

out trans

association féministe d'autosupport trans

HORMONES ET PARCOURS TRANS





www.outrants.org

**Reste informé-e,
abonne-toi à la newsletter
sur la Une du site !**

Facebook : [association.outrants](https://www.facebook.com/association.outrants)

Twitter : [@assoOUTrans](https://twitter.com/assoOUTrans)

Instagram : [association.outrants](https://www.instagram.com/association.outrants)

HORMONES ET PARCOURS TRANS

INTRODUCTION.....	4
QU'EST-CE QU'UNE TRANSITION?	6
TRANSITIONS MÉDICALES	8
TRAITEMENTS HORMONAUX.....	14
TRAITEMENTS HORMONAUX MASCULINISANTS	18
TRAITEMENTS HORMONAUX FÉMINISANTS	35
TRAITEMENTS HORMONAUX CHEZ LES MINEUR·E·S.....	50
SANTÉ SEXUELLE ET CONTRACEPTION	54
PARENTALITÉ TRANS	58
CHANGEMENT D'ÉTAT CIVIL	63
FOIRE AUX QUESTIONS	68
LEXIQUE	71
L'ASSOCIATION	82

2^E ÉDITION - RÉVISION JUIN 2024

1^{re} édition : 2017

© OUTrans - Rédaction : bénévoles OUTrans - Relecture Dre Sophie Le Goff

Maquette : Anaïs - Illustrations : Aloïs Desoubries-Binet

Remarques et commentaires : contact@outrans.org

INTRODUCTION

Cette brochure répond à la nécessité de fournir aux personnes trans et/ou non-binaires vivant en France toutes les informations nécessaires pour **prendre des décisions éclairées** sur leurs parcours de transition, quelles que soient ces décisions. Elle inclut ci-après dans le terme « trans » toute personne désireuse d'entamer une transition (que celle-ci soit sociale, et/ou médicale, et/ou légale). Cette brochure est aussi utile pour des personnes intersexes qui peuvent être amenées à partager des parcours communs avec les personnes trans.

Il n'existe pas de transition parfaite ni de parcours tout indiqué. **Chacun-e dispose librement de son corps et de son identité**, et, de fait, du droit de les façonner comme iel l'entend, c'est-à-dire avec ou sans modifications corporelles.

Au-delà des informations pratiques et concrètes qu'elle entend présenter, cette brochure est aussi l'occasion pour OUTrans de **replacer au centre l'utilisateur de soins comme acteur-rice principal-e dans les décisions prises pour sa vie** et sa santé, contrairement à certaines dérives médicales. On peut évoquer à cet effet la notion d'expertise profane: il s'agit d'une parole associative fondée sur l'expérience et l'affirmation de notre capacité et légitimité à être intégré-e-s dans la production de la connaissance scientifique.



C'est aussi l'occasion de **questionner la psychiatisation et la pathologisation de nos transitions**, qui fragilisent les personnes trans et les mettent davantage en danger qu'elles ne contribuent à les protéger. Il nous est toujours aussi insupportable et intolérable que les différentes étapes des transitions des personnes trans restent trop souvent soumises au bon vouloir de psychiatres, mal informé-e-s, voire maltraitant-e-s.

C'est d'ailleurs l'une des raisons pour lesquelles OUTrans continue de revendiquer la dépathologisation et la dépsychiatisation des transidentités. Malgré leur reclassification dans une catégorie non pathologisante de la Classification internationale des maladies (CIM 11), elles restent dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM V) assorties d'une nécessité de diagnostic de « dysphorie de genre ».

En outre, cette brochure a vocation à **être un support de qualité pour les professionnel-le-s de santé** qui souhaitent nous accompagner dans nos parcours de transition, mais qui peuvent manquer d'informations adaptées et d'expériences de terrain.

Elle est enfin à mettre en lien avec nos autres brochures disponibles sur notre site (outrans.org) :

- **Dicklit et T Claques**, sur la santé sexuelle à destination des personnes transmasculines et leurs amants

- **OPÉS-TRANS**, sur les modifications corporelles



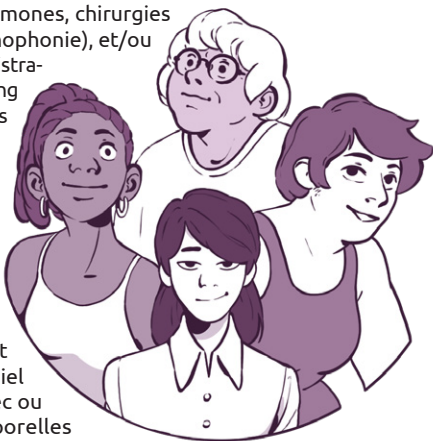
QU'EST-CE QU'UNE TRANSITION ?

