., 1979), conclut qu'arrêter les oestrogènes permet aux testicules de recouvrer leurs fonctions. Dans un article rapportant l'opinion des sujets homme-vers-femme sur la congélation du sperme (De Sutter et coll., 2002), la grande majorité des 121 sondés pensaient que la possibilité de congeler leur sperme devrait être discutée et proposée par le monde médical. Le sperme devrait être collecté avant l'hormonothérapie ou après son arrêt quand le nombre de spermatozoïdes augmente à nouveau. La cryopréservation devrait être envisagée même si la

semence est de pauvre qualité. Chez les adultes avec une azoospermie, une biopsie testiculaire puis une cryoconservation du matériel biopsié est possible, mais sans garantie de succès.

Les options de reproduction pour les patients femme-vers-homme peuvent inclure la congélation d'ovocytes ou d'embryons. Les gamètes ou les embryons congelés peuvent ensuite être utilisés avec une mère porteuse de substitution gestationnelle pour mener cette grossesse à terme¹⁴. Les études chez les femmes qui ont un syndrome des ovaires polycystiques suggèrent que l'ovaire peut recouvrer une partie de ses fonctions en dépit des traitements à base de testostérone (Hunter & Sterrett, 2000). Un court arrêt de la testostérone peut permettre aux ovaires de produire à nouveau des ovules, le succès dépendra de l'âge du patient et de la durée du traitement à base de testostérone. Bien que ce ne soit pas systématique, certains sujets femme-vers-homme le font, et ont même parfois pu avoir une grossesse et accoucher (More, 1998).

Les patients devraient être informés que ces techniques ne sont pas disponibles partout et peuvent être très coûteuses. Les personnes transsexuelles, transgenres ou de genre non-conforme ne devraient pas se voir refuser ces options de reproduction pour aucune raison.

Un dernier groupe de sujets sont les adolescents pubères ou pré-pubères qui ne développeront jamais la fonction de reproduction de leur sexe biologique, en raison des hormones bloquantes ou de changement de genre. À ce jour, il n'y a aucune technique permettant de préserver les gonades de ces individus.



Thérapie de la voix et de la communication

La communication, verbale et non verbale, est un aspect important du comportement humain et de l'expression de genre. Les personnes transsexuelles, transgenres et de genre non-conforme peuvent rechercher l'aide d'un spécialiste (ORL, orthophoniste) pour développer des caractéristiques vocales (ton, intonation, expression, diction, formulation) et des comportements non-verbaux (gestuelle, posture, expressions faciales) qui facilitent le confort avec leur identité de genre. La thérapie de la voix et/ou de la communication peut aider à réduire la dysphorie de genre et peut être une étape positive et motivante dans l'affirmation de l'expression des rôles de genre.

¹⁴ Dépend de la législation en vigueur dans le pays.

Compétence des spécialistes de la voix et de la communication travaillant avec des clients transsexuels, transgenres ou de genre non-conforme

Les spécialistes regroupent les orthophonistes et les cliniciens s'occupant des troubles de l'expression orale et de la voix. Dans la plupart des pays l'association professionnelle ou société savante des orthophonistes nécessite des qualifications spécifiques pour pouvoir adhérer. Dans certains pays, le gouvernement a réglementé la pratique avec des licences d'exercice, des certifications ou des procédures d'enregistrement et de référencement (American Speech-Language-Hearing Association, 2011; Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists; Royal College of Speech Therapists, United Kingdom; Speech Pathology Australia; Vancouver Coastal Health, Vancouver, British Columbia, Canada).

Les points suivants sont les recommandés a minima des professionnels travaillant avec des clients transsexuels, transgenres ou de genre non-conforme :

1. une formation spécialisée et une compétence dans l'évaluation et le développement des compétences de communication chez les clients transsexuels, transgenres ou de genre non-conforme.
2. une familiarisation et une sensibilisation aux aspects des usages de préférence du prénom préféré du genre et nom. (Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists; Royal College of Speech Therapists, United Kingdom; Speech Pathology Australia).
3. une formation continue dans l'évaluation et le développement des capacités de communication chez les clients transsexuels, transgenres ou de genre non-conforme. Cela peut comprendre la participation à des rencontres, ateliers, séminaires professionnels ; la contribution à une recherche sur l'identité de genre ou une étude indépendante ; une supervision auprès d'un clinicien expérimenté et certifié.

D'autres professionnels comme les coachs vocaux, professionnels du théâtre, professeur de chant, et des experts en gestuelle, peuvent jouer un rôle complémentaire non négligeable. Idéalement ces professionnels auront déjà travaillé avec, ou sont dans une collaboration active avec les orthophonistes.

Enjeux d'évaluation et de traitement

Le but général de la thérapie de la voix et de la communication est d'aider le patient à adapter sa voix et sa communication d'une manière qui est sûre et authentique mettant en place un mode de communication en harmonie avec son identité de genre et reflétant son estime de soi (Adler, Hirsch, & Mordaunt, 2006). Il est essentiel que les spécialistes de la voix et de la communication restent sensibles aux préférences de communication de l'individu. La communication – le style, la voix, la langue – est personnelle et les individus ne doivent pas être conseillés d'adopter des comportements qui ne leur conviennent pas, ou dans lesquels ils ne se sentent pas à l'aise et authentiques. Les spécialistes servent au mieux leur patient en prenant le temps de comprendre leurs problèmes de genre et leurs objectifs d'expression de rôle de genre (American Speech-Language-Hearing Association, 2011; Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists; Royal College of Speech Therapists, United Kingdom; Speech Pathology Australia).

Les personnes peuvent adopter les comportements de communication qu'elles souhaitent acquérir en accord avec leur identité de genre. Ces décisions sont également soutenues par les connaissances et compétences du spécialiste de la voix et des données d'évaluation pour un client spécifique (Hancock, Krissinger, & Owen, 2010). L'évaluation comprend l'auto-évaluation du client et l'évaluation par le spécialiste de la voix, de la résonance, de l'articulation, de l'expression orale, et de la communication non-verbale (Adler et coll., 2006; Hancock et coll., 2010).

Les plans de traitement de la voix et de la communication sont élaborés à partir des résultats actuels des recherches disponibles, des connaissances et de l'expérience clinique du spécialiste et des buts et valeurs du client (American Speech-Language-Hearing Association, 2011; Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists; Royal College of Speech Therapists, United Kingdom; Speech Pathology Australia; Vancouver Coastal Health, Vancouver, British Columbia, Canada). Les cibles de traitement sont le ton, l'intonation, la résonance, l'articulation, le débit de parole et le phrasé, l'élocution, le niveau de langage et la communication non-verbale (Adler et coll., 2006; Davies & Goldberg, 2006; de Bruin, Coerts, & Greven, 2000; Gelfer, 1999; McNeill, 2006; Oates & Dacakis, 1983). Ce traitement peut s'effectuer en individuel ou en groupe. La fréquence et la durée du traitement peuvent varier en fonction des besoins du client. Ce type de traitement peut être une partie d'un plan de traitement plus global et individualisé (Carew, Dacakis, & Oates, 2007; Dacakis, 2000; Davies & Goldberg, 2006; Gelfer, 1999; McNeill, Wilson, Clark, & Deakin, 2008; Mount & Salmon, 1988).

La féminisation ou la masculinisation de la voix nécessite un usage inhabituel des mécanismes de production de la voix. Des mesures préventives peuvent être nécessaires pour éviter la possibilité de mésusages de la voix et de séquelles à long-terme. Tout élément de thérapie de la voix et de la communication devrait inclure un volet sur la santé vocale (Adler et coll., 2006).

Santé de la voix : considérations après chirurgie de féminisation de la voix

Comme noté dans la section XI, certaines personnes transsexuelles, transgenres ou de genre non-conforme vont subir une chirurgie de féminisation de la voix (la gravité de la voix est induite par l'hormonothérapie masculinisante, mais l'hormonothérapie féminisante n'a pas d'impact sur l'adulte homme-vers-femme). Il y a différents degrés de satisfaction, de sécurité et d'amélioration à long terme chez les patients ayant subi cette chirurgie. Il est recommandé que les individus subissant une chirurgie féminisante de la voix consultent également un orthophoniste pour optimiser le résultat de la chirurgie, aider à protéger la voix et apprendre les aspects non-discursifs de la communication. Les procédures de chirurgie de la voix doivent inclure des séances de suivi avec un professionnel diplômé ou accrédité par l'instance responsable des orthophonistes dans le pays (Kanagalingam et coll., 2005; Neumann & Welzel, 2004).

XI

Chirurgie

La chirurgie de réassignation sexuelle est efficace et médicalement nécessaire

La chirurgie et particulièrement la chirurgie génitale est souvent la dernière étape et le pas le plus important dans le processus de traitement de la dysphorie de genre. Si beaucoup de personnes transsexuelles, transgenres ou de genre non-conforme trouvent un confort avec leur rôle, expression et identité de genre sans la chirurgie, pour beaucoup d'autres elle est essentielle et médicalement nécessaire pour soulager leur dysphorie de genre (Hage et Karim, 2000). Pour ce dernier groupe, le soulagement de la dysphorie de genre ne peut être atteint sans la modification des caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires pour une meilleure harmonie avec leur identité de genre. De plus, la chirurgie peut aider les patients à se sentir plus à leur aise en présence de leur partenaire, ou dans des lieux comme chez le médecin, à la piscine, ou dans les clubs de gym. Dans certains contextes, la chirurgie pourrait réduire le risque de blessures en cas d'arrestation ou de perquisition par la police ou d'autres autorités.

Les études longitudinales ont montré un effet bénéfique indéniable de la chirurgie de réassignation sexuelle sur les résultats post-opératoires comme le bien-être subjectif, l'aspect esthétique, et la fonction sexuelle (De Cuypere et coll., 2005; Gijs & Brewaeys, 2007; Klein & Gorzalka, 2009; Pfäfflin & Junge, 1998). Des informations additionnelles sur les résultats des traitements chirurgicaux sont résumées en appendice D.

Questions éthiques concernant la chirurgie de réassignation sexuelle

Dans les pratiques chirurgicales habituelles¹⁵, les tissus pathologiques sont enlevés pour restaurer une fonction jusqu'alors perturbée, ou bien des modifications sont faites au niveau de la forme du corps pour améliorer l'image de soi du patient. Certaines personnes, y compris certains professionnels de santé, posent une objection sur base éthique à la chirurgie comme traitement de la dysphorie de genre, parce que ces conditions ne semblent pas appliquées.

Il est important que les professionnels de santé prenant en charge les patients ayant une dysphorie de genre soient à l'aise avec l'idée de modifier des structures anatomiques normales et saines. Pour comprendre comment la chirurgie peut soulager la détresse et le malaise psychologique des individus ayant une dysphorie de genre, les professionnels doivent écouter leurs patients et discuter avec eux de leurs symptômes, problèmes et histoires de vie. La résistance à l'encontre de ce type de chirurgie sur la base éthique du 'avant tout ne pas nuire' (*primum non nocere*) devrait être respectée et débattue, tout en admettant la possibilité d'apprendre des patients eux-mêmes, les potentiels dommages d'un refus d'accès au traitement approprié à leur dysphorie de genre sur leur détresse psychologique.

Les chirurgies génitales et la chirurgie des seins/ou la reconstruction d'une poitrine masculine pour la dysphorie de genre ne sont pas simplement un ensemble de procédures électives. Les procédures typiques électives impliquent seulement un contrat de consentement mutuel entre le chirurgien et le patient. Les chirurgies génitales, des seins ou la de la poitrine, médicalement nécessaires pour le traitement de la dysphorie de genre, doivent être entreprises seulement après une évaluation par un professionnel de santé mentale qualifié, comme souligné dans la section VII de ces SDS. Ces chirurgies ne peuvent être effectuées qu'après une attestation écrite que cette évaluation a eu lieu et que la personne remplit les critères requis pour ce traitement chirurgical spécifique. En suivant cette procédure, les professionnels de santé mentale, les chirurgiens et les patients partagent la

¹⁵ Voir législation en vigueur dans le pays concerné. En France, l'article 41 du code de déontologie médicale soumet les interventions dites de « mutilations sexuelles » à un objectif thérapeutique. Les chirurgies spécifiques effectuées dans le cadre du traitement chirurgical de la dysphorie de genre font l'objet d'une dérogation et d'une circulaire.

responsabilité de cette décision qui implique des changements corporels irréversibles. Il n'est pas éthique de refuser la disponibilité ou l'éligibilité à la chirurgie de réassignation sur la base d'une séropositivité ou d'autres infections à diffusion hématogène¹⁶ comme le VIH et les hépatites B et C.

Relations des chirurgiens avec les professionnels de santé mentale, les endocrinologues (si approprié) et les patients (consentement éclairé)

Le rôle du chirurgien dans le traitement de la dysphorie de genre n'est pas celui d'un simple technicien. Les chirurgiens consciencieux prendront le temps de connaître l'histoire et les raisons qui ont mené chaque patient à une orientation vers le traitement chirurgical. Pour cela, les chirurgiens doivent parler longuement avec leurs patients et maintenir une étroite collaboration avec les autres professionnels de santé impliqués activement dans les soins cliniques.

La consultation est facile à accomplir quand le chirurgien pratique dans le cadre d'une équipe de soin interdisciplinaire. Si ce n'est pas le cas, le chirurgien doit être convaincu des compétences du professionnel de santé mentale référent dans l'évaluation et le traitement de la dysphorie de genre et si possible du prescripteur de l'hormonothérapie, puisque son intervention repose sur leurs expertises.

Une fois qu'un chirurgien est assuré que les critères pour ces chirurgies spécifiques sont respectés (voir ci-dessous), le traitement chirurgical doit être envisagé et une consultation chirurgicale préopératoire doit avoir lieu. Pendant cette consultation, la procédure et les suites post-opératoires doivent être amplement abordées avec le patient. Les chirurgiens sont responsables de l'abord des points suivants avec les patients en demande de traitement chirurgical pour leur dysphorie de genre :

- les différentes techniques chirurgicales disponibles (avec orientation vers un collègue qui peut proposer des options alternatives) ;
- Les avantages et inconvénients de chaque technique ;
- Les limites de chaque procédure par rapport à un résultat idéal ; les chirurgiens devraient proposer un large éventail de photographies avant-après de leurs patients, comprenant les résultats réussis ou non-réussis ;

¹⁶ Transmissible par le sang.

- Les risques inhérents et complications possibles des diverses techniques ; les chirurgiens doivent informer les patients de leur taux de complications individuels pour chaque procédure.

Ces éléments sont le cœur du processus de consentement éclairé, qui est à la fois un prérequis éthique et légal pour toute procédure chirurgicale. S'assurer que les patients ont des attentes de résultats réalistes est important par rapport au résultat final qui soulagera leur dysphorie de genre.

Toutes ces informations devraient être données par écrit aux patients, dans une formulation accessible et avec des illustrations. Les patients devraient recevoir l'information un peu avant (par internet si possible) et avoir suffisamment de temps pour les étudier. Les éléments du consentement éclairé devraient toujours être discutés en face à face avant l'intervention chirurgicale. Des réponses aux questions du patient peuvent être apportées et ce dernier donne par écrit son consentement éclairé. Ces chirurgies étant irréversibles, des précautions doivent être prises pour s'assurer que les patients ont suffisamment de temps pour absorber toutes les informations avant que leur consentement éclairé ne leur soit demandé. Un minimum de 24h est suggéré¹⁷.

Les chirurgiens devraient proposer rapidement un plan de suivi post-opératoire et une consultation avec les autres médecins impliqués dans la prise en charge à venir. Les patients devraient travailler avec leur chirurgien pour développer un plan de suivi adapté après le traitement chirurgical.

Vue d'ensemble des procédures chirurgicales pour le traitement des patients présentant une dysphorie de genre

Pour le patient homme-vers-femme (MtF), les procédures chirurgicales peuvent être les suivantes :

1. chirurgie de la poitrine et des seins : augmentation des seins par mammoplastie (implants, remodelage par liposculpture¹⁸ ;
2. chirurgie génitale : pénectomie, orchidectomie, vaginoplastie, clitoroplastie, vulvoplastie ;

¹⁷ Voir la législation en vigueur.

¹⁸ La liposculpture ou lipofilling est une technique chirurgicale de remodelage, mise au point par le Dr Sydney Coleman (États-Unis), consistant à injecter de la graisse prélevée sur le patient pour combler une autre zone. MB :

3. autres chirurgies : chirurgie de féminisation faciale, liposuccion, remodelage, chirurgie de la voix, réduction du cartilage thyroïdien, augmentation gluteale (implants, liposculpture) implant capillaire et diverses procédures esthétiques.

Pour le patient femme-vers-homme (FtM), les procédures chirurgicales peuvent être les suivantes :

1. chirurgie poitrine/sein : mastectomie sous-cutanée¹⁹, création d'une poitrine d'allure masculine;
2. chirurgie génitale : hystérectomie, ovariectomie, reconstruction de la partie fixe de l'urètre qui peut être combiné à une métoïdioplastie ou une phalloplastie (en utilisant un lambeau pédiculé ou libre vascularisé), vaginectomie, scrotoplastie, et implants testiculaires et/ou prothèse pénienne d'érection ;
3. autres chirurgies: chirurgie de la voix (rare), liposuccion, liposculpture, implants pectoraux et diverses procédures esthétiques.

Chirurgie réparatrice versus esthétique

Savoir si la chirurgie de réassignation sexuelle doit être considérée comme esthétique ou réparatrice est une question pertinente d'un point de vue philosophique, mais également d'un point de vue économique. La chirurgie esthétique ou cosmétique est souvent considérée comme médicalement non nécessaire et est par conséquent entièrement payée par le patient. À l'inverse, les procédures de réparation sont considérées comme médicalement nécessaires, avec des résultats thérapeutiques indubitables, et sont donc prises en charge, partiellement ou entièrement par les systèmes de santé publique ou les compagnies d'assurance.

Malheureusement, dans le champ de la chirurgie plastique et réparatrice (à la fois en général et spécifiquement pour celles qui concernent le genre)) la distinction entre ce qui est purement réparateur et purement cosmétique n'est pas claire. La plupart des procédures de chirurgies plastiques sont à la fois réparatrice et esthétique.