Un parcours de transition regroupe **toutes les démarches qu'une personne trans peut effectuer pour s'approcher de son point de confort** (psychologique, comportemental, corporel, etc.) qui correspondra à un sentiment de bien-être optimal par rapport à son identité de genre.

Il n'existe pas de parcours type plus légitime qu'un autre pour y parvenir. Chaque parcours peut comprendre des éléments médicaux (hormones, chirurgies diverses, épilations, orthophonie), et/ou légaux (démarches administratives), et/ou sociaux (coming out, vêtements, habitudes de vie, musculation...). Il n'y a ni obligation, ni ordre de priorité.

Une transition ne nécessite pas forcément de parcours médicalisé. Chacun-e dispose librement de son corps et de son identité. Chacun-e a de fait le droit de les façonner comme iel l'entend, c'est-à-dire avec ou sans modifications corporelles (ex : prise de TH ou chirurgie-s). Ainsi,

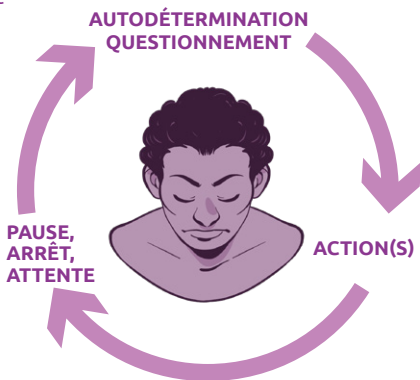
les personnes qui souhaitent avoir recours à des actes médicaux devraient pouvoir choisir librement lesquels, dans l'ordre qu'elles souhaitent, et consulter un-e psychiatre ou psychologue pour les accompagner seulement si elles le désirent.



Il n'y a pas de limite de durée à un parcours de transition. Chacun·e est libre d'arrêter, de reprendre, de revenir en arrière, d'avancer... bref, de faire son parcours à son rythme. Le point de confort peut aussi évoluer au fil du temps.

Une transition n'est pas linéaire. Elle est plus justement une succession en boucle de trois phases :

- **autodétermination et questionnement** : suis-je un homme, une femme, non-binaire ? ce que j'ai besoin de faire, ce que je peux faire, comment préserver ma sécurité...
- **action(s)** : changement d'état-civil, modifications corporelles, prise d'hormones, changement au travail ou de travail, coming out...
- **pause, attente, arrêt** : volontaire pour s'installer suite à une étape, subie (délais administratifs, cicatrisation, effets des hormones...)



Les phases d'arrêt et de questionnement font autant partie de la transition que les phases d'action. Arrêter ou revenir en arrière n'est pas un échec, simplement une étape pour trouver son point de confort.

Prendre contact avec une association trans permet d'accéder à des informations et des témoignages précieux pour s'orienter dans son parcours.

TRANSITIONS MÉDICALES

Une transition médicale peut inclure (**ou non**) de la prise d'hormone, des opérations diverses ou encore des soins annexes comme de l'épilation définitive, de l'orthophonie ou un suivi psy si souhaité.

Les diverses opérations sont détaillées dans la brochure OPÉ-TRANS éditée par l'association.

La prise en charge par le système de santé des personnes trans ne doit pas dépendre du diagnostic d'une quelconque pathologie, mais relève de la recherche de « l'état de complet bien-être » ne serait-ce que social, conformément au préambule de 1946 de la constitution de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) qui définit la santé comme étant « **un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité** ». Donc, la souffrance n'est pas un pré-requis pour une prise en charge médicale de la transidentité. **On peut être bien et, après une transition, être simplement mieux.** Il ne faut pas pousser les gens à la souffrance pour les prendre en charge.

Il n'existe pas d'équipes « officielles » spécialisées sur les transidentités. **Chacun-e est libre de faire son parcours**, y compris auprès des professionnel·les de santé libéraux·ales.

Des équipes hospitalières autoproclamées spécialisées sur les transidentités existent. Elles n'ont rien d'officiel et certaines d'entre elles n'ont toujours pas rompu avec des pratiques maltraitantes qui ne conçoivent qu'un parcours unique, constitué d'un nombre d'étapes à réaliser dans un ordre précis (psychiatre, expériences de vie réelle, hormones, chirurgies), avec un passage d'une étape à l'autre décidée en réunion de concertation pluridisciplinaire, en l'absence des personnes concernées.

EST-CE QUE JE DOIS DEMANDER L'AUTORISATION À UN·E PSYCHIATRE ?

Il n'existe aucune obligation légale de suivi psychiatrique conditionnant la prise d'un traitement hormonal ou un acte médical dans le cadre de sa transition*.