Si un consensus semble émerger sur le fait que les chirurgies génitales et la mastectomie ne peuvent être considérées comme purement esthétiques, les opinions divergent sur les autres procédures (augmentation mammaire, chirurgie de féminisation du visage) et leur caractère purement réparateur. Bien qu'il soit plus simple de considérer une phalloplastie ou une vaginoplastie

¹⁹ Mammectomie

comme la fin d'une période de souffrance, pour certains patients, une intervention comme une rhinoplastie de réduction peut avoir un effet radical et permanent sur leur qualité de vie et est donc médicalement plus nécessaire que pour un individu sans dysphorie de genre.

Critères pour les chirurgies

Comme tous les critères développés dans ces *SDS*, les critères pour initier des traitements chirurgicaux de la dysphorie de genre sont développés pour promouvoir une prise en charge optimale du patient. Si les *SDS* plaident pour une approche individualisée pour mieux cibler les besoins de santé du patient, un rapport documenté sur la persistance de la dysphorie de genre par un professionnel de santé mentale qualifié est le critère pour toutes les chirurgies génitales et pour la construction de la poitrine ou la chirurgie des seins. Pour certaines chirurgies, des critères additionnels incluent une préparation et un traitement consistant en une hormonothérapie féminisante ou masculinisante et une année de vie continue dans le rôle de genre en harmonie avec l'identité de genre.

Ces critères sont précisés ci-dessous. Ils sont basés sur des preuves et un consensus clinique d'experts, différentes recommandations sont faites pour les différentes chirurgies.

Les *SDS* ne précisent pas l'ordre dans lequel les chirurgies doivent être faites. Le nombre et la chronologie des procédures chirurgicales peuvent varier d'un patient à l'autre selon leurs besoins cliniques.

Critères pour la chirurgie seins/poitrine (une recommandation)

Critères pour la mastectomie et la création d'une poitrine masculine pour les patients femme-vers-homme (FtM):

1. dysphorie de genre persistante et bien documentée ;
2. capacité de décider et de donner un consentement éclairé au traitement (information nécessaire à la prise de décision et consentement au traitement) ;
3. âge de la majorité requise dans le pays (si plus jeune, suivre les *SDS* pour les enfants et adolescents) ;
4. si des problèmes mentaux ou médicaux sont présents, ils doivent être raisonnablement contrôlés.

L'hormonothérapie n'est pas un prérequis.

Critères pour l'augmentation mammaires (implants/remodelage) chez les patients homme-vers-femme (MtF) :

1. dysphorie de genre persistante et bien documentée;
2. capacité de donner un consentement éclairé (information nécessaire à la prise de décision et consentement au traitement) ;
3. âge de la majorité requise dans le pays (si plus jeune, suivre les *SDS* pour les enfants et adolescents) ;
4. si des problèmes mentaux ou médicaux sont présents, ils doivent être raisonnablement contrôlés.

Bien que ce ne soit pas un critère explicite, il est recommandé que les patients homme-vers-femme (MtF) soient sous hormonothérapie depuis au moins 12 mois avant la chirurgie d'augmentation mammaire, le but étant de maximiser la croissance des seins pour un meilleur résultat chirurgical (esthétique).

Critères pour la chirurgie génitale (deux recommandations)

Les critères pour la chirurgie génitale sont spécifiques au type de chirurgie demandé.

Critères pour l'hystérectomie et l'ovariectomie chez les patients femme-vers-homme (FtM) et l'orchidectomie pour les patients homme-vers-femme (MtF) :

1. dysphorie de genre persistante et bien documentée ;
2. capacité de donner un consentement éclairé (information nécessaire à la prise de décision et consentement au traitement) ;
3. âge de la majorité requise dans le pays (si plus jeune, suivre les *SDS* pour les enfants et adolescents) ;
4. si des problèmes de santé mentale ou médicale sont présents, ils doivent être raisonnablement contrôlés.

5. une période de 12 mois continus sous hormonothérapie appropriée aux objectifs de genre du patient (à moins que le patient ne présente une contre-indication médicale ou ne puisse (capacité ou volonté) prendre d'hormones).

Le but de l'hormonothérapie avant la gonadectomie est d'abord d'amorcer une période de suppression réversible des oestrogènes ou de la testostérone, avant que le patient ne subisse une intervention chirurgicale irréversible.

Ces critères ne s'appliquent pas aux patients qui ont recours à ces procédures pour une indication médicale autre que la dysphorie de genre.

Critères pour la métoïdioplastie ou la phalloplastie chez les patients femme-vers-homme (FtM) et la vaginoplastie pour les patients homme-vers-femme (MtF):

1. dysphorie de genre persistante et bien documentée ;
2. capacité de donner un consentement éclairé (information nécessaire à la prise de décision et consentement au traitement) ;
3. âge de la majorité requise dans le pays (si plus jeune, suivre les *SDS* pour les enfants et adolescents) ;
4. si des problèmes de santé mentale ou médicale sont présents, ils doivent être raisonnablement contrôlés ;
5. une période de 12 mois continus sous hormonothérapie appropriée aux objectifs de genre du patient (à moins que le patient ne présente une contre-indication pour la prise d'hormones).
6. 12 mois continus de vie dans le rôle de genre congruent avec l'identité de genre (expérience de vie réelle).

Bien que ce ne soit pas un critère explicite, il est recommandé que ces patients aient également des rendez-vous réguliers avec un professionnel de santé ou de santé mentale.

Argumentaire pour une expérience de vie réelle (harmonie rôle et identité de genre) de 12 mois

avant la chirurgie :

Le critère notifié plus haut pour certains types de chirurgies génitales – 12 mois d'expérience de vie réelle – est basé sur un consensus clinique d'experts pour qui cette expérience offre au patient l'opportunité d'expérimenter et d'ajuster socialement le rôle de genre désiré, avant de subir une chirurgie irréversible. Comme noté dans la section VII, les aspects sociaux du changement de rôle d'une personne sont un défi – souvent plus que les aspects physiques. Changer de rôle de genre peut avoir de graves conséquences personnelles et sociales et cette décision devrait inclure une prise de conscience de ce que les enjeux familiaux, interpersonnels, scolaires, professionnels, économiques et légaux sont susceptibles d'être, pour que les personnes puissent fonctionner avec succès dans leur rôle de genre. Le soutien d'un professionnel de santé mentale qualifié et des pairs peut être inestimable pour assurer une adaptation de rôle de genre réussie (Bockting, 2008).

La période de 12 mois permet un éventail d'expériences et d'événements de vie qui peuvent avoir lieu au cours d'une année (par exemple, événements familiaux, vacances, travail saisonnier ou expériences scolaires). Pendant cette période les patients devraient vivre et se présenter de manière régulière, tous les jours et dans tous les contextes, dans le rôle de genre désiré. Cela inclut de s'affirmer, faire son coming-out, auprès des partenaires, familles, amis et membres de la communauté (école, travail, autre contexte).

Les professionnels de santé devraient clairement s'informer de l'expérience du patient dans le rôle de genre et la renseigner dans son dossier médical, avec, notamment pour ceux qui se préparent pour la chirurgie génitale, la date de début d'expérience de vie réelle 'à temps plein'. Si nécessaire, dans certaines situations les professionnels de santé peuvent chercher à vérifier que ces critères sont bien remplis : ils peuvent prendre contact avec des personnes en lien avec le patient dans ses rôle et identité de genre congruents, ou demander un changement légal de prénom ou de marqueur de genre, si cela est possible.

Chirurgie pour les personnes présentant des troubles de type psychose et autres maladies mentales

Quand les patients ayant une dysphorie de genre ont également un diagnostic de trouble psychiatrique sévère et un rapport à la réalité altéré (épisodes psychotiques, trouble bipolaire, trouble dissociatif de l'identité, trouble de la personnalité borderline), un effort doit être fait pour améliorer cet état avec un traitement psychotrope et/ou une psychothérapie avant même d'envisager la chirurgie. Une réévaluation par un professionnel de santé mentale qualifié dans l'évaluation et la gestion des états psychotiques doit être menée avant la chirurgie, décrivant l'état mental du patient et s'il est prêt et apte pour la chirurgie. Il est préférable que ce professionnel de santé mentale connaisse déjà

le patient. Aucune chirurgie ne doit être effectuée sur un patient psychotique en phase active (De Cuypere & Vercruyse, 2009).

Compétences des chirurgiens pratiquant les chirurgies génitales et de la poitrine et des seins

Les médecins effectuant les traitements chirurgicaux pour la dysphorie de genre devraient être urologues, gynécologues, chirurgiens plasticiens ou chirurgiens généralistes et certifiés par un organisme, une association régionale ou nationale. Les chirurgiens devraient avoir des compétences spécialisées dans les techniques de reconstruction génitale et une formation supervisée documentée (certificat, attestation) avec un chirurgien plus expérimenté. Même les chirurgiens expérimentés doivent être disposés à voir leurs compétences chirurgicales réévaluées par leurs pairs. Un audit officiel sur les résultats chirurgicaux et la publication de ces résultats serait grandement rassurant tant pour les professionnels de santé orientant vers le chirurgien que pour les patients. Les chirurgiens devraient régulièrement participer à des rencontres professionnelles où de nouvelles techniques sont présentées. En effet, internet est souvent utilisé par les patients pour partager des informations sur leur expérience avec les chirurgiens et leurs équipes.

Idéalement les chirurgiens devraient posséder de solides connaissances sur plus d'une technique chirurgicale pour la reconstruction génitale de sorte que, en consultation avec le patient, ils puissent choisir la technique idéale pour chaque patient. Sinon, si un chirurgien n'est compétent que pour une seule technique et que cette procédure n'est pas appropriée ou que le patient ne la souhaite pas, le chirurgien devrait informer le patient de l'existence d'autres procédures et proposer une orientation vers un autre chirurgien aux compétences en adéquation avec les attentes du patient.

Techniques de chirurgie du sein ou de la poitrine et complications

Bien que l'apparence du torse ou des seins soit une caractéristique sexuelle secondaire importante, la présence ou la taille des seins ne fait pas partie de la définition légale de sexe et de genre et n'est pas nécessaire à la reproduction. L'accomplissement des opérations des seins ou de la poitrine pour le traitement de la dysphorie de genre devrait être considéré avec la même attention que le début de l'hormonothérapie, dans la mesure où tous deux produisent des changements corporels relativement irréversibles.

Pour les patients homme-vers-femme, une augmentation mammaire (parfois appelé 'reconstruction des seins') n'est pas différente de la procédure chez une patiente femme de naissance. Cette chirurgie est généralement effectuée par la pose de prothèses mammaires et parfois avec une technique de remodelage. Les rares complications de l'augmentation mammaire chez les patients homme-vers-femme sont infection et fibrose capsulaire (Kanhai, Hage, Karim, & Mulder, 1999).

Pour les patients femme-vers-homme, une mastectomie ou reconstruction d'une poitrine d'allure masculine est possible. Pour beaucoup de ces patients, il s'agit de la seule chirurgie entreprise. Quand la quantité de tissu mammaire enlevée nécessite une ablation de peau, il y aura une cicatrice, ce dont le patient doit être informé. Nécrose du mamelon, irrégularité du contour et cicatrice disgracieuse sont les complications possibles de la mastectomie sous-cutanée (Monstrey et coll., 2008).

Techniques de chirurgies génitales et complications

Les procédures de chirurgies génitales chez les patients homme-vers-femme (MtF) peuvent être les suivantes : orchidectomie, pénectomie, vaginoplastie, clitoroplastie et labioplastie. Les différentes techniques possibles pour obtenir le néo-vagin sont l'inversion de la peau du pénis, la transplantation/greffe d'un lambeau pédiculé du colon sigmoïde, et la greffe libre de peau totale. La sensation sexuelle reste un objectif important de la vaginoplastie, avec la création d'un vagin fonctionnel et d'une apparence esthétique acceptable.

Les complications chirurgicales de la chirurgie génitale chez les patients homme-vers-femme sont les suivantes : nécrose partielle ou complète du vagin et des lèvres, fistules vésicales ou intestinales dans le vagin, sténose de l'urètre, et vagin trop court ou trop petit pour des rapports sexuels. Alors que les techniques chirurgicales de création d'un néo-vagin sont fonctionnelles et esthétiquement excellentes, une anorgasmie suite à la procédure a été rapportée, et une seconde étape de labioplastie peut être nécessaire pour l'apparence esthétique (Klein & Gorzalka, 2009; Lawrence, 2006).

Les procédures de chirurgies génitales chez les patients femme-vers-homme (FtM) peuvent être les suivantes : hystérectomie, ovariectomie, salpingo-ovariectomie, métoïdioplastie, scrotoplastie, uréthroplastie, prothèses testiculaires et phalloplastie. Pour les patients sans antécédents de chirurgie abdominale l'hystérectomie et la salpingo-ovariectomie par laparoscopie sont recommandées pour éviter une cicatrice sur le bas de l'abdomen. L'accès au vagin peut être difficile étant donné que la plupart des patients sont nullipares et n'ont, souvent, jamais eu de rapports sexuels avec pénétration. Les techniques actuelles de phalloplastie sont variées. Le choix de la technique peut être déterminé par les spécificités anatomiques, les considérations chirurgicales, et la situation financière du client. Si les objectifs de la phalloplastie sont un néo-phallus de

bonne apparence, pouvoir uriner debout, et/ou la possibilité d'avoir des rapports sexuels, les patients devraient être clairement informés qu'il y a différentes étapes dans cette chirurgie et de fréquentes difficultés techniques, qui peuvent nécessiter des interventions supplémentaires. Même la métoïdioplastie, qui en théorie est une procédure en une seule étape pour la création d'un micropénis, nécessite souvent plus d'une opération. Pouvoir uriner debout n'est pas garanti avec cette technique (Monstrey et coll., 2009).

Les complications de la phalloplastie chez les patients femme-vers-homme sont les suivantes : sténose et fistule des voies urinaires et parfois nécrose du néo-phallus. Le résultat de la métoïdioplastie est un micropénis ne permettant pas d'uriner debout. La phalloplastie, utilisant un lambeau pédiculé ou libre vascularisé, est une très longue procédure en plusieurs étapes avec une morbidité significative qui inclut des complications urinaires fréquentes et une cicatrice inévitable au niveau du site de prélèvement du lambeau. Pour cette raison, beaucoup de patients femme-vers-homme ne subiront jamais de chirurgie génitale autre que l'hystérectomie et la salpingo-ovariectomie (Hage & De Graaf, 1993).

Même les patients qui développent de sévères complications chirurgicales regrettent rarement d'avoir subi cette chirurgie. L'importance de la chirurgie peut être appréciée par la conclusion répétée que la qualité du résultat chirurgical est un des meilleurs facteurs prédictifs du résultat général de la réassignation sexuelle (Lawrence, 2006).

Autres chirurgies

Les autres chirurgies pouvant aider à la féminisation du corps incluent la chondroplastie de la thyroïde (réduction de cartilage thyroïdien ou de la pomme d'Adam), la chirurgie de modification de la voix, liposuccion et/ou lipoplastie de la taille, rhinoplastie, réduction des reliefs osseux saillants du visage, lifting du visage, et blépharoplastie (rajeunissement des paupières). Les autres chirurgies pouvant aider à la masculinisation du corps incluent la liposuccion, le remodelage (lipofilling) et les implants pectoraux. La chirurgie de la voix pour obtenir une voix plus grave est rare mais peut être recommandée dans certains cas, notamment quand l'hormonothérapie n'a pas eu l'effet escompté vocalement.

Si ces chirurgies ne nécessitent pas de recommandation d'un professionnel de santé mentale, ces derniers peuvent néanmoins jouer un rôle en aidant le client à prendre une décision notamment sur le moment et les conséquences de telles procédures dans le contexte de leur transition sociale.

Bien que ces chirurgies soient habituellement considérées comme 'purement esthétiques', les mêmes opérations chez un individu ayant une sévère dysphorie de genre peuvent être envisagées comme médicalement nécessaires, selon la situation clinique singulière de la situation de vie

d'un patient donné. Cette ambiguïté reflète la réalité des situations cliniques et tient compte de la décision individuelle concernant le caractère nécessaire ou souhaitable de ces procédures.

XII

Soins post-opératoires et suivi

Les soins post-opératoires à long terme et le suivi après chirurgie pour la dysphorie de genre sont associés à de bons résultats chirurgicaux et psychosociaux (Monstrey et coll., 2009). Le suivi est important pour la santé mentale et physique ultérieure du patient, ainsi que pour le chirurgien dans la connaissance des bénéfices et limites de son intervention. Les chirurgiens opérant des patients venant de loin devraient inclure un suivi personnalisé dans leur plan de soin et tenter de s'assurer que les suivis de suite de soins sont abordables et possibles localement dans la région de leur patient.

Les patients en post-opératoire peuvent parfois s'exclure eux-mêmes du suivi par les spécialistes (y compris des endocrinologues) ne reconnaissant pas que ce sont les plus compétents pour prévenir, diagnostiquer et traiter les états spécifiques des patients traités hormonalement et chirurgicalement. La nécessité d'un suivi est étendue de la même façon aux professionnels de santé mentale, qui ont passé plus de temps avec le patient que tout autre professionnel et qui par là même sont en mesure d'aider le patient dans leurs difficultés d'ajustement post-opératoires. Les professionnels de la santé devraient insister sur l'importance du suivi post-opératoire auprès de leurs patients et proposer une continuité des soins.

Après l(es) opération(s) les patients devraient subir des examens médicaux réguliers, suivant les recommandations en vigueur pour leur âge. Ceci est approfondi dans la section suivante.

XIII

Soins primaires et prévention tout au long de la vie

Les personnes transsexuelles, transgenres et de genre non-conforme ont besoin de soins tout au long de leur vie. Par exemple pour éviter les effets secondaires de la gonadectomie à un âge relativement jeune, et/ou du fait de recevoir de fortes doses d'hormones depuis longtemps, les patients ont besoin d'un suivi par des professionnels expérimentés en soins primaires et en santé transgenre. Si ces soins et compétences ne peuvent être prodigués par un seul professionnel, un travail en réseau entre les spécialistes est essentiel.

Les soins primaires et les enjeux de santé généraux doivent être pris en charge avant, pendant, et après tout possible changement dans le rôle de genre et toute intervention médicale réduisant ou soulageant la souffrance de la dysphorie de genre. Si les endocrinologues et les chirurgiens jouent un rôle important dans la prévention en général, toute personne transsexuelle, transgenre ou de genre non-conforme devrait être en contact avec des prestataires de santé en soins primaires pour une approche de santé globale (Feldman, 2007).