Malheureusement, dans la pratique, un *diagnostic* est souvent exigé souvent sous couvert d'écarter un *diagnostic différentiel* psychiatrique *expliquant* (sic) l'expression d'une transidentité. Ce processus prétend *garantir* aux médecins, en amont de toute prescription de traitement, que la demande de la personne ne provient pas d'une autre cause, notamment un trouble psychique, et leur permet de diminuer leur responsabilité personnelle. Le « feu vert » est alors donné sous la forme d'une attestation ou d'un certificat. Bien souvent, cette démarche se transforme en diagnostic d'une dysphorie de genre, terme psychiatrisant mettant en avant une nécessaire souffrance pour accepter la prise en charge de la transidentité.

Cette exigence est régulièrement dénoncée par les associations et par le Défenseur des Droits. Elle va aussi à l'encontre de la dépsychiatisation des transidentités entérinée par l'Organisation Mondiale de la Santé en 2019.

Heureusement, certain·e·s praticien·ne·s n'exigent pas de certificat ou d'attestation pour prescrire un traitement hormonal : **il est donc possible d'entamer la prise**

d'un traitement sans l'autorisation d'un·e psychiatre.

Ces praticien·ne·s sont probablement connu·e·s des associations trans locales, qu'il est utile de contacter pour obtenir les coordonnées recherchées !



* Seules les opérations génitales (métaïodoplastie, phalloplastie, vulvoplastie, vaginoplastie) nécessitent la preuve de 2 années de suivi par une équipe pluridisciplinaire incluant un·e psychiatre pour être prises en charge.

PRISE EN CHARGE

AFFECTION DE LONGUE DURÉE (ALD)

Les transitions médicales peuvent être prises en charge à 100 % de la part remboursée par la sécu grâce au protocole ALD (Affection de Longue Durée). Il s'agit d'un dispositif exonérant, visant à permettre la prise en charge de « pathologies » dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessitent un traitement prolongé et/ou particulièrement coûteux, et pour lesquelles le ticket modérateur est supprimé (prise en charge à 100 % sur la base du tarif de la Sécurité sociale).

L'ALD ne concerne donc que le remboursement pris en charge par la Sécurité sociale. Les dépassements d'honoraires appliqués par les praticien-ne-s (comme les médecins spécialistes ou les chirurgien-ne-s) ne sont pas pris en charge par l'ALD.

Toute personne concernée peut effectuer une demande d'admission en ALD par le biais de son **médecin traitant**. Il est important de lister dans le détail tous les actes qui pourraient constituer une transition, même si on ne pense pas les faire afin de ne pas avoir à modifier sa demande.

L'ALD est généralement attribuée **pour 3 à 5 ans**. Elle peut être renouvelée indéfiniment.

On constate à l'échelle nationale une disparité de traitement de la part des CPAM, qui n'imposent pas toutes les mêmes conditions pour délivrer leur accord et excluent parfois arbitrairement certains éléments, notamment le traitement hormonal (TH), de l'exonération du ticket modérateur. **Ce type de décision entraîne une inégalité territoriale et constitue un abus.** Quoi qu'il en soit, le contrôle médical de la CPAM de tout-e bénéficiaire d'une ALD conserve la **trace explicite de son suivi pour transidentité**.

En l'absence d'ALD, la part non remboursée par l'assurance maladie est prise en charge par toute mutuelle, y compris minimale. Contrairement aux idées reçues, **il n'est donc pas indispensable de faire une demande d'ALD si on est couvert-e par une mutuelle** ou qu'on bénéficie de la Complémentaire santé solidaire (C2S, anciennement CMU-C).



Toutefois, certains actes sont difficilement pris en charge en dehors d'une ALD. Il s'agit principalement de l'épilation définitive. De même, avoir une ALD permet d'avoir des **autorisations d'absence** pour les rendez-vous médicaux liés à sa transidentité, c'est-à-dire qu'il est possible de les prendre sur ses heures de travail sans être obligé-e de déposer un congé (article L1226-5 du code du travail).

Mais **avoir une ALD peut avoir des conséquences négatives** dans la vie quotidienne comme des difficultés pour avoir un prêt par exemple. De même, l'ALD étant indiquée sur la carte vitale, toutes les professionnel·les de santé peuvent voir qu'on en bénéficie, ce qui peut être vécu comme un outing permanent et ouvrir la porte à des questions indiscretes pour des soins sans rapport avec sa transition.

Aussi, l'ALD est conseillée pour une transition féminisante, pas forcément pour une transition masculinisante d'autant que l'ALD n'a pas d'effet sur la prise en charge des opérations.

L'ALD HORS LISTE ET LA PRÉTENDUE DÉPSYCHIATRISATION DES TRANSIDENTITÉS

Le décret n° 2010-125 du 8 février 2010 (JO du 10 février 2010) a modifié les conditions de prise en charge du « transsexualisme », qui s'effectuait auparavant sur la base de la catégorie 23 (« affections psychiatriques de longue durée »). Les demandes d'admission en ALD pour transidentité sont à présent examinées au titre de l'ALD 31, dite « hors liste ». Il s'agit de la « **dépsychiatisation** » adoptée en 2010. Malheureusement, et **de façon illégale, certaines CPAM demandent encore des attestations psychiatriques** pour accepter l'ALD. En cas de décision injustifiée d'une CPAM, le Défenseur des droits peut être saisi afin d'arbitrer la situation et de faire valoir tes droits, et les associations peuvent t'accompagner dans tes démarches de contestation.

L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ (AMM)

Pour être commercialisé en France, tout médicament doit faire l'objet d'une autorisation de mise sur le marché (AMM). À l'échelle nationale, l'AMM est délivrée par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM). Ce sont les laboratoires qui procèdent au développement d'un produit qui constituent



le dossier de demande d'AMM pour la commercialisation de ce produit à des fins thérapeutiques données.

Lorsqu'une population-cible potentielle (en l'occurrence, les personnes trans) ne représente pas un marché suffisamment important, cette procédure coûteuse n'intéresse commercialement pas les firmes pharmaceutiques. En conséquence, avant un éventuel changement d'état civil, **l'ensemble des produits prescrits dans le cadre d'un TH à des personnes trans le sont « hors AMM »**, c'est-à-dire en non-conformité avec les conditions du produit telles que mentionnées dans l'AMM.

La prescription hors AMM relève de la liberté de prescription des médecins. Dans la pratique, de nombreux/nombreuses praticien·ne·s ne précisent pas cette mention sur les ordonnances. La prise en charge de ces prescriptions hors AMM par l'assurance maladie est aujourd'hui théoriquement exclue (articles L.162-17, R163-8 et suivants du code de la Sécurité sociale). Mais dans les faits, le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) sur « l'évaluation des conditions de prise en charge médicale et sociale des personnes trans et du transsexualisme » relève qu'il n'y a « **pas actuellement de grandes difficultés de remboursement de l'hormonothérapie prescrite aux personnes trans** » (p. 43). Ainsi, dans la plupart des cas, le remboursement des TH est assuré.

Les pratiques varient selon les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM), la confrontation des prescriptions au genre indiqué par le numéro de Sécurité sociale n'étant pas systématiquement effectuée (ex : testostérone pour un numéro de Sécurité sociale commençant par 2). Après un changement d'état civil, ce problème peut ne plus se poser, dès lors qu'on rentre dans le cadre de l'AMM (ex : traitement pour hypogonadisme masculin prescrit à un homme trans).

L'article L.162-17-2-1 du code de la Sécurité sociale (CSS) permet une prise en charge financière dérogatoire, hors AMM ou pour des produits habituellement non remboursables, dans le cadre d'une Affection de longue durée (ALD).

TRAITEMENTS HORMONAUX



La prise d'un traitement hormonal (TH) n'est pas une décision anodine et n'est pas sans conséquence pour le corps. Un suivi médical est

important ; il permet notamment de déceler d'éventuelles contre-indications et de prescrire au fil du temps un traitement adapté à la physiologie et à la santé de chacun·e.

Avant d'entamer un TH, différents bilans sont réalisés pour s'assurer de l'absence de contre-indications, ou, le cas échéant, pour permettre au médecin d'ajuster le traitement ou les dosages prescrits. Dans la plupart des cas, un bilan sanguin et hormonal est suffisant pour entamer un TH.

Certain·es professionnel·les de santé demandent abusivement des examens complémentaires. Il convient de s'assurer qu'ils sont bien **strictement nécessaires**. Par exemple, en cas d'antécédents familiaux ou personnels rares, peuvent s'ajouter une mammographie, une échographie abdomino-pelvienne et/ou testiculaire, et parfois des tests cardiaques (électrocardiogramme, épreuve d'effort, etc.) ou un examen des chromosomes (caryotype). Le caryotype est assez peu souvent demandé, notamment car son prix est très élevé, et qu'il est peu nécessaire en-dehors d'un questionnement sur une possible intersexuation.

Si certains traitements sont plus fréquemment prescrits que d'autres, **il n'existe pas de traitement universel systématiquement indiqué**. Ce n'est qu'à l'issue d'un dialogue avec son

médecin prescripteur que chacun·e peut donner son consentement éclairé au TH adapté à son cas.

Une fois un TH entamé, le suivi consiste généralement à effectuer des bilans réguliers, qui peuvent être prescrits indifféremment par un·e généraliste ou un·e endocrinologue. Il n'est donc en rien nécessaire d'être exclusivement suivi·e dans son parcours médical par un·e « spécialiste », d'autant plus qu'il n'existe pas en France de médecins détenant un monopole officiel ou une formation spécifique dans la prise en charge des personnes trans.