Santé et prévention générale

Les grands axes développés pour la population générale sont appropriés pour les systèmes organiques (respiratoire etc.) a priori non affectés par l'hormonothérapie masculinisante ou féminisante. Cependant au niveau des risques cardio-vasculaires, d'ostéoporose et certains cancers (du sein, du col de l'utérus, ovarien, de l'utérus et de la prostate), ces principes généraux peuvent surestimer ou sous-estimer le rapport coût/efficacité des personnes sous hormonothérapie.

Différentes ressources peuvent fournir des protocoles détaillés pour les soins primaires des patients sous hormonothérapie masculinisante/féminisante, incluant notamment la thérapie proposée après les chirurgies de réassignation sexuelle (Center of Excellence for Transgender Health, UCSF, 2011; Feldman & Goldberg, 2006; Feldman, 2007; Gorton, Buth, & Spade, 2005). Les cliniciens peuvent consulter les recommandations nationales (médecine basée sur les preuves) et discuter de prévention et de dépistage avec leurs patients à la lumière des effets de l'hormonothérapie et de ses risques inhérents.

Dépistage du cancer

Le dépistage des différents cancers relatifs au sexe représente un enjeu médical et psychosocial pour les personnes transsexuelles, transgenres ou de genre non-conforme et leurs référents santé. En l'absence d'étude prospective à grande échelle, les professionnels sont susceptibles de manquer de données pour déterminer le type et la fréquence des dépistages de cancer dans cette population.

Le sur-dépistage génère un coût élevé des soins, un taux élevé de faux positifs et souvent une exposition à des radiations et/ou des interventions à visées diagnostiques non nécessaires comme les biopsies. Le sous-dépistage diffère le diagnostic de cancers qui pris à temps sont traitables. Les patients peuvent avoir un vécu douloureux (physiquement et émotionnellement) des examens de dépistage (comme les mammographies pour les patients MtF et les frottis vaginaux pour les patients FtM).

Soins uro-génitaux

Des soins gynécologiques peuvent être nécessaires pour les personnes transsexuelles, transgenres ou de genre non-conforme des deux sexes. Pour les patients femme-vers homme, de tels soins sont requis pour les sujets qui n'ont pas subi de chirurgie génitale. Pour les patients homme-vers femme il s'agit de soins intervenant après la chirurgie génitale. Si la plupart des chirurgiens conseillent leurs patients, notamment sur les soins post-opératoires, les gynécologues et cliniciens en santé primaire devraient également être familiers de ces questions et de cette population.

Tous les patients homme-vers-femme devraient recevoir des conseils concernant l'hygiène génitale, la sexualité et la prévention des IST ; ceux qui ont subi une chirurgie génitale devraient également être conseillés sur la nécessité de dilatations vaginales régulières ou de rapports sexuels avec pénétration dans le but de préserver la profondeur et la largeur du néo-vagin (van Trotsenburg, 2009). En effet, à cause de l'anatomie pelvienne masculine, l'axe et les dimensions du néo-vagin diffèrent substantiellement d'un vagin biologique. Ces différences anatomiques peuvent affecter les relations sexuelles si elles ne sont pas comprises par les patients et leurs partenaires (van Trotsenburg, 2009).

Les infections des voies urinaires basses sont fréquentes chez les patients homme-vers femme qui ont subi une chirurgie à cause des procédures requises pour la nécessité de reconstruction d'un urètre raccourci. De plus ces patients peuvent souffrir de troubles fonctionnels des voies urinaires basses ; de tels troubles peuvent être causés par une lésion de l'innervation autonome de la vessie et du plancher pelvien pendant la dissection entre le rectum et la vessie, et par un changement de

position de la vessie elle-même. Une dysfonction de la vessie (hyperactivité vésicale, incontinence de stress ou d'urgence) peut survenir après la chirurgie de réassignation (Hoebeke et coll., 2005; Kuhn, Hildebrand, & Birkhauser, 2007).

La plupart des patients femme-vers-homme ne subissent pas de vaginectomie. Pour les patients sous hormonothérapie masculinisante, une atrophie de la paroi vaginale est régulièrement observée et peut déclencher prurit et brûlure. L'examen peut être physiquement et émotionnellement douloureux, mais un défaut de traitement peut aggraver considérablement la situation. Les gynécologues traitant les difficultés génitales des patients femme-vers homme devraient être conscients de la sensibilité de ces patients qui ont une expression et identité de genre masculines et des organes génitaux féminins.

XIV

Applicabilité des *Standards de Soins* aux les personnes vivant en institution

Les *SDS* sont entièrement applicables à toute personne transsexuelle, transgenre ou de genre non-conforme, quelle que soit sa situation institutionnelle. Les personnes ne devraient pas être discriminées par leur lieu de vie dans leur accès à des soins appropriés, y compris les environnements institutionnels comme la prison et les centres de moyens ou longs séjours (Brown, 2009). Les soins pour les personnes transsexuelles, transgenres et de genre non-conforme vivant en institution doivent être les mêmes que dans un environnement non-institutionnalisé, au sein de la même communauté.

Tous les éléments d'évaluation et de traitement décrits dans les *SDS* peuvent être proposés aux personnes vivant en institution (Brown, 2009). L'accès à ces traitements médicalement nécessaires ne peut être refusé sur la base d'une institutionnalisation ou ayant trait au logement. Si l'institution n'a pas en interne les ressources et l'expertise nécessaires, il convient d'orienter vers un professionnel compétent en dehors de l'institution.

Les personnes vivant en institution peuvent également présenter un tableau clinique coexistant avec la dysphorie de genre (Cole et coll., 1997). Ces troubles doivent être évalués et traités de manière appropriée.

Les personnes en institution avec une hormonothérapie dosée adéquatement devraient pouvoir avoir accès aux mêmes suivis et soins de suite en accord avec les *SDS*. Une approche figée (traitement ponctuel sans suivi) ne peut être considéré comme un soin approprié dans la plupart des situations (*Kosilek v. Massachusetts Department of Corrections/Maloney, C.A. No. 92-12820-MLW, 2002*). Les personnes qui ont une dysphorie de genre aptes à l'hormonothérapie (selon les *SDS*) devraient démarrer cette thérapie. Les conséquences de l'interruption de traitement ou de la non-initiation d'un traitement médicalement nécessaire peuvent être très négatives, conduisant à des autocastrations, des états dépressifs, et des risques suicidaires (*Brown, 2010*).

Des aménagements raisonnables de l'environnement institutionnel peuvent être envisagés dans la prodigation des soins, en accord avec les *SDS*. Un exemple d'aménagement raisonnable est l'utilisation d'hormones injectables, s'il n'y a de contre-indications médicales, dans un environnement où les médicaments oraux sont courants (*Brown, 2009*). Le déni des changements nécessaires dans le rôle de genre ou l'accès au traitement, incluant la chirurgie de réassignation sexuelle, sur la base de la résidence en institutions n'est pas en accord avec les *SDS* (*Brown, 2010*).

Les commodités (salle de bains, toilettes) pour les personnes transsexuelles, transgenres ou de genre non-conforme vivant en institution devraient tenir compte des rôles et identité de genre, de l'apparence physique, de la dignité, et de la sécurité des personnes. Le placement en unité de vie collective sur la base du sexe biologique peut être inapproprié et placer les individus dans des situations à risques, notamment de victimisation (*Brown, 2009*).

Les institutions dans lesquelles les personnes transsexuelles, transgenres ou de genre non-conforme vivent et reçoivent des soins devraient être attentives à un climat positif et tolérant, s'assurant qu'aucun résident n'est agressé, par un membre de l'équipe ou d'autres résidents.

XV

Applicabilité des *Standards de Soins* pour les sujets ayant un Trouble du Développement Sexuel (TDS)

Terminologie

Le terme de *trouble du développement sexuel (TDS)* renvoie à la condition somatique d'un développement atypique du système reproductif (Hughes, Houk, Ahmed, Lee, & LWPES1/ESPE2 Consensus Group, 2006). Les TDS renvoient à ce qu'on appelle généralement l'intersexualité. Si ce terme TDS est officiel depuis la conférence de consensus de 2005 (Hughes et coll., 2006), des désaccords persistent sur l'appellation. Certains s'insurgent contre l'étiquette de 'trouble' préférant parler de condition congénitale appartenant à une diversité (Diamond, 2009) et continuent d'utiliser les termes d'intersexué et intersexualité. Dans les SDS le terme TDS est utilisé de manière objective et dénuée de jugement, dans le but de s'assurer que les professionnels connaissent le terme médical en vigueur pour accéder à la littérature pertinente au fil des progrès dans ce champ. La WPATH reste ouverte à toute nouvelle terminologie qui éclairerait sur l'expérience des membres de cette population différente et mènerait à l'amélioration de l'accès et du contenu des soins.

Pourquoi rajouter les TDS dans les SDS?

Auparavant, les individus présentant un TDS remplissaient également les critères diagnostiques du DSM IV- TR pour la dysphorie de genre mais étaient exclus du diagnostic en général, étant catégorisé sous l'intitulé 'trouble de l'identité de genre non spécifié'. Ils étaient également exclus des standards de soin.

La proposition actuelle pour le DSM 5 (www.dsm5.org) est de remplacer le terme trouble de l'identité de genre par dysphorie de genre. De plus, les changements proposés au DSM envisagent le TDS comme une sous-catégorie de la dysphorie de genre. Cette proposition de classification – qui différencie explicitement les sujets présentant une dysphorie de genre avec ou sans TDS – est

justifiée : parmi les personnes ayant un TDS, la dysphorie de genre diffère dans ses manifestations phénoménologiques, l'épidémiologie, les trajectoires de vie et l'étiologie (Meyer-Bahlburg, 2009).

Les adultes présentant un TDS et une dysphorie de genre ont peu à peu attiré l'attention des professionnels. En conséquence, une brève analyse de leur situation est incluse dans cette version des *SDS*.

Considérations sur l'histoire de la santé

Les professionnels de santé aidant les patients avec un TDS et une dysphorie de genre ont besoin de connaître le contexte médical dans lequel de tels patients ont grandi, contexte totalement différent des personnes ne présentant pas de TDS.

Le TDS peut être constaté dès la naissance, sur l'observation d'organes génitaux atypiques (cette observation est peu à peu possible pendant la période prénatale par les nouvelles procédures d'imageries, comme les ultrasons). Ces enfants subissent des procédures médicales approfondies à visée diagnostique. Après une concertation de la famille et des professionnels – où les questions diagnostiques, les examens physiques et hormonaux, les recherches en cours, les retours et conclusion des études longitudinales sont exposées (Cohen-Kettenis, 2005; Dessens, Slijper, & Drop, 2005; Jurgensen, Hiort, Holterhus, & Thyen, 2007; Mazur, 2005; Meyer-Bahlburg, 2005; Stikkelbroeck et coll., 2003; Wisniewski, Migeon, Malouf, & Gearhart, 2004) – un sexe biologique, masculin ou féminin, est assigné au nouveau-né.

D'autres individus avec un TDS viennent consulter lors de la puberté, suite à un développement atypique des caractères sexuels secondaires. Cela doit conduire à une évaluation médicale spécifique.

Le type de TDS et la gravité de la situation ont un impact significatif sur les décisions concernant l'assignation sexuelle d'un patient, les chirurgies génitales subséquentes, et d'autres prises en charge médicales et psychosociales (Meyer-Bahlburg, 2009). Par exemple le degré d'exposition prénatale aux androgènes chez les sujets avec un TDS a été corrélé au degré de masculinisation de comportement de genre (rôle et expression de genre) ; cependant la corrélation est modérée et une grande variabilité comportementale ne semble déterminée par cette exposition précoce (Jurgensen et coll., 2007; Meyer-Bahlburg, Dolezal, Baker, Ehrhardt, & New, 2006). De la même façon, une corrélation similaire entre l'exposition hormonale prénatale et l'identité de genre n'est pas prouvée (Meyer-Bahlburg et coll., 2004). Tout cela est souligné par le fait que les personnes ayant la même (base) d'identité de genre peuvent varier considérablement dans le degré de masculinisation lié à leur comportement de genre.

Évaluation et traitement de la dysphorie de genre chez des sujets présentant un Trouble du développement sexuel

La dysphorie de genre est rarement un diagnostic préalable à celui de TDS. Dans ces rares cas, le diagnostic de TDS peut devenir évident après une anamnèse et un examen physique de base – examens également appropriés pour l'hormonothérapie et les interventions chirurgicales pour la dysphorie de genre. Les professionnels de santé mentale devraient demander à leurs clients se présentant pour une dysphorie de genre de passer des examens physiques, surtout s'ils ne sont pas suivis par un autre professionnel (médecin généraliste ou autre).

La plupart des patients avec un TDS nés avec une ambiguïté génitale ne développent pas de dysphorie de genre (Meyer-Bahlburg et coll., 2004; Wisniewski et coll., 2004). Certains vont développer une dysphorie de genre chronique et subir un changement de leur sexe d'assignation à la naissance et/ou de leur rôle de genre (Meyer-Bahlburg, 2005; Wilson, 1999; Zucker, 1999). S'il y a des signes forts et persistants d'une dysphorie de genre une évaluation complète par des cliniciens compétents dans l'évaluation et le traitement de la dysphorie de genre est essentielle quel que soit l'âge du patient. Des recommandations détaillées ont été publiées pour une telle évaluation et un plan de traitement de la dysphorie de genre dans le contexte d'un TDS (Meyer-Bahlburg, in press). Les diverses étapes vers le changement du sexe d'assignation ou des rôles de genre ne peuvent commencer qu'après une évaluation approfondie.

Les cliniciens aidant ces patients dans les options de traitement réduisant la dysphorie de genre peuvent avoir une idée sur 'comment soigner les patients avec un TDS' (Cohen-Kettenis, 2010). Cependant certains critères de traitement (âge, durée d'expérience de vie réelle) ne sont pas forcément appliqués pour les patients ayant un TDS, mais interprétés selon de la situation singulière du patient (Meyer-Bahlburg, in press). Dans le contexte d'un TDS les changements du sexe d'assignation et des rôles de genre peuvent se faire à n'importe quel âge, de l'école primaire au milieu de l'âge adulte. Même les chirurgies génitales peuvent être effectuées beaucoup plus tôt chez ces patients que chez les sujets dysphoriques sans TDS si la chirurgie est justifiée par le diagnostic, par un pronostic quant à l'identité de genre basé sur les preuves, l'identification et la sévérité du syndrome et par le souhait du patient.

L'une des raisons de ces différences dans le traitement est que la chirurgie génitale chez les sujets avec un TDS est beaucoup plus fréquente durant l'enfance et l'adolescence. L'infertilité peut déjà être présente à cause soit d'une défaillance des gonades soit d'une gonadectomie nécessaire (risque de malignité). Même ainsi, il est recommandable pour les patients avec un TDS de subir une transition sociale complète vers un autre rôle de genre, seulement s'il y a une histoire de comportements de genre atypique de longue date, et si la dysphorie de genre et/ou le désir de changer de rôle de genre est fort et persistant depuis un temps suffisamment important. Six mois

est la durée d'expression de la symptomatologie requise pour poser un diagnostic de dysphorie de genre proposé pour le DSM 5 (Meyer-Bahlburg, in press).

Ressources additionnelles

Les histoires des personnes présentant un TDS sont souvent complexes. Leurs histoires peuvent inclure une grande variété d'atypismes génétiques, endocriniens, somatiques autant que des traitements hormonaux, chirurgicaux ou autres. Pour cette raison, un certain nombre de questions doivent être envisagées dans la prise en charge médicale et psychosociale de ces patients, en dépit de la présence d'une dysphorie de genre. Ces considérations sont en amont de ce que proposent les *SDS*. Le lecteur intéressé peut se référer aux publications existantes (Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2003; Meyer-Bahlburg, 2002, 2008). Certaines familles et patients pourront également trouver utile de consulter ou de travailler avec des groupes de soutien au sein de la communauté.

Il y a une littérature médicale substantielle sur l'accompagnement de patients présentant un TDS. La majorité de cette littérature a été produite par des spécialistes reconnus en endocrinologie pédiatrique et en urologie, avec des contributions spécialisées de la part de professionnels de santé mentale, notamment autour de la question du genre. Les récentes conférences de consensus internationales ont proposé des recommandations basées sur les preuves (notamment sur la question du genre et des chirurgies génitales) pour les TDS en général (Hughes et coll., 2006) et plus spécifiquement pour l'hyperplasie congénitale des surrénales (Joint LWPES/ESPE CAH Working Group et coll., 2002; Speiser et coll., 2010). D'autres ont abordé la question des besoins en termes de recherches pour les TDS en général (Meyer-Bahlburg & Blizzard, 2004) ainsi que pour des syndromes particuliers comme le 46,XXY (Simpson et coll., 2003).