En revanche, la prescription initiale (primo-prescription) de certains produits masculinisants – essentiellement la testostérone qui peut notamment être utilisée à des fins de dopage – est légalement réservée aux spécialistes en endocrinologie, en urologie, en andrologie, en fertilité ou en gynécologie. Si le renouvellement de ces prescriptions n'est pas restreint, tout·e généraliste effectuant un tel renouvellement s'engage toutefois auprès de la pharmacie à avoir vu l'ordonnance originale d'un·e spécialiste. Une pharmacie peut ainsi en principe refuser de délivrer un produit prescrit par un·e généraliste, en cas d'incapacité à présenter l'ordonnance originale.

Un conseil pour les personnes en début de TH : il est plus prudent de faire une photocopie et/ou un scan de son ordonnance initiale de traitement hormonal, afin de conserver une trace de la première prescription. Cela peut-être utile si on change de médecin, d'endocrinologue ou de pharmacie (dans le cas d'un déménagement, ou si le suivi ne convient pas/plus).

EST-CE QUE JE PEUX CHOISIR LES EFFETS DES HORMONES ?

Il est impossible de choisir les effets des hormones, qui dépendent avant tout des caractéristiques biologiques et génétiques de chacun·e. En revanche, il est possible d'adapter le dosage et/ou la posologie de son TH pour avoir des effets plus graduels, par exemple.

QUE FAIRE SI JE NE SUIS PAS D'ACCORD AVEC LA PRESCRIPTION QUI M'A ÉTÉ FAITE ?

Il peut arriver que certain·e·s médecins soient moins ouvert·e·s à adapter leurs prescriptions car elles/ils ont « l'habitude » de faire d'une façon et pas d'une autre : n'oublie pas que si cela ne te convient pas, **tu as tout à fait le droit de changer de médecin.**

« Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. (...) »

« Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. (...) »

« Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. »

(Article L1111-4 du code de la santé publique)

Certaines pathologies peuvent empêcher la prise d'un traitement hormonal : dans ce cas, il est important de ne pas mettre sa santé en danger. Mais il faut s'assurer que **ces contre-indications sont bien réelles**, et que ton médecin ne t'induit pas en erreur par réticence à prescrire un TH.

Comme tu peux le voir dans cette brochure, il existe peu de contre-indications à la prise d'un TH. Néanmoins, si ton médecin pense que ton état de santé est incompatible avec la prise d'un TH, le plus simple est d'aller voir un·e autre médecin conseillé·e par les associations trans afin d'avoir un second (voire un troisième) avis médical.



EST-CE QUE JE PEUX ACHETER DES HORMONES SUR INTERNET ?

En début de transition, surtout si tu rencontres des difficultés à trouver des praticien-ne-s acceptant de te suivre et de te prescrire un traitement hormonal, il peut être tentant d'acheter des médicaments sur internet : **cette démarche peut être lourde de conséquences et n'est pas recommandée.**

Comme pour tous les médicaments acheteables en ligne, tu ne peux avoir aucune certitude sur leur provenance ni sur leur composition : leur utilisation peut alors présenter des **risques significatifs pour ta santé.**

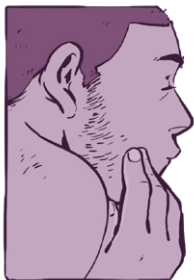
D'autre part, sans suivi médical, les effets de ces produits peuvent être très néfastes, car seuls des bilans réguliers permettent de savoir si le TH mis en place est adapté.

Les associations trans ont très souvent des contacts privilégiés avec des médecins trans-friendly : n'hésite pas à les contacter pour leur demander des conseils et des coordonnées plutôt que de recourir à l'achat de produits en ligne, qui pourraient compromettre ta santé et/ou la prise d'un traitement hormonal à l'avenir.



DOIS-JE PRENDRE DES HORMONES À VIE ?

Le corps a besoin d'hormones sexuelles pour fonctionner correctement. Si l'on est carencé-e, de nombreux effets secondaires peuvent apparaître, tels qu'une fatigue excessive, un état dépressif, de l'ostéoporose ou une pseudo-ménopause. Tant que ton corps peut produire des hormones (grâce aux ovaires ou aux testicules), tu peux arrêter ton TH, sinon **il faut le prendre à vie** pour éviter ces effets indésirables.



TRAITEMENTS HORMONAUX MASCULINISANTS

LA TESTOSTÉRONE ET SES DIFFÉRENTES FORMES

Dans la plupart des cas, un TH dans le cadre du parcours d'une personne transmasculine consiste à **prendre de la testostérone** pour accéder à un profil hormonal « mâle ».