Références

- Abramowitz, S. I. (1986). Psychosocial outcomes of sex reassignment surgery. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(2), 183–189. doi:10.1037/0022-006X.54.2.183
- ACOG Committee of Gynecologic Practice. (2005). Committee opinion #322: Compounded bioidentical hormones. *Obstetrics & Gynecology*, 106(5), 139–140.
- Adler, R. K., Hirsch, S., & Mordaunt, M. (2006). *Voice and communication therapy for the transgender/transsexual client: A comprehensive clinical guide*. San Diego, CA: Plural Pub.
- American Academy of Family Physicians. (2005). *Definition of family medicine*. Retrieved from <http://www.aafp.org/online/en/home/policy/policies/f/fammeddef.html>
- American Medical Association. (2008). *Resolution 122 (A-08)*. Retrieved from <http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/471/122.doc>
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- American Speech-Language-Hearing Association. (2011). *Scope of practice*. Retrieved from www.asha.org
- Anton, B. S. (2009). Proceedings of the American Psychological Association for the legislative year 2008: Minutes of the annual meeting of the council of representatives, February 22–24, 2008, Washington, DC, and August 13 and 17, 2008, Boston, MA, and minutes of the February, June, August, and December 2008 meetings of the board of directors. *American Psychologist*, 64, 372–453. doi:10.1037/a0015932

- Asscheman, H., Giltay, E. J., Megens, J. A. J., de Ronde, W., van Trotsenburg, M. A. A., & Gooren, L. J. G. (2011). A long-term follow-up study of mortality in transsexuals receiving treatment with cross-sex hormones. *European Journal of Endocrinology*, 164(4), 635–642. doi:10.1530/EJE-10-1038
- Baba, T., Endo, T., Honnma, H., Kitajima, Y., Hayashi, T., Ikeda, H., . . . Saito, T. (2007). Association between polycystic ovary syndrome and female-to-male transsexuality. *Human Reproduction*, 22(4), 1011–1016. doi:10.1093/humrep/del474
- Bakker, A., Van Kesteren, P. J., Gooren, L. J., & Bezemer, P. D. (1993). The prevalence of transsexualism in the Netherlands. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87(4), 237–238. doi:10.1111/j.1600-0447.1993.tb03364.x
- Balen, A. H., Schachter, M. E., Montgomery, D., Reid, R. W., & Jacobs, H. S. (1993). Polycystic ovaries are a common finding in untreated female to male transsexuals. *Clinical Endocrinology*, 38(3), 325–329. doi:10.1111/j.1365-2265.1993.tb01013.x
- Basson, R. (2001). Towards optimal hormonal treatment of male to female gender identity disorder. *Journal of Sexual and Reproductive Medicine*, 1(1), 45–51.
- Basson, R., & Prior, J. C. (1998). Hormonal therapy of gender dysphoria: The male-to-female transsexual. In D. Denny (Ed.), *Current concepts in transgender identity* (pp. 277–296). New York, NY: Garland.
- Benjamin, H. (1966). *The transsexual phenomenon*. New York, NY: Julian Press.
- Besnier, N. (1994). Polynesian gender liminality through time and space. In G. Herdt (Ed.), *Third sex, third gender: Beyond sexual dimorphism in culture and history* (pp. 285–328). New York: Zone Books.
- Bockting, W. O. (1999). From construction to context: Gender through the eyes of the transgendered. *Sexus Report*, 28(1), 3–7.
- Bockting, W. O. (2008). Psychotherapy and the real-life experience: From gender dichotomy to gender diversity. *Sexologies*, 17(4), 211–224. doi:10.1016/j.sexol.2008.08.001
- Bockting, W. O., & Coleman, E. (2007). Developmental stages of the transgender coming out process: Toward an integrated identity. In R. Ettner, S. Monstrey & A. Eyler (Eds.), *Principles of transgender medicine and surgery* (pp. 185–208). New York, NY: The Haworth Press.
- Bockting, W. O., & Goldberg, J. M. (2006). Guidelines for transgender care (Special issue). *International Journal of Transgenderism*, 9(3/4).
- Bockting, W. O., Knudson, G., & Goldberg, J. M. (2006). Counseling and mental health care for transgender adults and loved ones. *International Journal of Transgenderism*, 9(3/4), 35–82. doi:10.1300/J485v09n03_03
- Bolin, A. (1988). *In search of Eve* (pp. 189–192). New York, NY: Bergin & Garvey.

- Bolin, A. (1994). Transcending and transgendering: Male-to-female transsexuals, dichotomy and diversity. In G. Herdt (Ed.), *Third sex, third gender: Beyond sexual dimorphism in culture and history* (pp. 447–486). New York, NY: Zone Books.
- Bornstein, K. (1994). *Gender outlaw: On men, women, and the rest of us*. New York, NY: Routledge.
- Bosinski, H. A. G., Peter, M., Bonatz, G., Arndt, R., Heidenreich, M., Sippell, W. G., & Wille, R. (1997). A higher rate of hyperandrogenic disorders in female-to-male transsexuals. *Psychoneuroendocrinology*, 22(5), 361–380. doi:10.1016/S0306–4530(97)00033–4
- Brill, S. A., & Pepper, R. (2008). *The transgender child: A handbook for families and professionals*. Berkeley, CA: Cleis Press.
- Brown, G. R. (2009). Recommended revisions to The World Professional Association for Transgender Health's *Standards of Care* section on medical care for incarcerated persons with gender identity disorder. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 133–139. doi:10.1080/15532730903008073
- Brown, G. R. (2010). Autocastration and autopenectomy as surgical self-treatment in incarcerated persons with gender identity disorder. *International Journal of Transgenderism*, 12(1), 31–39. doi:10.1080/15532731003688970
- Bullough, V. L., & Bullough, B. (1993). *Cross dressing, sex, and gender*. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press.
- Callen Lorde Community Health Center. (2000). *Transgender health program protocols*. Retrieved from http://www.callen-lorde.org/documents/TG_Protocol_Request_Form2.pdf
- Callen Lorde Community Health Center. (2011). *Transgender health program protocols*. Retrieved from http://www.callen-lorde.org/documents/TG_Protocol_Request_Form2.pdf
- Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists. (n.d.). *CASLPA clinical certification program*. Retrieved from <http://www.caslpa.ca/>
- Carew, L., Dacakis, G., & Oates, J. (2007). The effectiveness of oral resonance therapy on the perception of femininity of voice in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice*, 21(5), 591–603. doi:10.1016/j.jvoice.2006.05.005
- Carnegie, C. (2004). Diagnosis of hypogonadism: Clinical assessments and laboratory tests. *Reviews in Urology*, 6(Suppl 6), S3–8.
- Cattrall, F. R., & Healy, D. L. (2004). Long-term metabolic, cardiovascular and neoplastic risks with polycystic ovary syndrome. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 18(5), 803–812. doi:10.1016/j.bpobgyn.2004.05.005

- Center of Excellence for Transgender Health, UCSF. (2011). *Primary care protocol for transgender health care*. Retrieved from <http://transhealth.ucsf.edu/trans?page=protocol-00-00>
- Chiñas, B. (1995). Isthmus Zapotec attitudes toward sex and gender anomalies. In S. O. Murray (Ed.), *Latin American male homosexualities* (pp. 293–302). Albuquerque, NM: University of New Mexico Press.
- Clements, K., Wilkinson, W., Kitano, K., & Marx, R. (1999). HIV prevention and health service needs of the transgender community in San Francisco. *International Journal of Transgenderism*, 3(1), 2–17.
- Cohen-Kettenis, P. T. (2001). Gender identity disorder in DSM? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(4), 391–391. doi:10.1097/00004583-200104000-00006
- Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Gender change in 46,XY persons with 5 α -reductase-2 deficiency and 17 β -hydroxysteroid dehydrogenase-3 deficiency. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 399–410. doi:10.1007/s10508-005-4339-4
- Cohen-Kettenis, P. T. (2006). Gender identity disorders. In C. Gillberg, R. Harrington & H. C. Steinhausen (Eds.), *A clinician's handbook of child and adolescent psychiatry* (pp. 695–725). New York, NY: Cambridge University Press.
- Cohen-Kettenis, P. T. (2010). Psychosocial and psychosexual aspects of disorders of sex development. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 24(2), 325–334. doi:10.1016/j.beem.2009.11.005
- Cohen-Kettenis, P. T., & Kuiper, A. J. (1984). Transseksualiteit en psychotherapie. *Tijdschrift Voor Psychotherapie*, 10, 153–166.
- Cohen-Kettenis, P. T., Owen, A., Kaijser, V. G., Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (2003). Demographic characteristics, social competence, and behavior problems in children with gender identity disorder: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31(1), 41–53. doi:10.1023/A:1021769215342
- Cohen-Kettenis, P. T., & Pfäfflin, F. (2003). *Transgenderism and intersexuality in childhood and adolescence: Making choices*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Cohen-Kettenis, P. T., & Pfäfflin, F. (2010). The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in adolescents and adults. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 499–513. doi:10.1007/s10508-009-9562-y
- Cohen-Kettenis, P. T., Schagen, S. E. E., Steensma, T. D., de Vries, A. L. C., & Delemarre-van de Waal, H. A. (2011). Puberty suppression in a gender-dysphoric adolescent: A 22-year follow-up. *Archives of Sexual Behavior*, 40(4), 843–847. doi:10.1007/s10508-011-9758-9

- Cohen-Kettenis, P. T., Wallien, M., Johnson, L. L., Owen-Anderson, A. F. H., Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (2006). A parent-report gender identity questionnaire for children: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 11(3), 397–405. doi:10.1177/1359104506059135
- Cole, C. M., O'Boyle, M., Emory, L. E., & Meyer III, W. J. (1997). Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnoses. *Archives of Sexual Behavior*, 26(1), 13–26.
- Coleman, E. (2009a). Toward version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's *Standards of Care*. *International Journal of Transgenderism*, 11(1), 1–7. doi: 10.1080/15532730902799912
- Coleman, E. (2009b). Toward version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's *Standards of Care*: Psychological assessment and approaches to treatment. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 69–73. doi: 10.1080/15532730903008008
- Coleman, E. (2009c). Toward version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's *Standards of Care*: Hormonal and surgical approaches to treatment. *International Journal of Transgenderism*, 11(3), 141–145. doi: 10.1080/15532730903383740
- Coleman, E. (2009d). Toward version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's *Standards of Care*: Medical and therapeutic approaches to treatment. *International Journal of Transgenderism*, 11(4), 215–219. doi: 10.1080/15532730903439450
- Coleman, E., Colgan, P., & Gooren, L. (1992). Male cross-gender behavior in Myanmar (Burma): A description of the acault. *Archives of Sexual Behavior*, 21(3), 313–321.
- Costa, L. M., & Matzner, A. (2007). *Male bodies, women's souls: Personal narratives of Thailand's transgendered youth*. Binghamton, NY: Haworth Press.
- Currah, P., Juang, R. M., & Minter, S. (2006). *Transgender rights*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Currah, P., & Minter, S. (2000). Unprincipled exclusions: The struggle to achieve judicial and legislative equality for transgender people. *William and Mary Journal of Women and Law*, 7, 37–60.
- Dacakis, G. (2000). Long-term maintenance of fundamental frequency increases in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice*, 14(4), 549–556. doi:10.1016/S0892–1997(00)80010–7
- Dahl, M., Feldman, J. L., Goldberg, J. M., & Jaber, A. (2006). Physical aspects of transgender endocrine therapy. *International Journal of Transgenderism*, 9(3), 111–134. doi:10.1300/J485v09n03_06

- Darney, P. D. (2008). Hormonal contraception. In H. M. Kronenberg, S. Melmer, K. S. Polonsky & P. R. Larsen (Eds.), *Williams textbook of endocrinology* (11th ed., pp. 615–644). Philadelphia: Saunders.
- Davies, S., & Goldberg, J. M. (2006). Clinical aspects of transgender speech feminization and masculinization. *International Journal of Transgenderism*, 9(3–4), 167–196. doi:10.1300/J485v09n03_08
- de Bruin, M. D., Coerts, M. J., & Greven, A. J. (2000). Speech therapy in the management of male-to-female transsexuals. *Folia Phoniatica Et Logopaedica*, 52(5), 220–227.
- De Cuypere, G., T'Sjoen, G., Beerten, R., Selvaggi, G., De Sutter, P., Hoebeke, P., . . . Rubens, R. (2005). Sexual and physical health after sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 34(6), 679–690. doi:10.1007/s10508-005-7926-5
- De Cuypere, G., Van Hemelrijck, M., Michel, A., Carael, B., Heylens, G., Rubens, R., . . . Monstrey, S. (2007). Prevalence and demography of transsexualism in Belgium. *European Psychiatry*, 22(3), 137–141. doi:10.1016/j.eurpsy.2006.10.002
- De Cuypere, G., & Vercruysse, H. (2009). Eligibility and readiness criteria for sex reassignment surgery: Recommendations for revision of the WPATH standards of care. *International Journal of Transgenderism*, 11(3), 194–205. doi:10.1080/15532730903383781
- Delemarre-van de Waal, H. A., & Cohen-Kettenis, P.T. (2006). Clinical management of gender identity disorder in adolescents: A protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects. *European Journal of Endocrinology*, 155(Suppl 1), S131–S137. doi:10.1530/eje.1.02231
- Delemarre-van de Waal, H. A., van Weissenbruch, M. M., & Cohen Kettenis, P. T. (2004). Management of puberty in transsexual boys and girls. *Hormone Research in Paediatrics*, 62(Suppl 2), 75–75. doi:10.1159/000081145
- de Lignières, B. (1999). Oral micronized progesterone. *Clinical Therapeutics*, 21(1), 41–60. doi:10.1016/S0149-2918(00)88267-3
- Derrig-Palumbo, K., & Zeine, F. (2005). *Online therapy: A therapist's guide to expanding your practice*. New York, NY: W.W. Norton.
- Dessens, A. B., Slijper, F. M. E., & Drop, S. L. S. (2005). Gender dysphoria and gender change in chromosomal females with congenital adrenal hyperplasia. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 389–397. doi:10.1007/s10508-005-4338-5
- De Sutter, P. (2009). Reproductive options for transpeople: Recommendations for revision of the WPATH's standards of care. *International Journal of Transgenderism*, 11(3), 183–185. doi:10.1080/15532730903383765

- De Sutter, P., Kira, K., Verschoor, A., & Hotimsky, A. (2002). The desire to have children and the preservation of fertility in transsexual women: A survey. *International Journal of Transgenderism*, 6(3), retrieved from http://www.wpath.org/journal/www.iiaav.nl/eazines/web/IJT/97-03/numbers/symposion/ijtv06no03_02.htm
- Devor, A. H. (2004). Witnessing and mirroring: A fourteen stage model. *Journal of Gay and Lesbian Psychotherapy*, 8(1/2), 41–67.
- de Vries, A. L. C., Cohen-Kettenis, P. T., & Delemarre-van de Waal, H. A. (2006). Clinical management of gender dysphoria in adolescents. *International Journal of Transgenderism*, 9(3–4), 83–94. doi:10.1300/J485v09n03_04
- de Vries, A. L. C., Doreleijers, T. A. H., Steensma, T. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Advance online publication. doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02426.x
- de Vries, A. L. C., Noens, I. L. J., Cohen-Kettenis, P. T., van Berckelaer-Onnes, I. A., & Doreleijers, T. A. (2010). Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(8), 930–936. doi:10.1007/s10803-010-0935-9
- de Vries, A. L. C., Steensma, T. D., Doreleijers, T. A. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2010). Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: A prospective follow-up study. *The Journal of Sexual Medicine*. Advance online publication. doi:10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x
- Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A. L. V., Langstrom, N., & Landen, M. (2011). Longterm follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: Cohort study in Sweden. *PloS ONE*, 6(2), 1–8. doi:10.1371/journal.pone.0016885
- Diamond, M. (2009). Human intersexuality: Difference or disorder? *Archives of Sexual Behavior*, 38(2), 172–172. doi:10.1007/s10508-008-9438-6
- Di Ceglie, D., & Thümmel, E. C. (2006). An experience of group work with parents of children and adolescents with gender identity disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 11(3), 387–396. doi:10.1177/1359104506064983
- Dobs, A. S., Meikle, A. W., Arver, S., Sanders, S. W., Caramelli, K. E., & Mazer, N. A. (1999). Pharmacokinetics, efficacy, and safety of a permeation-enhanced testosterone transdermal system in comparison with bi-weekly injections of testosterone enanthate for the treatment of hypogonadal men. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 84(10), 3469–3478. doi:10.1210/jc.84.10.3469
- Docter, R. F. (1988). *Transvestites and transsexuals: Toward a theory of cross-gender behavior*. New York, NY: Plenum Press.

- Drummond, K. D., Bradley, S. J., Peterson-Badali, M., & Zucker, K. J. (2008). A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Developmental Psychology*, 44(1), 34–45. doi:10.1037/0012-1649.44.1.34
- Ehrbar, R. D., & Gorton, R. N. (2010). Exploring provider treatment models in interpreting the *standards of care*. *International Journal of Transgenderism*, 12(4), 198–2010. doi:10.1080/15532739.2010.544235
- Ekins, R., & King, D. (2006). *The transgender phenomenon*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Eklund, P. L., Gooren, L. J., & Bezemer, P. D. (1988). Prevalence of transsexualism in the Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 152(5), 638–640.
- Eldh, J., Berg, A., & Gustafsson, M. (1997). Long-term follow up after sex reassignment surgery. *Scandinavian Journal of Plastic and Reconstructive Surgery and Hand Surgery*, 31(1), 39–45.
- Emerson, S., & Rosenfeld, C. (1996). Stages of adjustment in family members of transgender individuals. *Journal of Family Psychotherapy*, 7(3), 1–12. doi:10.1300/J085V07N03_01
- Emory, L. E., Cole, C. M., Avery, E., Meyer, O., & Meyer III, W. J. (2003). *Client's view of gender identity: Life, treatment status and outcome*. Paper presented at 18th Biennial Harry Benjamin Symposium, Gent, Belgium.
- Ettner, R., Monstrey, S., & Eyler, A. (Eds.) (2007). *Principles of transgender medicine and surgery*. Binghamton, NY: Haworth Press.
- Eyler, A. E. (2007). Primary medical care of the gender-variant patient. In R. Ettner, S. Monstrey & E. Eyler (Eds.), *Principles of transgender medicine and surgery* (pp. 15–32). Binghamton, NY: Haworth Press.
- Factor, R. J., & Rothblum, E. (2008). Exploring gender identity and community among three groups of transgender individuals in the United States: MtFs, FtMs, and genderqueers. *Health Sociology Review*, 17(3), 235–253.
- Feinberg, L. (1996). *Transgender warriors: Making history from Joan of Arc to Dennis Rodman*. Boston, MA: Beacon Press.
- Feldman, J. (2005, April). *Masculinizing hormone therapy with testosterone 1% topical gel*. Paper presented at the 19th Biennial Symposium of the Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, Bologna, Italy.
- Feldman, J. (2007). Preventive care of the transgendered patient. In R. Ettner, S. Monstrey & E. Eyler (Eds.), *Principles of transgender surgery and medicine* (pp. 33–72). Binghamton, NY: Haworth Press.
- Feldman, J., & Goldberg, J. (2006). Transgender primary medical care. *International Journal of Transgenderism*, 9(3), 3–34. doi:10.1300/JJ485v09n03_02

- Feldman, J., & Safer, J. (2009). Hormone therapy in adults: Suggested revisions to the sixth version of the *standards of care*. *International Journal of Transgenderism*, 11(3), 146–182. doi:10.1080/15532730903383757
- Fenichel, M., Suler, J., Barak, A., Zelvin, E., Jones, G., Munro, K., . . . Walker-Schmucker, W. (2004). *Myths and realities of online clinical work, observations on the phenomena of online behavior, experience, and therapeutic relationships. A 3rd-year report from ISMHO's clinical case study group*. Retrieved from https://www.ismho.org/myths_n_realities.asp
- Fenway Community Health Transgender Health Program. (2007). *Protocol for hormone therapy*. Retrieved from http://www.fenwayhealth.org/site/DocServer/Fenway_Protocols.pdf?docID=2181
- Fisk, N. M. (1974). Editorial: Gender dysphoria syndrome—the conceptualization that liberalizes indications for total gender reorientation and implies a broadly based multi-dimensional rehabilitative regimen. *Western Journal of Medicine*, 120(5), 386–391.
- Fitzpatrick, L. A., Pace, C., & Wiita, B. (2000). Comparison of regimens containing oral micronized progesterone or medroxyprogesterone acetate on quality of life in postmenopausal women: A cross-sectional survey. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 9(4), 381–387.
- Frank, J. D., & Frank, J. B. (1993). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3rd ed.). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Fraser, L. (2009a). Depth psychotherapy with transgender people. *Sexual and Relationship Therapy*, 24(2), 126–142. doi:10.1080/14681990903003878
- Fraser, L. (2009b). E-therapy: Ethical and clinical considerations for version 7 of The World Professional Association for Transgender Health's *Standards of Care*. *International Journal of Transgenderism*, 11(4), 247–263. doi:10.1080/15532730903439492
- Fraser, L. (2009c). Psychotherapy in The World Professional Association for Transgender Health's *Standards of Care*: Background and recommendations. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 110–126. doi:10.1080/15532730903008057
- Garaffa, G., Christopher, N. A., & Ralph, D. J. (2010). Total phallic reconstruction in female-to-male transsexuals. *European Urology*, 57(4), 715–722. doi:10.1016/j.eururo.2009.05.018
- Gelder, M. G., & Marks, I. M. (1969). Aversion treatment in transvestism and transsexualism. In R. Green, & J. Money (Eds.), *Transsexualism and sex reassignment* (pp. 383–413). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

- Gelfer, M. P. (1999). Voice treatment for the male-to-female transgendered client. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 8(3), 201–208.
- Gharib, S., Bigby, J., Chapin, M., Ginsburg, E., Johnson, P., Manson, J., & Solomon, C. (2005). *Menopause: A guide to management*. Boston, MA: Brigham and Women's Hospital.
- Gijs, L., & Brewaeys, A. (2007). Surgical treatment of gender dysphoria in adults and adolescents: Recent developments, effectiveness, and challenges. *Annual Review of Sex Research*, 18, 178–224.
- Gold, M., & MacNish, M. (2011). *Adjustment and resiliency following disclosure of transgender identity in families of adolescents and young adults: Themes and clinical implications*. Washington, DC: American Family Therapy Academy.
- Gómez-Gil, E., Trilla, A., Salamero, M., Godás, T., & Valdés, M. (2009). Sociodemographic, clinical, and psychiatric characteristics of transsexuals from Spain. *Archives of Sexual Behavior*, 38(3), 378–392. doi:10.1007/s10508-007-9307-8
- Gooren, L. (2005). Hormone treatment of the adult transsexual patient. *Hormone Research in Paediatrics*, 64(Suppl 2), 31–36. doi:10.1159/000087751
- Gorton, R. N., Buth, J., & Spade, D. (2005). *Medical therapy and health maintenance for transgender men: A guide for health care providers*. San Francisco, CA: Lyon-Martin Women's Health Services.
- Green, R. (1987). *The "sissy boy syndrome" and the development of homosexuality*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Green, R., & Fleming, D. (1990). Transsexual surgery follow-up: Status in the 1990s. *Annual Review of Sex Research*, 1(1), 163–174.
- Greenson, R. R. (1964). On homosexuality and gender identity. *International Journal of Psycho-Analysis*, 45, 217–219.
- Grossman, A. H., D'Augelli, A. R., Howell, T. J., & Hubbard, S. (2006). Parent's reactions to transgender youth's gender-nonconforming expression and identity. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 18(1), 3–16. doi:10.1300/J041v18n01_02
- Grossman, A. H., D'Augelli, A. R., & Salter, N. P. (2006). Male-to-female transgender youth: Gender expression milestones, gender atypicality, victimization, and parents' responses. *Journal of GLBT Family Studies*, 2(1), 71–92.
- Grumbach, M. M., Hughes, I. A., & Conte, F. A. (2003). Disorders of sex differentiation. In P. R. Larsen, H. M. Kronenberg, S. Melmed & K. S. Polonsky (Eds.), *Williams textbook of endocrinology* (10th ed., pp. 842–1002). Philadelphia, PA: Saunders.
- Hage, J. J., & De Graaf, F. H. (1993). Addressing the ideal requirements by free flap phalloplasty: Some reflections on refinements of technique. *Microsurgery*, 14(9), 592–598. doi:10.1002/micr.1920140910

- Hage, J. J., & Karim, R. B. (2000). Ought GIDNOS get nought? Treatment options for nontranssexual gender dysphoria. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 105(3), 1222–1227.
- Hancock, A. B., Krissinger, J., & Owen, K. (2010). Voice perceptions and quality of life of transgender people. *Journal of Voice*. Advance online publication. doi:10.1016/j.jvoice.2010.07.013
- Hastings, D. W. (1974). Postsurgical adjustment of male transsexual patients. *Clinics in Plastic Surgery*, 1(2), 335–344.
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P., Delemarre-van de Waal, H. A., Gooren, L. J., Meyer III, W. J., Spack, N. P., . . . Montori, V. M. (2009). Endocrine treatment of transsexual persons: An Endocrine Society clinical practice guideline. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 94(9), 3132–3154. doi:10.1210/jc.2009–0345
- Hill, D. B., Menvielle, E., Sica, K. M., & Johnson, A. (2010). An affirmative intervention for families with gender-variant children: Parental ratings of child mental health and gender. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 36(1), 6–23. doi:10.1080/00926230903375560
- Hoebeke, P., Selvaggi, G., Ceulemans, P., De Cuypere, G. D., T'Sjoen, G., Weyers, S., . . . Monstrey, S. (2005). Impact of sex reassignment surgery on lower urinary tract function. *European Urology*, 47(3), 398–402. doi:10.1016/j.eururo.2004.10.008
- Hoenig, J., & Kenna, J. C. (1974). The prevalence of transsexualism in England and Wales. *British Journal of Psychiatry*, 124(579), 181–190. doi:10.1192/bjp.124.2.181
- Hughes, I. A., Houk, C. P., Ahmed, S. F., Lee, P. A., & LWPES1/ESPE Consensus Group. (2006). Consensus statement on management of intersex disorders. *Archives of Disease in Childhood*, 91(7), 554–563. doi:10.1136/ad.2006.098319
- Hunter, M. H., & Sterrett, J. J. (2000). Polycystic ovary syndrome: It's not just infertility. *American Family Physician*, 62(5), 1079–1095.
- Institute of Medicine. (2011). *The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: Building a foundation for better understanding*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Jackson, P. A., & Sullivan, G. (Eds.). (1999). *Lady boys, tom boys, rent boys: Male and female homosexualities in contemporary Thailand*. Binghamton, NY: Haworth Press.
- Jockenhövel, F. (2004). Testosterone therapy-what, when and to whom? *The Aging Male*, 7(4), 319–324. doi:10.1080/13685530400016557
- Johansson, A., Sundbom, E., Höjerback, T., & Bodlund, O. (2010). A five-year follow-up study of Swedish adults with gender identity disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 39(6), 1429–1437. doi:10.1007/s10508–009–9551–1

- Joint LWPES/ESPE CAH Working Group, Clayton, P. E., Miller, W. L., Oberfield, S. E., Ritzen, E. M., Sippell, W. G., & Speiser, P. W. (2002). Consensus statement on 21-hydroxylase deficiency from the Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society and the European Society for Pediatric Endocrinology. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 87(9), 4048–4053. doi:10.1210/jc.2002–020611
- Jurgensen, M., Hiort, O., Holterhus, P. M., & Thyen, U. (2007). Gender role behavior in children with XY karyotype and disorders of sex development. *Hormones and Behavior*, 51(3), 443–453. doi:0.1016/j.yhbeh.2007.01.001
- Kanagalingam, J., Georgalas, C., Wood, G. R., Ahluwalia, S., Sandhu, G., & Cheesman, A. D. (2005). Cricothyroid approximation and subluxation in 21 male-to-female transsexuals. *The Laryngoscope*, 115(4), 611–618. doi:10.1097/01.mlg.0000161357.12826.33
- Kanhai, R. C. J., Hage, J. J., Karim, R. B., & Mulder, J. W. (1999). Exceptional presenting conditions and outcome of augmentation mammoplasty in male-to-female transsexuals. *Annals of Plastic Surgery*, 43(5), 476–483.
- Kimberly, S. (1997). I am transsexual - hear me roar. *Minnesota Law & Politics*, June, 21–49.
- Klein, C., & Gorzalka, B. B. (2009). Sexual functioning in transsexuals following hormone therapy and genital surgery: A review (CME). *The Journal of Sexual Medicine*, 6(11), 2922–2939. doi:10.1111/j.1743–6109.2009.01370.x
- Knudson, G., De Cuypere, G., & Bockting, W. (2010a). Process toward consensus on recommendations for revision of the DSM diagnoses of gender identity disorders by The World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*, 12(2), 54–59. doi:10.1080/15532739.2010.509213
- Knudson, G., De Cuypere, G., & Bockting, W. (2010b). Recommendations for revision of the DSM diagnoses of gender identity disorders: Consensus statement of The World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*, 12(2), 115–118. doi:10.1080/15532739.2010.509215
- Kosilek v. Massachusetts Department of Corrections/Maloney, C.A. No. 92–12820-MLW (U.S. Federal District Court, Boston, MA, 2002).
- Krege, S., Bex, A., Lümmen, G., & Rübben, H. (2001). Male-to-female transsexualism: A technique, results and long-term follow-up in 66 patients. *British Journal of Urology*, 88(4), 396–402. doi:10.1046/j.1464–410X.2001.02323.x

- Kuhn, A., Bodmer, C., Stadlmayr, W., Kuhn, P., Mueller, M. D., & Birkhäuser, M. (2009). Quality of life 15 years after sex reassignment surgery for transsexualism. *Fertility and Sterility*, 92(5), 1685–1689. doi:10.1016/j.fertnstert.2008.08.126
- Kuhn, A., Hildebrand, R., & Birkhauser, M. (2007). Do transsexuals have micturition disorders? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 131(2), 226–230. doi:10.1016/j.ejogrb.2006.03.019
- Landén, M., Wålinder, J., & Lundström, B. (1998). Clinical characteristics of a total cohort of female and male applicants for sex reassignment: A descriptive study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97(3), 189–194. doi:10.1111/j.1600-0447.1998.tb09986.x
- Lawrence, A. A. (2003). Factors associated with satisfaction or regret following male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 32(4), 299–315. doi:10.1023/A:1024086814364
- Lawrence, A. A. (2006). Patient-reported complications and functional outcomes of male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 35(6), 717–727. doi:10.1007/s10508-006-9104-9
- Lev, A. I. (2004). *Transgender emergence: Therapeutic guidelines for working with gender-variant people and their families*. Binghamton, NY: Haworth Clinical Practice Press.
- Lev, A. I. (2009). The ten tasks of the mental health provider: Recommendations for revision of The World Professional Association for Transgender Health's standards of care. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 74–99. doi:10.1080/15532730903008032
- Levy, A., Crown, A., & Reid, R. (2003). Endocrine intervention for transsexuals. *Clinical Endocrinology*, 59(4), 409–418. doi:10.1046/j.1365-2265.2003.01821.x
- MacLaughlin, D. T., & Donahoe, P. K. (2004). Sex determination and differentiation. *New England Journal of Medicine*, 350(4), 367–378.
- Maheu, M. M., Pulier, M. L., Wilhelm, F. H., McMenamin, J. P., & Brown-Connolly, N. E. (2005). *The mental health professional and the new technologies: A handbook for practice today*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Malpas, J. (2011). Between pink and blue: A multi-dimensional family approach to gender nonconforming children and their families. *Family Process*, 50(4), 453–470 doi: 10.1111/j.1545-5300.2011.01371.x
- Mazur, T. (2005). Gender dysphoria and gender change in androgen insensitivity or micropenis. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 411–421. doi:10.1007/s10508-005-4341-x
- McNeill, E. J. M. (2006). Management of the transgender voice. *The Journal of Laryngology & Otology*, 120(07), 521–523. doi:10.1017/S0022215106001174

- McNeill, E. J. M., Wilson, J. A., Clark, S., & Deakin, J. (2008). Perception of voice in the transgender client. *Journal of Voice*, 22(6), 727–733. doi:10.1016/j.jvoice.2006.12.010
- Menvielle, E. J., & Tuerk, C. (2002). A support group for parents of gender-nonconforming boys. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(8), 1010–1013. doi:10.1097/00004583-200208000-00021
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice as stress: Conceptual and measurement problems. *American Journal of Public Health*, 93(2), 262–265.
- Meyer, J. K., & Reter, D. J. (1979). Sex reassignment: Follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 36(9), 1010–1015.
- Meyer, W. J. III. (2009). World Professional Association for Transgender Health's *standards of care* requirements of hormone therapy for adults with gender identity disorder. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 127–132. doi:10.1080/15532730903008065
- Meyer, W. J. III, Webb, A., Stuart, C. A., Finkelstein, J. W., Lawrence, B., & Walker, P. A. (1986). Physical and hormonal evaluation of transsexual patients: A longitudinal study. *Archives of Sexual Behavior*, 15(2), 121–138. doi:10.1007/BF01542220
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2002). Gender assignment and reassignment in intersexuality: Controversies, data, and guidelines for research. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 511, 199–223. doi:10.1007/978-1-4615-0621-8_12
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2005). Gender identity outcome in female-raised 46,XY persons with penile agenesis, cloacal exstrophy of the bladder, or penile ablation. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 423–438. doi:10.1007/s10508-005-4342-9
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2008). Treatment guidelines for children with disorders of sex development. *Neuropsychiatrie De l'Enfance Et De l'Adolescence*, 56(6), 345–349. doi:10.1016/j.neurenf.2008.06.002
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2009). Variants of gender differentiation in somatic disorders of sex development. *International Journal of Transgenderism*, 11(4), 226–237. doi:10.1080/15532730903439476
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2010). From mental disorder to iatrogenic hypogonadism: Dilemmas in conceptualizing gender identity variants as psychiatric conditions. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 461–476. doi:10.1007/s10508-009-9532-4
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2011). Gender monitoring and gender reassignment of children and adolescents with a somatic disorder of sex development. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 20(4), 639–649. doi: 10.1016/j.ch.2011.07.002.

- Meyer-Bahlburg, H. F. L., & Blizzard, R. M. (2004). Conference proceedings: Research on intersex: Summary of a planning workshop. *The Endocrinologist*, 14(2), 59–69. doi:10.1097/01.ten.0000123701.61007.4e
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Dolezal, C., Baker, S. W., Carlson, A. D., Obeid, J. S., & New, M. I. (2004). Prenatal androgenization affects gender-related behavior but not gender identity in 5–12-year-old girls with congenital adrenal hyperplasia. *Archives of Sexual Behavior*, 33(2), 97–104. doi:10.1023/B:ASEB.0000014324.25718.51
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Dolezal, C., Baker, S. W., Ehrhardt, A. A., & New, M. I. (2006). Gender development in women with congenital adrenal hyperplasia as a function of disorder severity. *Archives of Sexual Behavior*, 35(6), 667–684. doi:10.1007/s10508-006-9068-9
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Migeon, C. J., Berkovitz, G. D., Gearhart, J. P., Dolezal, C., & Wisniewski, A. B. (2004). Attitudes of adult 46,XY intersex persons to clinical management policies. *The Journal of Urology*, 171(4), 1615–1619. doi:10.1097/01.ju.0000117761.94734.b7
- Money, J., & Ehrhardt, A. A. (1972). *Man and woman, boy and girl*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Money, J., & Russo, A. J. (1979). Homosexual outcome of discordant gender identity/role in childhood: Longitudinal follow-up. *Journal of Pediatric Psychology*, 4(1), 29–41. doi:10.1093/jpepsy/4.1.29
- Monstrey, S., Hoebeke, P., Selvaggi, G., Ceulemans, P., Van Landuyt, K., Blondeel, P., . . . De Cuypere, G. (2009). Penile reconstruction: Is the radial forearm flap really the standard technique? *Plastic and Reconstructive Surgery*, 124(2), 510–518.
- Monstrey, S., Selvaggi, G., Ceulemans, P., Van Landuyt, K., Bowman, C., Blondeel, P., . . . De Cuypere, G. (2008). Chest-wall contouring surgery in female-to-male transsexuals: A new algorithm. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 121(3), 849–859. doi:10.1097/01.prs.0000299921.15447.b2
- Moore, E., Wisniewski, A., & Dobs, A. (2003). Endocrine treatment of transsexual people: A review of treatment regimens, outcomes, and adverse effects. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 88(8), 3467–3473. doi:10.1210/jc.2002-021967
- More, S. D. (1998). The pregnant man – an oxymoron? *Journal of Gender Studies*, 7(3), 319–328. doi:10.1080/09589236.1998.9960725
- Mount, K. H., & Salmon, S. J. (1988). Changing the vocal characteristics of a postoperative transsexual patient: A longitudinal study. *Journal of Communication Disorders*, 21(3), 229–238. doi:10.1016/0021-9924(88)90031-7