LES EFFETS ATTENDUS

La testostérone, quelle que soit sa forme, aide à **développer les caractères sexuels secondaires associés au sexe mâle**. Les effets les plus rapides sont en général la **mue de la voix**, l'agrandissement du clitoris (**dicklit**) et le développement de la **pilosité** faciale et corporelle, qui évolue pendant plusieurs années. La peau change aussi de texture et peut devenir plus grasse. On rencontre parfois des problèmes d'**acné**.

Avec le temps, une redistribution des **graisses** s'effectue. Typiquement, la graisse est moins stockée sur les cuisses et les fesses, mais plutôt au niveau de la ceinture abdominale. Dans le même temps, la **musculature** se développe et la prise de muscle est facilitée par la testostérone.

La testostérone augmente souvent la **libido**, qui peut se stabiliser après un certain temps de TH. Contrairement à certaines croyances, **la testostérone ne rend pas plus agressif**. Elle peut

cependant donner une sensation d'énergie accrue et réduire les besoins en sommeil.

PRINCIPAUX EFFETS MASCULINISANTS

Les effets réversibles

Effet	Début d'apparition	Effet maximum
Augmentation de la libido	1-3 mois	n/a
Modification des odeurs corporelles	1-3 mois	n/a
Peau grasse / acné	1-6 mois	1-2 ans
Arrêt des menstruations	2-6 mois	n/a
Redistribution de la masse grasseuse	3-6 mois	2-5 ans
Développement du système pileux	3-6 mois	3-5 ans
Atrophie vaginale	3-6 mois	1-2 ans
Augmentation de la masse musculaire	6-12 mois	2-5 ans

Les effets durables

Ces effets demeurent après l'arrêt de la testostérone, mais ils peuvent être compensés par de l'orthophonie, des épilations définitives ou des implants par exemple.

Effet	Début d'apparition	Effet maximum
Accroissement clitoridien	3-6 mois	1-2 ans
Pilosité faciale	3-6 mois	1-4 ans
Mue de la voix	3-12 mois	1-2 ans
Calvitie	>12 mois	Variable

LES EFFETS INDÉSIRABLES

On dispose actuellement d'une cinquantaine d'années de regard sur la prescription de TH dans le cadre de parcours trans. Sur cette période, différentes études (menées principalement aux États-Unis) montrent que **la prise d'un traitement hormonal masculinisateur n'est pas à l'origine de pathologies spécifiques**. Elle ne multiplie pas les risques, mais les ramène la plupart du temps aux risques propres aux hommes cisgenres.

Ce constat a été corroboré par une étude néerlandaise menée sur 876 hommes trans entre 1975 et 2006 par le département d'endocrinologie de l'université de médecine d'Amsterdam*.

De façon générale, l'augmentation du taux de testostérone induit une augmentation de la **tension artérielle** (et par conséquent, de la température corporelle), ainsi que des **risques cardiovasculaires**. Il faut donc rester vigilant-e et limiter autant que possible les autres facteurs de risque (poids, tabac, alcool, etc.). L'augmentation du métabolisme, et donc souvent de l'appétit, peut entraîner une **prise de poids** si le niveau d'activité n'est pas adapté et éventuellement accompagné de nouvelles habitudes alimentaires.

Les **cheveux** sont aussi affectés. Très souvent, ils deviennent plus fins et une **calvitie** peut apparaître selon l'héritage génétique de chaque personne.

LES CONTRE-INDICATIONS

Il existe **peu de contre-indications** aux traitements hormonaux masculinisants.

Certaines sont toutefois **absolues** : cancer hormono-dépendant, hypercalcémie associée à un cancer, antécédents personnels de tumeur hépatique, insuffisance cardiaque hépatique ou rénale sévère.

* Gooren, L., Giltay, E. and Bunck, M. (2008). *Long-Term Treatment of Transsexuals with Cross-Sex Hormones: Extensive Personal Experience. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 93(1), pp.19-25.

En cas de polyglobulie, de risque thrombotique élevé ou d'hématocrite supérieur à 55 %, une surveillance particulière devra être faite.

Des allergies aux produits injectés (huile de ricin...) peuvent amener à chercher un traitement alternatif. Les problèmes de coagulation peuvent contre-indiquer une injection intra-musculaire.

LE BILAN SANGUIN INITIAL

Avant de commencer tout traitement, un bilan sanguin initial doit être effectué. Dans l'idéal, il devra comporter :

- Testostérone, Oestrogène
- NFS (numération formule sanguine : globules rouges, globules blancs, plaquettes)
- LH, FSH (hormones hypophysaires secrétées dans le cerveau qui agissent sur les gonades pour réguler la testostérone, l'oestrogène et la progestérone)
- TSH (bilan thyroïdien)
- ASAT, ALAT, gamma-GT (bilan hépatique : enzymes du foie)
- Créatinine (évalue la fonction rénale)
- Glycémie à jeun
- Bilan lipidique
- Béta-hCG (bilan de grossesse en cas de doute)



LES DIFFÉRENTS TYPES DE TRAITEMENT

La testostérone peut être prise sous différentes formes. Ces traitements ont globalement peu de contre-indications, mais il faut être prudent·e en cas de maladie hépatique, cardiaque ou rénale.