- Mueller, A., Kieseewetter, F., Binder, H., Beckmann, M. W., & Dittrich, R. (2007). Long-term administration of testosterone undecanoate every 3 months for testosterone supplementation in female-to-male transsexuals. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 92(9), 3470–3475. doi:10.1210/jc.2007–0746
- Murad, M. H., Elamin, M. B., Garcia, M. Z., Mullan, R. J., Murad, A., Erwin, P. J., & Montori, V. M. (2010). Hormonal therapy and sex reassignment: A systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clinical Endocrinology*, 72(2), 214–231. doi:10.1111/j.1365–2265.2009.03625.x
- Nanda, S. (1998). *Neither man nor woman: The hijras of India*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Nestle, J., Wilchins, R. A., & Howell, C. (2002). *Genderqueer: Voices from beyond the sexual binary*. Los Angeles, CA: Alyson Publications.
- Neumann, K., & Welzel, C. (2004). The importance of voice in male-to-female transsexualism. *Journal of Voice*, 18(1), 153–167.
- Newfield, E., Hart, S., Dibble, S., & Kohler, L. (2006). Female-to-male transgender quality of life. *Quality of Life Research*, 15(9), 1447–1457. doi:10.1007/s11136–006–0002–3
- Nieschlag, E., Behre, H. M., Bouchard, P., Corrales, J. J., Jones, T. H., Stalla, G. K., . . . Wu, F. C. W. (2004). Testosterone replacement therapy: Current trends and future directions. *Human Reproduction Update*, 10(5), 409–419. doi:10.1093/humupd/dmh035
- North American Menopause Society. (2010). Estrogen and progestogen use in postmenopausal women: 2010 position statement. *Menopause*, 17(2), 242–255. doi:10.1097/gme.0b013e3181d0f6b9
- Nuttbrock, L., Hwahng, S., Bockting, W., Rosenblum, A., Mason, M., Macri, M., & Becker, J. (2010). Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-to-female transgender persons. *Journal of Sex Research*, 47(1), 12–23. doi:10.1080/00224490903062258
- Oates, J. M., & Dacakis, G. (1983). Speech pathology considerations in the management of transsexualism—a review. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 18(3), 139–151. doi:10.3109/13682828309012237
- Olyslager, F., & Conway, L. (2007). *On the calculation of the prevalence of transsexualism*. Paper presented at the World Professional Association for Transgender Health 20th International Symposium, Chicago, Illinois. Retrieved from http://www.changelingaspects.com/PDF/2007–09–06-Prevalence_of_Transsexualism.pdf

- Oriel, K. A. (2000). Clinical update: Medical care of transsexual patients. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association*, 4(4), 185–194. doi:1090–7173/00/1200–0185\$18.00/1
- Pauly, I. B. (1965). Male psychosexual inversion: Transsexualism: A review of 100 cases. *Archives of General Psychiatry*, 13(2), 172–181.
- Pauly, I. B. (1981). Outcome of sex reassignment surgery for transsexuals. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 15(1), 45–51. doi:10.3109/00048678109159409
- Payer, A. F., Meyer, W. J. III. & Walker, P. A. (1979). The ultrastructural response of human leydig cells to exogenous estrogens. *Andrologia*, 11(6), 423–436. doi:10.1111/j.1439–0272.1979.tb02232.x
- Peletz, M. G. (2006). Transgenderism and gender pluralism in southeast Asia since early modern times. *Current Anthropology*, 47(2), 309–340. doi:10.1086/498947
- Pfäfflin, F. (1993). Regrets after sex reassignment surgery. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 5(4), 69–85.
- Pfäfflin, F., & Junge, A. (1998). Sex reassignment. Thirty years of international follow-up studies after sex reassignment surgery: A comprehensive review, 1961–1991. *International Journal of Transgenderism*. Retrieved from <http://web.archive.org/web/20070503090247/http://www.symposion.com/ijt/pfaefflin/1000.htm>
- Physicians' desk reference. (61st ed.). (2007). Montvale, NJ: PDR.
- Physicians' desk reference. (65th ed.). (2010). Montvale, NJ: PDR.
- Pleak, R. R. (1999). Ethical issues in diagnosing and treating gender-dysphoric children and adolescents. In M. Rottnek (Ed.), *Sissies and tomboys: Gender nonconformity and homosexual childhood* (pp. 34–51). New York: New York University Press.
- Pope, K. S., & Vasquez, M. J. (2011). *Ethics in psychotherapy and counseling: A practical guide* (4TH ed.). Hoboken, NJ: John Wiley.
- Prior, J. C., Vigna, Y. M., & Watson, D. (1989). Spironolactone with physiological female steroids for presurgical therapy of male-to-female transsexualism. *Archives of Sexual Behavior*, 18(1), 49–57. doi:10.1007/BF01579291
- Prior, J. C., Vigna, Y. M., Watson, D., Diwold, P., & Robinow, O. (1986). Spironolactone in the presurgical therapy of male to female transsexuals: Philosophy and experience of the Vancouver Gender Dysphoria Clinic. *Journal of Sex Information & Education Council of Canada*, 1, 1–7.
- Rachlin, K. (1999). Factors which influence individual's decisions when considering female-to-male genital reconstructive surgery. *International Journal of Transgenderism*, 3(3). Retrieved from <http://www.WPATH.org>

- Rachlin, K. (2002). Transgendered individuals' experiences of psychotherapy. *International Journal of Transgenderism*, 6(1). Retrieved from http://www.wpath.org/journal/www.iiaav.nl/eazines/web/IJT/97-03/numbers/symposium/ijtv06no01_03.htm.
- Rachlin, K., Green, J., & Lombardi, E. (2008). Utilization of health care among female-to-male transgender individuals in the United States. *Journal of Homosexuality*, 54(3), 243–258. doi:10.1080/00918360801982124
- Rachlin, K., Hansbury, G., & Pardo, S. T. (2010). Hysterectomy and oophorectomy experiences of female-to-male transgender individuals. *International Journal of Transgenderism*, 12(3), 155–166. doi:10.1080/15532739.2010.514220
- Reed, B., Rhodes, S., Schofield, P. & Wylie, K. (2009). *Gender variance in the UK: Prevalence, incidence, growth and geographic distribution*. Retrieved June 8, 2011, from <http://www.gires.org.uk/assets/Medpro-Assets/GenderVarianceUK-report.pdf>
- Rehman, J., Lazer, S., Benet, A. E., Schaefer, L. C., & Melman, A. (1999). The reported sex and surgery satisfactions of 28 postoperative male-to-female transsexual patients. *Archives of Sexual Behavior*, 28(1), 71–89. doi:10.1023/A:1018745706354
- Robinow, O. (2009). Paraphilia and transgenderism: A connection with Asperger's disorder? *Sexual and Relationship Therapy*, 24(2), 143–151. doi:10.1080/14681990902951358
- Rosenberg, M. (2002). Children with gender identity issues and their parents in individual and group treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(5), 619–621. doi:10.1097/00004583-200205000-00020
- Rossouw, J. E., Anderson, G. L., Prentice, R. L., LaCroix, A. Z., Kooperberg, C., Stefanick, M. L., . . . Johnson, K. C. (2002). Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: Principal results from the women's health initiative randomized controlled trial. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 288(3), 321–333.
- Royal College of Speech Therapists, United Kingdom. <http://www.rcslt.org/>
- Ruble, D. N., Martin, C. L., & Berenbaum, S. A. (2006). Gender development. In N. Eisenberg, W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology* (6th ed., pp. 858–932). Hoboken, NJ: John Wiley.
- Sausa, L. A. (2005). Translating research into practice: Trans youth recommendations for improving school systems. *Journal of Gay & Lesbian Issues in Education*, 3(1), 15–28. doi:10.1300/J367v03n01_04
- Simpson, J. L., de la Cruz, F., Swerdloff, R. S., Samango-Sprouse, C., Skakkebaek, N. E., Graham, J. M. J., . . . Willard, H. F. (2003). Klinefelter syndrome: Expanding the phenotype and identifying new research directions. *Genetics in Medicine*, 5(6), 460–468. doi:10.1097/01.GIM.0000095626.54201.DO

- Smith, Y. L. S., Van Goozen, S. H. M., Kuiper, A. J., & Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Sex reassignment: Outcomes and predictors of treatment for adolescent and adult transsexuals. *Psychological Medicine*, 35(1), 89–99. doi:10.1017/S0033291704002776
- Sood, R., Shuster, L., Smith, R., Vincent, A., & Jatoi, A. (2011). Counseling postmenopausal women about bioidentical hormones: Ten discussion points for practicing physicians. *Journal of the American Board of Family Practice*, 24(2), 202–210. doi:10.3122/jabfm.2011.02.100194
- Speech Pathology Australia. <http://www.speechpathologyaustralia.org.au/>
- Speiser, P. W., Azziz, R., Baskin, L. S., Ghizzoni, L., Hensle, T. W., Merke, D. P., . . . Oberfield, S. E. (2010). Congenital adrenal hyperplasia due to steroid 21-hydroxylase deficiency: An endocrine society clinical practice guideline. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 95(9), 4133–4160. doi:10.1210/jc.2009–2631
- Steensma, T. D., Biemond, R., de Boer, F., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. Advance online publication. doi:10.1177/1359104510378303
- Steensma, T. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Gender transitioning before puberty? *Archives of Sexual Behavior*, 40(4), 649–650. doi:10.1007/s10508–011–9752–2
- Stikkelbroeck, N. M. M. L., Beerendonk, C., Willemsen, W. N. P., Schreuders-Bais, C. A., Feitz, W. F. J., Rieu, P. N. M. A., . . . Otten, B. J. (2003). The long term outcome of feminizing genital surgery for congenital adrenal hyperplasia: Anatomical, functional and cosmetic outcomes, psychosexual development, and satisfaction in adult female patients. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 16(5), 289–296. doi:10.1016/S1083–3188(03)00155–4
- Stoller, R. J. (1964). A contribution to the study of gender identity. *International Journal of Psychoanalysis*, 45, 220–226.
- Stone, S. (1991). The empire strikes back: A posttranssexual manifesto. In J. Epstein, & K. Straub (Eds.), *Body guards: The cultural politics of gender ambiguity* (pp. 280–304). London: Routledge.
- Tangpricha, V., Ducharme, S. H., Barber, T. W., & Chipkin, S. R. (2003). Endocrinologic treatment of gender identity disorders. *Endocrine Practice*, 9(1), 12–21.
- Tangpricha, V., Turner, A., Malabanan, A., & Holick, M. (2001). Effects of testosterone therapy on bone mineral density in the FtM patient. *International Journal of Transgenderism*, 5(4).
- Taywaditep, K. J., Coleman, E., & Dumronggittigule, P. (1997). Thailand (Muang Thai). In R. Francoeur (Ed.), *International encyclopedia of sexuality*. New York, NY: Continuum.

- Thole, Z., Manso, G., Salgueiro, E., Revuelta, P., & Hidalgo, A. (2004). Hepatotoxicity induced by antiandrogens: A review of the literature. *Urologia Internationalis*, 73(4), 289–295. doi:10.1159/000081585
- Tom Waddell Health Center. (2006). *Protocols for hormonal reassignment of gender*. Retrieved from <http://www.sfdph.org/dph/comupg/oservices/medSvs/hlthCtrs/TransGendprotocols122006.pdf>
- Tsoi, W. F. (1988). The prevalence of transsexualism in Singapore. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78(4), 501–504. doi:10.1111/j.1600-0447.1988.tb06373.x
- Van den Broecke, R., Van der Elst, J., Liu, J., Hovatta, O., & Dhont, M. (2001). The female-to-male transsexual patient: A source of human ovarian cortical tissue for experimental use. *Human Reproduction*, 16(1), 145–147. doi:10.1093/humrep/16.1.145
- Vanderburgh, R. (2009). Appropriate therapeutic care for families with pre-pubescent transgender/gender-dissonant children. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 26(2), 135–154. doi:10.1007/s10560-008-0158-5
- van Kesteren, P. J. M., Asscheman, H., Megens, J. A. J., & Gooren, L. J. G. (1997). Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with cross-sex hormones. *Clinical Endocrinology*, 47(3), 337–343. doi:10.1046/j.1365-2265.1997.2601068.x
- van Kesteren, P. J. M., Gooren, L. J., & Megens, J. A. (1996). An epidemiological and demographic study of transsexuals in the Netherlands. *Archives of Sexual Behavior*, 25(6), 589–600. doi:10.1007/BF02437841
- van Trotsenburg, M. A. A. (2009). Gynecological aspects of transgender healthcare. *International Journal of Transgenderism*, 11(4), 238–246. doi:10.1080/15532730903439484
- Vilain, E. (2000). Genetics of sexual development. *Annual Review of Sex Research*, 11, 1–25.
- Wålinder, J. (1968). Transsexualism: Definition, prevalence and sex distribution. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 43(S203), 255–257.
- Wålinder, J. (1971). Incidence and sex ratio of transsexualism in Sweden. *The British Journal of Psychiatry*, 119(549), 195–196.
- Wallien, M. S. C., & Cohen-Kettenis, P. T. (2008). Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(12), 1413–1423. doi:10.1097/CHI.0b013e31818956b9
- Wallien, M. S. C., Swaab, H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2007). Psychiatric comorbidity among children with gender identity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(10), 1307–1314. doi:10.1097/chi.0b013e3181373848

- Warren, B. E. (1993). Transsexuality, identity and empowerment. A view from the frontlines. *SIECUS Report, February/March*, 14–16.
- Weitze, C., & Osburg, S. (1996). Transsexualism in Germany: Empirical data on epidemiology and application of the German Transsexuals' Act during its first ten years. *Archives of Sexual Behavior*, 25(4), 409–425.
- Wilson, J. D. (1999). The role of androgens in male gender role behavior. *Endocrine Reviews*, 20(5), 726–737. doi:10.1210/er.20.5.726
- Winter, S. (2009). Cultural considerations for The World Professional Association for Transgender Health's *standards of care*: The Asian perspective. *International Journal of Transgenderism*, 11(1), 19–41. doi:10.1080/15532730902799938
- Winter, S., Chalungsooth, P., Teh, Y. K., Rojanalert, N., Maneerat, K., Wong, Y. W., . . . Macapagal, R. A. (2009). Transpeople, transprejudice and pathologization: A seven-country factor analytic study. *International Journal of Sexual Health*, 21(2), 96–118. doi:10.1080/19317610902922537
- Wisniewski, A. B., Migeon, C. J., Malouf, M. A., & Gearhart, J. P. (2004). Psychosexual outcome in women affected by congenital adrenal hyperplasia due to 21-hydroxylase deficiency. *The Journal of Urology*, 171(6, Part 1), 2497–2501. doi:10.1097/01.ju.0000125269.91938.f7
- World Health Organization. (2007). *International classification of diseases and related health problems-10th revision*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization. (2008). *The world health report 2008: Primary health care—now more than ever*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Professional Association for Transgender Health, Inc. (2008). *WPATH clarification on medical necessity of treatment, sex reassignment, and insurance coverage in the U.S.A.* Retrieved from <http://www.wpath.org/documents/Med%20Nec%20on%202008%20Letterhead.pdf>
- WPATH Board of Directors. (2010). *De-psychopathologisation statement released May 26, 2010*. Retrieved from http://wpath.org/announcements_detail.cfm?pk_announcement=17
- Xavier, J. M. (2000). *The Washington, D.C. transgender needs assessment survey: Final report for phase two*. Washington, DC: Administration for HIV/AIDS of District of Columbia Government.
- Zhang, G., Gu, Y., Wang, X., Cui, Y., & Bremner, W. J. (1999). A clinical trial of injectable testosterone undecanoate as a potential male contraceptive in normal Chinese men. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 84(10), 3642–3647. doi:10.1210/jc.84.10.3642

- Zitzmann, M., Saad, F., & Nieschlag, E. (2006, April). *Long term experience of more than 8 years with a novel formulation of testosterone undecanoate (nebido) in substitution therapy of hypogonadal men*. Paper presented at European Congress of Endocrinology, Glasgow, UK.
- Zucker, K. J. (1999). Intersexuality and gender identity differentiation. *Annual Review of Sex Research*, 10(1), 1–69.
- Zucker, K. J. (2004). Gender identity development and issues. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 13(3), 551–568. doi:10.1016/j.chc.2004.02.006
- Zucker, K. J. (2006). “I’m half-boy, half-girl”: Play psychotherapy and parent counseling for gender identity disorder. In R. L. Spitzer, M. B. First, J. B. W. Williams & M. Gibbons (Eds.), *DSM-IV-TR casebook, volume 2* (pp. 321–334). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Zucker, K. J. (2010). The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in children. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 477–498. doi:10.1007/s10508-009-9540-4
- Zucker, K. J., & Bradley, S. J. (1995). *Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents*. New York, NY: Guilford Press.
- Zucker, K. J., Bradley, S. J., Owen-Anderson, A., Kibblewhite, S. J., & Cantor, J. M. (2008). Is gender identity disorder in adolescents coming out of the closet? *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34(4), 287–290. doi:10.1080/00926230802096192
- Zucker, K. J., Bradley, S. J., Owen-Anderson, A., Kibblewhite, S. J., Wood, H., Singh, D., & Choi, K. (in press). Demographics, behavior problems, and psychosexual characteristics of adolescents with gender identity disorder or transvestic fetishism. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 38(2), 151–189.
- Zucker, K. J., & Lawrence, A. A. (2009). Epidemiology of gender identity disorder: Recommendations for the *standards of care* of The World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*, 11(1), 8–18. doi:10.1080/15532730902799946
- Zucker, K. J., Owen, A., Bradley, S. J., & Ameeriar, L. (2002). Gender-dysphoric children and adolescents: A comparative analysis of demographic characteristics and behavioral problems. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7(3), 398–411.
- Zuger, B. (1984). Early effeminate behavior in boys: Outcome and significance for homosexuality. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 172(2), 90–97.

ANNEXE A

GLOSSAIRE

La terminologie dans le champ des soins pour les personnes transsexuelles, transgenres ou de genre non-conforme évolue rapidement ; de nouveaux termes sont introduits et les définitions des mots existants changent. Il y a donc nombre d'incompréhensions, de débats, ou de désaccords de langage dans ce champ. Des mots pouvant sembler familiers ou ayant un sens spécifique dans les *SDS* sont définis ci-dessous, selon l'usage qui leur est ici donné. D'autres peuvent adhérer à ces définitions, mais la WPATH reconnaît que ces termes peuvent avoir une autre définition selon les cultures, communautés et contextes.

La WPATH reconnaît également que l'usage de la plupart de ces termes envers cette population n'est pas idéal. Par exemple, les termes transsexuel et travesti – et, certains ajouteraient même le terme plus récent de transgenre – sont des désignations objectalisantes à la mode. Pour autant de tels termes ont été plus ou moins adoptés par la plupart des gens qui font un effort de compréhension. En continuant à utiliser ces termes, la WPATH entend simplement s'assurer que ces concepts et processus sont compréhensibles, dans le but de faciliter la qualité des soins prodigués aux personnes transsexuelles, transgenres ou de genre non- conforme. La WPATH reste ouverte à toute nouvelle terminologie qui éclairerait davantage l'expérience des membres de cette population variée et mènerait à faciliter l'accès au soin et la prise en charge.

Chirurgie de réassignation sexuelle (chirurgie d'affirmation de genre) : chirurgie changeant les caractères sexuels primaires et/ou secondaires pour affirmer l'identité de genre d'une personne. La chirurgie de réassignation sexuelle peut être une part importante du traitement médical nécessaire pour soulager la dysphorie de genre.