INJECTION D'ANDROTARDYL 250 MG/ML

C'est le traitement le plus courant en France. Il s'administre sous la forme d'une injection intra-musculaire (qui peut être effectuée seul·e ou par un·e infirmier·e), à une **fréquence habituelle de 10 à 21 jours**. Le produit se compose de 250 mg d'énanthate de testostérone, mélangés à 1 mL d'huile de ricin (attention en cas d'allergie). Ces injections peuvent aussi se faire en sous cutané avec un risque d'absorption plus rapide et donc de fréquence plus rapprochées.

Chaque personne peut adapter le rythme et le volume de l'injection pour trouver le dosage qui lui convient le mieux, et éviter les effets liés aux variations du taux de testostérone dans le sang (le produit ayant une durée de vie dans l'organisme de 3 semaines environ).

L'un des avantages de ce traitement est qu'il peut être **pris en charge à 65 % par la Sécurité sociale** (voire à 100 % avec une mutuelle ou une **ALD**).

INJECTION INTRAMUSCULAIRE DE NEBIDO OU TESTOSTERONE BESINS

Ce traitement est à base d'undécanoate de testostérone, qui a une durée de vie dans l'organisme plus longue que l'énanthate de testostérone. Cela permet d'**espacer les injections de 10 à 14 semaines** en moyenne et d'éviter les variations du taux de testostérone.

Le Nébido est beaucoup plus cher (entre 100 € et 180 €) que l'androtardyl et n'est pas remboursé par la Sécurité sociale même s'il n'est délivré que sous ordonnance. Le Laboratoire Besins a créé un générique du Nébido beaucoup moins cher et **pris en charge par la sécurité sociale**.

GEL ANDROGEL OU FORTIGEL

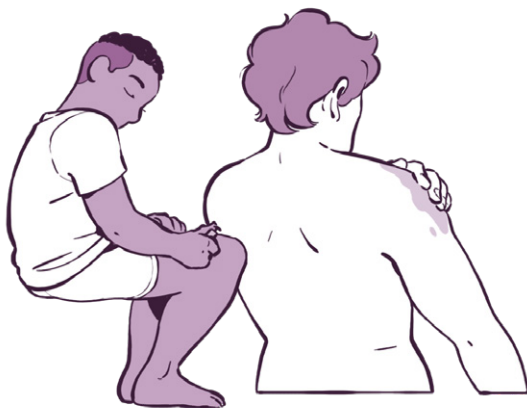
La testostérone peut aussi être administrée sous forme de gel, qui doit être **appliqué quotidiennement** (sur les épaules et les bras). Ce type de gel n'a pas d'effet local, c'est-à-dire qu'appliquer le gel sur le ventre ne le rendra pas plus poilu que le reste du corps.

Le dosage est en général de deux à quatre pressions journalières et coûte entre 40 € et 120 €/mois, **sans remboursement possible par la Sécurité sociale**.

Ce traitement est assez peu utilisé de par son prix et son application quotidienne, qui peut vite devenir contraignante. Les effets indésirables les plus fréquents sont l'acné et l'irritation cutanée due à la forte dose d'alcool dans le produit.



Pour information, il existe ou il a existé quatre autres produits à base de testostérone non (ou plus) commercialisés en France : patchs transdermiques, implants sous-cutanés, sprays nasaux ou cachets.



COMMENT SAIT-ON SI ON A LE BON DOSAGE ?

Parce qu'on se sent bien et qu'on constate la progression des effets attendus (mue de la voix, développement de la pilosité et de la masse musculaire, etc.) !

La rétention d'eau, les bouffées de chaleur, la fatigue, les fourmillements dans les mains ou les pieds et les douleurs articulaires ou musculaires sont des symptômes communs de **surdosage**, de même qu'une sensation de nervosité ou d'agitation excessive.

Une sensation de fatigue prononcée, particulièrement en fin de cycle, peut également résulter d'un **sous-dosage**.

Parce que chaque organisme est unique, on peut répondre différemment au traitement. Pour certaines personnes, certains effets du TH resteront légers malgré des taux hormonaux dans les normes.

Attention toutefois à **laisser au corps le temps de s'adapter** après l'initiation d'un traitement ou une modification du dosage : il est possible que certains effets disparaissent après quelques jours ou semaines. Parfois, les effets attendus peuvent être faibles ou inexistants.