Dysphorie de Genre : détresse causée par la discordance entre l'identité de genre d'une personne et son sexe d'assignation à la naissance (et les rôles de genre et/ou caractères sexuels primaires ou secondaires associés) (Fisk, 1974; Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010b).

Femme-vers-homme (FtM) : adjectif décrivant des individus assignés en tant que femme à la naissance qui changent ou ont changé leur corps et/ou leur rôle de genre vers un corps et/ou un rôle plus masculin.

De genre atypique / Genderqueer : label identitaire pouvant être utilisé par des individus dont le rôle de genre et/ou l'identité de genre n'est/ne sont pas conforme(s) à la représentation binaire du genre selon les catégories homme/femme ou masculin/féminin (Bockting, 2008).

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

Homme-vers-femme (MtF) : adjectif décrivant des individus assignés en tant qu'homme à la naissance qui changent ou ont changé leur corps et/ou leur rôle de genre vers un corps ou un rôle plus féminin.

Hormones Bioéquivalentes : hormones structurellement identiques à celles trouvées dans le corps humain. Les hormones utilisées dans l'hormonothérapie à forme bioéquivalente sont généralement des dérivées de plantes sources et sont structurellement semblables aux hormones humaines endogènes, mais il faut qu'elles soient à des fins commerciales pour être dites bioéquivalentes

Hormones Naturelles : Hormones dérivées de sources naturelles comme les plantes ou les animaux. Les hormones naturelles peuvent ou non être bioéquivalentes.

Identité de Genre : sentiment intrinsèque d'être un homme, une femme ou d'un genre alternatif (garçon-fille, fille-garçon, transgenre, queer, eunuque) (Bockting, 1999; Stoller, 1964).

Rôle ou Expression de Genre : Caractéristiques dans la personnalité, l'apparence et le comportement qui dans une culture donnée à un moment historique donné sont désignées comme masculines ou féminines (ce qui est plus typique d'un rôle social masculin ou féminin) (Ruble, Martin, & Berenbaum, 2006). Alors que la plupart des individus se présentent socialement comme clairement masculin ou féminin dans leur rôle de genre, certains présentent un genre alternatif, comme queer, ou plus spécifiquement transgenre. Tous les individus tendent à incorporer des caractéristiques masculines et féminines dans leur expression de genre de différentes façons et à différents degrés (Bockting, 2008).

Sexe : Le sexe est assigné à la naissance comme masculin ou féminin, généralement basé sur l'apparence des organes génitaux externes. En cas d'ambiguïté, d'autres composantes du sexe (organes génitaux internes, sexe chromosomique et hormonal) sont étudiées pour donner un sexe (Grumbach, Hughes, & Conte, 2003; MacLaughlin & Donahoe, 2004; Money & Ehrhardt, 1972; Vilain, 2000). Pour la plupart des gens, l'identité et l'expression de genre sont congruentes avec le sexe assigné à la naissance ; pour les personnes transsexuelles, transgenres ou de genre non-conforme, l'identité et l'expression de genre diffèrent du sexe assigné à la naissance.

Thérapie Hormonale à forme Bioéquivalente : utilisation d'hormones préparées mixées assemblées comme médicaments par un pharmacien, préparation sur mesure en fonction des spécifications du médecin pour un patient donné.

L'approbation de l'agence gouvernementale des médicaments¹ (Ministère de la Santé et autorisation de mise sur le marché (AMM) en France) n'est pas possible puisque chaque thérapie est unique.

Transsexuel(le) : adjectif (souvent utilisé par le corps médical) décrivant un individu qui cherche à changer ou qui a changé ses caractères sexuels primaires et/ou secondaires à travers des interventions médicales de féminisation ou masculinisation (hormonothérapie et/ou chirurgie), typiquement accompagné par un changement permanent dans les rôles de genre.

Transgenre : adjectif désignant un groupe varié d'individus qui occultent ou transcendent les catégories culturellement définies du genre. L'identité de genre des personnes transgenres peut varier à différents degrés du sexe d'assignation à la naissance (Bockting, 1999).

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

Transphobie Internalisée : Inconfort d'un individu face à ses propres sentiments ou identité transgenres comme résultat de l'internalisation des attentes sociétales de genre normées.

Travestisme (transvestisme) : porter des vêtements et adopter la présentation de rôle de genre qui, dans une culture donnée, est plus typique de l'autre sexe.

Trouble du développement sexuel (TDS) : Condition congénitale dans laquelle le développement du sexe chromosomique, gonadique ou anatomique est atypique. Certaines personnes sont fortement opposées au mot trouble et préfèrent y voir une expression de la diversité (Diamond, 2009), préférant les termes d'intersexué et d'intersexualité.

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

¹ Voir législation en vigueur et instance publique dans le pays concerné.

ANNEXE B

VUE D'ENSEMBLE DES RISQUES MÉDICAUX DE L'HORMONOTHÉRAPIE

Les risques évoqués ci-dessous sont basés sur deux revues de littérature approfondies, basées sur les preuves, de l'hormonothérapie féminisante ou masculinisante (Feldman & Safer, 2009; Hembree et al., 2009) à partir d'une large cohorte d'étude (Asscheman et al., 2011). Ces revues peuvent servir de références détaillées pour les prescripteurs, ainsi que tout autre matériel clinique publié et largement reconnu (ex., Dahl et al., 2006; Ettner et al., 2007).

Risque de l'hormonothérapie féminisante (homme-vers-femme - MtF)

Risque très potentiellement accru de :

Thromboembolie veineuse (TEV)

- L'utilisation d'oestrogènes accroît le risque de TEV, particulièrement chez les patients de plus de 40ans, fumeurs, sédentaires, obèses et qui ont des troubles thromboemboliques sous-jacents.
- Le risque est accru avec l'utilisation additionnelle des progestatifs de troisième génération.
- Le risque est réduit avec une administration d'oestradiol par voie transdermique, ce qui est recommandé pour les patients présentant un haut risque de TEV.

Maladies cardio-vasculaire et cérébro-vasculaire

- L'utilisation d'oestrogènes accroît le risque d'accident cardio-vasculaire chez les patients de plus de 50ans avec des facteurs de risque cardio-vasculaire sous-jacents. L'utilisation additionnelle de progestatifs peut accroître ce risque.

Trouble du métabolisme lipidique – Lipides

- L'utilisation d'oestrogènes oraux peut largement accroître les triglycérides chez les patients, augmentant le risque de pancréatite et d'accident cardio-vasculaire.
- Les différentes voies d'administration auront des effets métaboliques différents sur les niveaux de cholestérol HDL, de cholestérol LDL et de lipoprotéine (a).
- En général, les preuves cliniques suggèrent que les patients homme-vers-femme avec des troubles lipidiques préexistants peuvent bénéficier de l'utilisation d'oestrogène transdermique plutôt qu'oral.

Foie et vésicule biliaire

- L'utilisation d'oestrogènes et d'acétate de cyprotérone peut être associée à une augmentation transitoire des enzymes du foie, et plus rarement à une hépatotoxicité clinique.
- L'utilisation d'oestrogènes accroît le risque de cholélithiase (calculs rénaux) et par conséquent de cholécystectomie.

Risque possiblement accru de:

Diabète de type 2

- L'hormonothérapie féminisante, particulièrement les oestrogènes, peut accroître le risque de diabète de type 2 particulièrement chez les patients avec des antécédents de diabète dans la famille ou d'autres facteurs de risque de cette maladie.

Hypertension

- L'utilisation d'oestrogènes peut augmenter la tension mais l'effet sur l'incidence de l'hypertension en général reste inconnu.
- La spironolactone réduit la tension et est recommandée pour les patients hypertendus ou à risque qui souhaitent une féminisation.

Prolactinome

- L'utilisation d'oestrogènes accroît le risque d'hyperprolactinémie chez les patients homme-vers-femme la première année de traitement mais le risque est ensuite peu probable.
- L'utilisation d'oestrogènes à haute dose peut accentuer l'apparition clinique d'un prolactinome préexistant mais cliniquement non-apparent.

Risque peu concluant ou pas de risque accru:

Les items dans cette catégorie incluent ceux pouvant présenter un risque mais dont les preuves sont si minimales qu'aucune conclusion claire ne peut être tirée.

Cancer du sein

- Les personnes homme-vers-femme qui ont suivi une hormonothérapie féminisante peuvent avoir un cancer du sein, mais les degrés de risque par rapport à ceux des femmes de naissance restent inconnus.
- La durée d'exposition à l'hormonothérapie féminisante (par exemple, le nombre d'années de prise d'oestrogènes), des antécédents de cancer du sein dans la famille, l'obésité (IMC >35) et l'utilisation de progestatifs sont susceptibles d'influencer le niveau de risque.

Autres effets secondaires de l'hormonothérapie féminisante:

Les effets suivants peuvent être considérés comme mineurs, voire désirés, en fonction du patient, mais sont clairement associés à l'hormonothérapie féminisante.

Fertilité et fonction sexuelle

- L'hormonothérapie féminisante peut altérer la fertilité.
- L'hormonothérapie féminisante peut réduire la libido.
- L'hormonothérapie féminisante réduit les érections nocturnes, avec un impact variable sur les érections sur stimulation sexuelle.

Risques des médicaments anti-androgènes :

Le régime de l'hormonothérapie féminisante inclut souvent une variété d'agents qui affecte la production ou l'action de la testostérone, comme les agonistes de la GnRH, les progestatifs (dont l'acétate de cyprotérone), la spironolactone, et les inhibiteurs de l'enzyme 5-alpha reductase. Une discussion approfondie sur les risques spécifiques de ces agents n'entre pas dans le cadre des SDS. Cependant, l'acétate de cyprotérone et la spironolactone sont largement utilisés et méritent certains commentaires.

L'acétate de cyprotérone est un composé progestatif aux propriétés anti-androgènes (Gooren, 2005; Levy et coll., 2003). Bien que largement utilisé en Europe, il n'est pas approuvé aux États-Unis à cause de certaines inquiétudes sur son hépatotoxicité (Thole, Manso, Salgueiro, Revuelta, & Hidalgo, 2004). La spironolactone est communément utilisée comme anti-androgène dans l'hormonothérapie féminisante, particulièrement dans les régions où la cyprotérone n'est pas autorisée (Dahl et coll., 2006; Moore et coll., 2003; Tangpricha et coll., 2003). La spironolactone a été utilisée depuis longtemps pour traiter l'hypertension et l'insuffisance cardiaque congestive. Hyperkaliémie, vertige et symptômes gastro-intestinaux en sont les effets secondaires courants (Physicians' Desk Reference, 2007).

**Risques de l'hormonothérapie masculinisante
(femme-vers-homme - FtM)****Risque très potentiellement accru de :**Polyglobulie

- L'hormonothérapie masculinisante à base de testostérone ou d'autres stéroïdes androgènes accroît le risque de polyglobulie (hématocrite > 50%), surtout chez les patients présentant d'autres facteurs de risque.
- Une administration par voie transdermique et une adaptation du dosage peuvent réduire ce risque.

Prise de poids/graisse viscérale

- L'hormonothérapie masculinisante à base de testostérone peut engendrer une prise de poids modérée avec une augmentation de la graisse viscérale.

Risque possiblement accru de:

Trouble du métabolisme lipidique – Lipides

- L'hormonothérapie masculinisante à base de testostérone diminue le cholestérol HDL, mais affecte de manière variable le cholestérol LDL et les triglycérides.
- Les niveaux supra-physiologiques de testostérone, souvent constatés dans les traitements à doses intramusculaires, peuvent dégrader le profil lipidique, alors qu'un mode d'administration transdermique semble plus neutre.
- Les patients avec un syndrome des ovaires polykystiques sous-jacent ou une dyslipidémie peuvent avec hormonothérapie masculinisante à base de testostérone voir la dyslipidémie s'aggraver.

Foie

- Une hausse transitoire des enzymes du foie peut apparaître avec l'hormonothérapie masculinisante à base de testostérone.
- Des dysfonctions hépatiques et des affections malignes ont été observées avec l'utilisation de méthyltestostérone, mais ce produit n'est plus disponible dans la plupart des pays et ne devrait plus être utilisé.

Symptômes psychiatriques

L'hormonothérapie masculinisante à base de testostérone ou d'autres stéroïdes androgènes peut augmenter le risque de symptômes psychotiques, maniaques et hypomaniaques chez des patients présentant un trouble psychiatrique sous-jacent incluant ces symptômes. Cet effet indésirable semble associé à de hautes doses ou des seuils supra-physiologiques (niveau sanguin) de testostérone.

Risque peu concluant ou pas de risque accru :

Les items dans cette catégorie incluent ceux pouvant présenter un risque mais dont les preuves sont si minimales qu'aucune conclusion claire ne peut être tirée.

Ostéoporose

- L'hormonothérapie masculinisante à base de testostérone maintient ou accroît la densité minérale osseuse chez les patients avant ovariectomie, au moins les trois premières années de traitement
- Il y a un risque de perte de densité osseuse après ovariectomie, surtout si l'hormonothérapie masculinisante à base de testostérone est interrompue ou insuffisante.

Risque cardio-vasculaire

- L'hormonothérapie masculinisante à base de testostérone à doses physiologiques normales ne semble pas accroître le risque d'accident cardio-vasculaire chez les patients sains.
- L'hormonothérapie masculinisante à base de testostérone peut accroître le risque d'accident cardio-vasculaire chez les patients avec des facteurs de risques sous-jacents.

Hypertension

- L'hormonothérapie masculinisante à base de testostérone peut augmenter la tension artérielle mais ne semble pas accroître le risque d'hypertension.
- Ce risque peut être accru chez des patients présentant des facteurs de risque d'hypertension comme les antécédents familiaux, la prise de poids ou le syndrome des ovaires polykystiques.

Diabète de Type 2

- L'hormonothérapie masculinisante à base de testostérone ne semble pas accroître le risque de diabète de type 2 chez les patients femme-vers-homme à moins qu'ils ne présentent d'autres facteurs de risque.
- L'hormonothérapie masculinisante à base de testostérone peut accroître le risque de diabète de type 2 chez les patients présentant des facteurs de risque d'hypertension comme les antécédents familiaux, la prise de poids ou le syndrome des ovaires polykystiques. Il n'y a aucune étude qui suggère ou montre une aggravation des risques chez les patients présentant des facteurs de risque de dyslipidémie.

Cancer du sein

- L'hormonothérapie masculinisante à base de testostérone chez les patients femme-vers-homme n'accroît pas le risque de cancer du sein.

Cancer du col de l'utérus

- L'hormonothérapie masculinisante à base de testostérone chez les patients femme-vers-homme n'accroît pas le risque de cancer cervical, bien qu'elle puisse augmenter le risque de frottis anormaux bénins, à cause des atrophies.

Cancer des ovaires

- Comme pour les personnes femmes de naissance avec des taux élevés d'androgènes, l'hormonothérapie masculinisante à base de testostérone chez les patients femme-vers-homme peut augmenter le risque de cancer des ovaires, bien que les preuves soient limitées.

Cancer de l'endomètre

- L'hormonothérapie masculinisante à base de testostérone chez les patients femme-vers-homme peut augmenter le risque de cancer de l'endomètre, bien que les preuves soient limitées.

Autres effets secondaires de l'hormonothérapie masculinisante:

Les effets suivants peuvent être considérés comme mineurs, voire désirés, en fonction du patient, mais sont clairement associés à l'hormonothérapie masculinisante.

Fertilité et fonction sexuelle

- L'hormonothérapie masculinisante à base de testostérone peut altérer la fertilité, bien que son degré et sa réversibilité restent inconnus.
- L'hormonothérapie masculinisante peut induire des changements anatomiques permanents dans le développement d'un embryon ou d'un fœtus.
- L'hormonothérapie masculinisante génère une excroissance clitoridienne et augmente la libido.

Acné, alopecie androgénique

L'acné et différents modes masculins de chute des cheveux (alopécie androgénique) sont des effets secondaires courants de l'hormonothérapie masculinisante.

ANNEXE C

RÉSUMÉ DES CRITÈRES POUR L'HORMONOTHÉRAPIE ET LES CHIRURGIES

Comme pour les précédentes versions des *SDS* les critères mis en avant pour l'hormonothérapie, et les traitements chirurgicaux de la dysphorie de genre sont des recommandations cliniques ; les professionnels de santé peuvent individuellement ou collectivement les modifier. Le point de départ des *SDS* peut ne pas être possible selon : la situation unique d'un patient au niveau anatomique, social ou psychologique ; le professionnel de santé expérimenté qui fera évoluer sa méthode de gestion des situations courantes ; un protocole de recherche ; un manque de ressources dans certaines parties du monde ; ou un besoin spécifique en terme d'approche de réduction des risques. Pour une meilleure qualité des soins et une protection légale, ces points de départ cliniques devraient être reconnus comme tel, expliqués au patient et documentés à travers les processus de consentement éclairé. Cette documentation est également valable pour compiler de nouvelles données, qui pourront être examinées rétrospectivement pour permettre aux soins, et aux *SDS*, d'évoluer.

Critères pour l'hormonothérapie féminisante ou masculinisante (une recommandation ou une évaluation psychosociale documentée dans le dossier du patient)

1. dysphorie de genre persistante et bien documentée ;
2. capacité à donner un consentement éclairé ;
3. âge de la majorité requise dans le pays (si plus jeune, se référer à la section VI) ;
4. si des problèmes mentaux ou médicaux sont présents, ils doivent être raisonnablement contrôlés.

Criteria for Breast/Chest Surgery (One Referral)

Mastectomie et création d'une poitrine masculine pour les patients femme-vers-homme (FtM) :

1. dysphorie de genre persistante et bien documentée ;
2. capacité de décider et de donner un consentement éclairé au traitement (information nécessaire à la prise de décision et consentement au traitement) ;
3. âge de la majorité requise dans le pays (si plus jeune, se référer à la section VI) ;
4. si des problèmes mentaux ou médicaux sont présents, ils doivent être raisonnablement contrôlés.

L'hormonothérapie n'est pas un prérequis.

Augmentation mammaire (implants/remodelage) chez les patients homme-vers-femme (MtF):

1. dysphorie de genre persistante et bien documentée ;
2. capacité de donner un consentement éclairé (information nécessaire à la prise de décision et consentement au traitement) ;
3. âge de la majorité requise dans le pays (si plus jeune, se référer à la section VI) ;
4. si des problèmes mentaux ou médicaux sont présents, ils doivent être raisonnablement contrôlés.

Bien que ce ne soit pas un critère explicite, il est recommandé que les patients homme-vers-femme (MtF) soient sous hormonothérapie depuis au moins 12 mois avant la chirurgie d'augmentation mammaire, le but étant de maximiser la croissance des seins pour un meilleur résultat chirurgical (esthétique).

Critères pour la chirurgie génitale (deux recommandations)

Hystérectomie et ovariectomie chez les patients femme-vers-homme (FtM) et orchidectomie pour les patients homme-vers-femme (MtF) :

1. dysphorie de genre persistante et bien documentée ;
2. capacité de donner un consentement éclairé (information nécessaire à la prise de décision et consentement au traitement) ;
3. âge de la majorité requise dans le pays ;
4. si des problèmes mentaux ou médicaux sont présents, ils doivent être raisonnablement contrôlés ;
5. une période de 12 mois continus sous hormonothérapie appropriée aux objectifs de genre du patient (à moins que le patient ne présente une contre-indication médicale ou ne puisse (capacité ou volonté) prendre d'hormones.

Le but premier de l'hormonothérapie avant la gonadectomie est d'amorcer une période de suppression réversible des oestrogènes ou de la testostérone, avant que le patient ne subisse une intervention chirurgicale irréversible.

Ces critères ne s'appliquent pas aux patients qui ont recours à ces procédures pour une indication médicale autre que la dysphorie de genre.

Métoïdioplastie ou phalloplastie chez les patients femme-vers-homme (FtM) et vaginoplastie pour les patients homme-vers-femme (MtF) :

1. dysphorie de genre persistante et bien documentée ;
2. capacité de donner un consentement éclairé (information nécessaire à la prise de décision et consentement au traitement) ;
3. âge de la majorité requise dans le pays ;
4. si des problèmes mentaux ou médicaux sont présents, ils doivent être raisonnablement contrôlés ;
5. une période de 12 mois continus sous hormonothérapie appropriée aux objectifs de genre du patient (à moins que le patient ne présente une contre-indication pour la prise d'hormones ;

6. 12 mois continus de vie dans le rôle de genre congruent avec l'identité de genre (expérience de vie réelle). Bien que ce ne soit pas un critère explicite, il est recommandé que ces patients aient également un suivi/des rendez-vous réguliers avec un professionnel de santé ou de santé mentale.

Bien que ce ne soit pas un critère explicite, il est recommandé que ces patients aient également un suivi/des rendez-vous réguliers avec un professionnel de santé ou de santé mentale.

Le critère noté ci-dessus pour certaines chirurgies génitales – 12 mois d'expérience de vie réelle dans le rôle de genre en congruence avec l'identité de genre – est basé sur un consensus clinique d'experts selon lequel cette expérience fournit l'opportunité au patient de s'ajuster socialement dans le rôle de genre désiré avant de subir une chirurgie irréversible.

ANNEXE D

PREUVES ET RÉSULTATS CLINIQUES DES APPROCHES THÉRAPEUTIQUES

La seule réelle justification pour toute nouvelle thérapie est l'analyse de ces résultats. De par sa nature controversée, ce type d'analyse est très important pour la chirurgie de réassignation sexuelle. La grande majorité des études sont jusqu'à ce jour, rétrospectives.

L'une des premières études à examiner les résultats psychosociaux post-traitement des patients transsexuels a été faite en 1979 à l'hôpital universitaire John Hopkins (USA) (J. K. Meyer & Reter, 1979). Cette étude se centrait sur la stabilité professionnelle, scolaire, maritale et de domiciliation des patients. Les résultats révélaient des changements significatifs avec le traitement. Ces changements n'étaient pas toujours vus comme positifs ; ils montraient plutôt que beaucoup d'individus ayant suivi le programme n'étaient ni mieux ni pire, au niveau des différentes variables, après participation au programme. Ces résultats ont abouti à la fermeture du programme de traitement (Abramowitz, 1986).

Par conséquent, un nombre significatif de professionnels de la santé a réclamé des standards d'éligibilité pour la chirurgie de réassignation sexuelle. Cela mena à la première version des Standards de Soins de la part de l'Association Harry Benjamin en 1979.

En 1981, Pauly a publié les résultats d'une étude rétrospective de personnes ayant subi une chirurgie de réassignation sexuelle. Les participants de cette étude présentaient de bien meilleurs résultats : parmi les 83 patients femme-vers-homme 80.7% disaient avoir un résultat satisfaisant (par exemple, sur des variables auto-évaluées comme 'l'amélioration de l'ajustement social et émotionnel'), pour 6% le résultat était insatisfaisant. Parmi les 283 patients homme-vers-femme 71.4% disaient avoir un

résultat satisfaisant pour 8.1% de résultat insatisfaisant. Cette étude incluait des patients traités avant la publication des standards de soins.

Depuis l'instauration des standards de soins, il y a eu une augmentation régulière de la satisfaction des patients et une baisse de l'insatisfaction quant aux résultats de la chirurgie de réassignation sexuelle. Les études menées après 1996 se sont centrées sur les patients qui ont été traités selon les principes des standards de soins. Les recherches de Rehman et coll. (1999) et de Krege et coll. (2001) sont typiques de ce corpus : aucun des patients de ces études ne regrettaient la chirurgie et la plupart se disaient satisfaits de l'aspect esthétique et fonctionnel de la chirurgie. Même les patients ayant développé des complications chirurgicales graves regrettent rarement d'avoir subi cette chirurgie. La qualité des résultats chirurgicaux est l'un des meilleurs prédicteurs du résultat général de la réassignation sexuelle (Lawrence, 2003). La grande majorité des études longitudinales montre un effet indéniable de la chirurgie de réassignation sexuelle sur les résultats post-opératoires comme le bien-être, l'aspect esthétique et la fonction sexuelle (De Cuypere et coll., 2005; Garaffa, Christopher, & Ralph, 2010; Klein & Gorzalka, 2009), bien que l'ampleur spécifique de ces bénéfices reste incertaine, selon les preuves actuellement disponible. Une étude (Emory, Cole, Avery, Meyer, & Meyer III, 2003) a même montré l'amélioration du revenu des patients.

Un rapport troublant (Newfield et coll., 2006) montre des scores plus bas de qualité de vie (mesuré avec la SF-36) pour les patients femme-vers-homme que pour la population générale. L'une des faiblesses de cette étude était le recrutement des 384 participants par un courriel groupé, plutôt que par une approche systématique, et le degré et le type de traitement n'était pas demandés ou renseignés. Les participants à l'étude qui prenaient de la testostérone avaient en général commencé il y a moins de cinq ans. La qualité de vie était plus élevée chez les patients ayant subi une chirurgie des seins pour une poitrine masculine que chez ceux n'y ayant pas eu recours ($p < .001$). (Une analyse similaire n'a pas été faite pour la chirurgie génitale). Dans d'autres études Kuhn et coll. (2009) ont utilisé le King's Health Questionnaire² pour évaluer la qualité de vie de 55 patients transsexuels 15 ans après la chirurgie. Les scores ont été comparés à un groupe contrôle de 20 femmes en bonne santé qui avaient subi une chirurgie abdominale ou pelvienne par le passé. Les scores de qualité de vie pour les patients transsexuels étaient identiques ou plus élevés que ceux des patients du groupe contrôle pour certaines sous-échelles (émotions, sommeil, incontinence, sévérité des symptômes et limitation de rôle, mais plus bas dans d'autres domaines (santé générale, limitation physique, and limitation personnelle).

Il reste difficile de déterminer l'efficacité des hormones dans le soulagement de la dysphorie de genre (Gorin et coll, 2012). La plupart des études évaluant l'efficacité de l'hormonothérapie féminisante ou masculinisante sur la dysphorie de genre ont été menées sur des patients ayant également subi une chirurgie de réassignation sexuelle. Les effets favorables des thérapies incluant hormonothérapie et chirurgie ont été compilés dans une revue approfondie à partir de 79 études (principalement d'observation) et plus de 2000 patients, entre 1961 et 1991 (Eldh, Berg, & Gustafsson, 1997; Gijs &

2 Questionnaire de qualité de vie.

Brewaeys, 2007; Murad et coll., 2010; Pfäfflin & Junge, 1998). Les patients opérés après 1986 vont mieux que ceux opérés avant 1986, cela reflète l'amélioration significative des complications chirurgicales (Eldh et coll., 1997). La plupart des patients rapportent une amélioration psychosociale, allant de 87% pour les patients homme-vers-femme à 97% pour les patients femme-vers-homme (Green & Fleming, 1990). Des améliorations similaires sont retrouvées dans une étude suédoise selon laquelle "presque tous les patients étaient satisfaits de leur réassignation sexuelle 5 ans après, et 86% ont été évalué longitudinalement par des cliniciens comme stables ou ayant amélioré leur fonctionnement global" (Johansson, Sundbom, Höjerback, & Bodlund, 2010). Le caractère rétrospectif et l'utilisation de critères différents pour évaluer les résultats restent les faiblesses de ces études.

Une étude prospective menée aux Pays-Bas a évalué 325 adultes et adolescents demandant consécutivement une réassignation sexuelle (Smith, Van Goozen, Kuiper, & Cohen-Kettenis, 2005). Les patients qui ont subi une thérapie de réassignation sexuelle (intervention hormonale et chirurgicale) présentent une amélioration dans la moyenne des score de dysphorie de genre, mesurés avec l'échelle de dysphorie de genre d'Utrecht. Les scores d'insatisfaction corporelle et de fonctionnement psychologique sont également améliorés dans la plupart des catégories. Moins de 2% des patients expriment des regrets après cette thérapie. Il s'agit de la plus grande étude prospective à confirmer les résultats des études rétrospectives sur la combinaison hormonothérapie et chirurgie comme réduisant la dysphorie de genre et améliorant les autres aspects du fonctionnement psycho-social. Des recherches plus approfondies sont nécessaires sur les effets de l'hormonothérapie sans chirurgie et sans le but d'une masculinisation ou féminisation physique maximale.

Globalement, les études rapportent une amélioration constante des résultats tandis que le champ progresse. L'analyse des résultats s'est principalement centrée sur les résultats de la chirurgie de réassignation sexuelle. La pratique courante recouvre un large éventail d'identités, de rôles et d'adaptations physiques qui pourraient donner lieu à des recherches longitudinales ou des analyses de résultats additionnelles (Institute of Medicine, 2011).

ANNEXE E

PROCESSUS DE DÉVELOPPEMENT DES STANDARDS DE SOINS VERSION 7

Le processus de développement des standards de soin Version 7 a commencé avec la création d'un groupe de travail en 2006. Les membres ont été invités à examiner chaque section de la version 6. Pour chaque section, ils devaient faire une revue de littérature pertinente, identifier les besoins et manques dans la recherche, et recommander de potentielles révisions des standards de soin au vu de ces nouvelles preuves. Les articles demandés ont été soumis par les auteurs suivants : Aaron Devor, Walter Bockting, George Brown, Michael Brownstein, Peggy Cohen-Kettenis, Griet DeCuypere, Petra De Sutter,

Jamie Feldman, Lin Fraser, Arlene Istar Lev, Stephen Levine, Walter Meyer, Heino Meyer-Bahlburg, Stan Monstrey, Loren Schechter, Mick van Trotsenburg, Sam Winter, and Ken Zucker. Certains de ces auteurs ont choisi de faire appel à des co-auteurs pour les aider dans leur tâche.

Les versions initiales de ces papiers ont été rendues le 1^{er} juin 2007. La plupart d'entre eux étaient achevés en Septembre 2007, les autres le furent pour la fin 2007. Ces manuscrits ont été soumis au Journal International de la Transgenralité (International Journal of Transgenderism - IJT). Chacun a suivi le processus habituel de revue par les pairs. Les articles finaux ont été publiés dans le Volume 11 (1-4) en 2009, les rendant disponible et à discuter.

Tous ces articles ont été publiés et le comité de révision des standards de soin a été créé par le conseil d'administration de la WPATH en 2010. Le comité de révision a d'abord été chargé de débattre et discuter des articles de l'IJT via un site de Google. Un sous-groupe du comité de révision a été désigné par le conseil d'administration de la WPATH comme comité de rédaction. Ce groupe devait préparer la première version des standards de soin version 7 and de continuer à travailler sur les révisions par respect pour le comité de révision élargi. Le conseil a également désigné un groupe consultatif international de personnes transsexuelles, transgenres et de genre non-conforme, pour leur donner accès à la révision.

Un rédacteur technique a été engagé pour (1) revoir toutes les recommandations pour la révision - à la fois les recommandations des articles dans le IJT et les recommandations additionnelles émanant de la discussion en ligne et (2) élaborer une enquête pour recueillir de nouvelles contributions sur ces potentielles révisions. À partir des résultats de l'enquête, le comité de rédaction était à même de discerner chez les experts les points de consensus et les domaines où des discussions supplémentaires s'imposaient. Le rédacteur technique (3) a ensuite rédigé une première version brute des SDS, Version 7 comme base de travail à destination du comité de rédaction.

Le comité de rédaction s'est rencontré les 4 et 5 mars 2011, dans une réunion de consultation d'experts en personne. Ils ont revu les changements recommandés, ont débattu et trouvé un consensus sur divers sujets prêtant à controverse. Les décisions ont été basées sur les meilleurs consensus d'experts et les données actuelles de la science. Ces décisions ont été intégrées à la première version, et des sections additionnelles ont été écrites par le comité de rédaction avec l'aide du rédacteur technique.

Le brouillon rédigé à partir de la réunion de consultation a ensuite circulé dans le comité de rédaction puis a été finalisé avec l'aide du rédacteur technique. Une fois ce brouillon finalisé, il a été envoyé au comité de révision et au groupe consultatif international. Les discussions ont eu lieu sur le site Google et une conférence téléphonique a eu lieu pour clore les débats. Les retours de ces groupes ont été pris en considération par le comité de rédaction, qui a ensuite fait plusieurs révisions. Deux versions additionnelles ont été créées et postées sur le site Google pour une relecture par le comité de révision et le groupe consultatif international. Une fois ces trois étapes de relecture et de révision passées, le document final a été présenté au conseil d'administration pour approbation. Le conseil d'administration a approuvé cette version le 14 septembre 2011.

Financement

Le processus de révision des standards de soins a été rendu possible par une subvention généreuse de la Fondation Tawani et par un donateur anonyme. Ces fonds ont permis:

1. les services d'un rédacteur technique ;
2. le processus de sollicitation internationale sur les changements proposés par les professionnels de l'identité de genre et la communauté transgenre ;
3. les réunions de travail du comité de rédaction ;
4. le processus de collecte des retours et de consensus d'expert final de la part des professionnels de l'identité de genre, de la communauté transgenre, du comité de révision, et du conseil d'administration de la WPATH ;
5. les coûts d'impression et de distribution des Standards de soins version 7, ainsi que la version téléchargeable sur le site de la WPATH ;
6. les coûts d'impression et de distribution des Standards de soins version 7, ainsi que la version téléchargeable sur le site de la WPATH.

Membres du comité de révision des *Standards de Soin*[†]

Eli Coleman, PhD (États-Unis)* - Président du Comité	Arlene Istar Lev, LCSW-R (États-Unis)
Richard Adler, PhD (États-Unis)	Gal Mayer, MD (États-Unis)
Walter Bockting, PhD (États-Unis)*	Walter Meyer, MD (États-Unis)*
Marsha Botzer, MA (États-Unis)*	Heino Meyer-Bahlburg, Dr. rer.nat. (États-Unis)
George Brown, MD (États-Unis)	Stan Monstrey, MD, PhD (Belgique)*
Peggy Cohen-Kettenis, PhD (Pays-Bas)*	Blaine Paxton Hall, MHS-CL, PA-C (États-Unis)
Griet DeCuypere, MD (Belgique)*	Friedmann Pfäfflin, MD, PhD (Allemagne)
Aaron Devor, PhD (Canada)	Katherine Rachlin, PhD (États-Unis)
Randall Ehrbar, PsyD (États-Unis)	Bean Robinson, PhD (États-Unis)
Randi Ettner, PhD (États-Unis)	Loren Schechter, MD (États-Unis)
Evan Eyler, MD (États-Unis)	Vin Tangpricha, MD, PhD (États-Unis)
Jamie Feldman, MD, PhD (États-Unis)*	Mick van Trotsenburg, MD (Pays-Bas)
Lin Fraser, EdD (États-Unis)*	Anne Vitale, PhD (États-Unis)
Rob Garofalo, MD, MPH (États-Unis)	Sam Winter, PhD (Hong Kong)
Jamison Green, PhD, MFA (États-Unis)*	Stephen Whittle, OBE (Royaume Uni)
Dan Karasic, MD (États-Unis)	Kevan Wylie, MB, MD (Royaume Uni)
Gail Knudson, MD (Canada)*	Ken Zucker, PhD (Canada)

Comité de sélection du groupe consultatif international

Walter Bockting, PhD (États-Unis)	Evan Eyler, MD (États-Unis)
Marsha Botzer, MA (États-Unis)	Jamison Green, PhD, MFA (États-Unis)
Aaron Devor, PhD (Canada)	Blaine Paxton Hall, MHS-CL, PA-C (États-Unis)
Randall Ehrbar, PsyD (États-Unis)	

Groupe consultatif international

Tamara Adrian, LGBT Rights Venezuela (Venezuela)
 Craig Andrews, FtM Australia (Australie)
 Christine Burns, MBE, Plain Sense Ltd (Royaume Uni)

* Membre du comité de rédaction.

† Tous les membres du comité de révision des *standards de soins* version 7 ont donné de leur temps pour travailler sur cette révision.

Naomi Fontanos, Society for Transsexual Women's Rights in the Phillipines (Philippines)
Tone Marie Hansen, Harry Benjamin Resource Center (Norvège)
Rupert Raj, Sherbourne Health Center (Canada)
Masae Torai, FtM Japan (Japon)
Kelley Winters, GID Reform Advocates (États-Unis)

Rédacteur technique

Anne Marie Weber-Main, PhD (États-Unis)

Assistance éditoriale

Heidi Fall (États-Unis)

Traduction Française

Mireille Bonierbale, (MD), SoFECT (Société Française pour l'Etude et la Prise En Charge du Transsexualisme) (France)
Marie Chollier, Psychologue Clinicienne (France)
Petra De Sutter, MD PhD (Belgique)