Il faut alors faire preuve de patience : le développement de la pilosité faciale ou la redistribution des graisses notamment, peuvent s'amorcer au bout de plusieurs mois voire années de traitement.

Dans l'objectif d'agir sur la vitesse et sur l'intensité des effets du TH masculinisant, **il est possible d'ajuster** avec la·le soignant·e qui te suit le dosage des prises (à la baisse ou à la hausse) et ainsi le taux de testostérone sanguin.

Pour les **injections**, on pourra agir sur la dose ($\frac{1}{4}$, $\frac{1}{2}$ ou ampoule entière) et/ou la fréquence des injections.

Pour le **gel**, on pourra agir sur le nombre de pressions journalières (de 1 à 4 doses par jour et possibilité d'alterner un jour 1 dose et un jour 2 doses par exemple).

Pour information, **chez les adolescent·e·s, un dosage plus faible peut avoir les mêmes effets.**

QU'EST-CE QUE LE MICRODOSAGE ?

Certaines personnes transmasculines souhaitent prendre la testostérone en microdose afin de ralentir l'apparition des effets et de s'y habituer. C'est une méthode souvent privilégiée par les personnes non-binaires qui ne se sentent pas à l'aise avec une masculinisation trop rapide.

On parle de microdosage quand on prend le quart ou moins de la dose prescrite habituellement. Il peut être fait en espaçant plus les prises et/ou en réduisant les doses, selon la façon dont chaque personne réagit.

Au final, quel que soit le dosage, les effets seront les mêmes en microdosage ou en dosage *normal*. Simplement, ils mettront plus de temps pour se développer.

ÉVALUER APPROXIMATIVEMENT MA DOSE HORMONALE, EN ACCORD AVEC MON MÉDECIN ET MES RÉACTIONS AU TRAITEMENT

Les informations du tableau sont données à titre informatif, le dosage peut être différent en fonction de la réaction de chaque personne au traitement. Il est difficile de faire une équivalence entre le traitement par Androtardyl et gel, car les effets et dosages peuvent être différents. Il ne faut donc pas considérer qu'une dose habituelle d'Androtardyl est parfaitement équivalente à une dose habituelle de gel.

	Androtardyl	Androgel	Fortigel
Grosse dose	1 fl/15 j ou $\frac{3}{4}$ fl/10 j	4 pr/j	8 pr/j
Dose "normale"	1 fl/21 j ou $\frac{1}{2}$ fl/15 j ou $\frac{1}{3}$ fl/10 j	2 pr/j	4 pr/j
Petite dose	$\frac{1}{2}$ fl/21 j	2 pr/j pair + 1 pr/j impair	3 pr/j
Microdosage	$\frac{1}{2}$ fl/mois	1 pr/j ou -	2 pr/j ou -

fl : flacon - j : jour - pr : pression

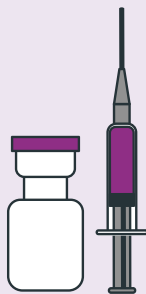
MA PREMIÈRE INJECTION

Si au début il est souvent plus simple de la faire réaliser par un·e infirmier·e, il peut être ensuite plus pratique de la faire soi-même.

LE MATÉRIEL

Liste du nécessaire à injection :

- 1 ampoule avec le produit
- 1 seringue 2 ou 2,5 mL
- 1 aiguille rose (18G - 1,2 x 40 mm)
- 1 aiguille verte (21G - 0,8 x 40) ou noire (22G - 0,7 x 40 mm)
- boîte à aiguilles usagées DASRI (Déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés) à récupérer en pharmacie
- compresses stériles
- désinfectant (type chlorhexidine)
- 1 pansement

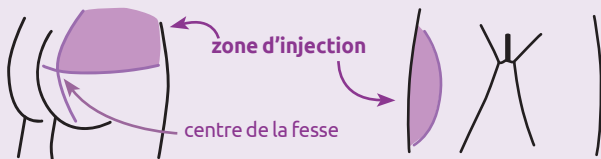


Tous ces produits ont des dates de péremption. Vérifie qu'elles sont toujours valides. Les seringues, aiguilles et boîtes à aiguilles peuvent être prises en charge par ordonnance.

LA PROCÉDURE D'INJECTION

- 1 Commence par **te laver les mains** (tu peux aussi utiliser du gel hydroalcoolique), puis dispose le matériel sur une surface propre.
- 2 **Sors l'ampoule** de testostérone de son emballage, chauffe-la dans tes mains ou sous l'eau chaude, et secoue-la avec un grand coup sec de haut en bas afin qu'il n'y ait pas de liquide bloqué dans la partie haute.
- 3 Ouvre le bout de l'emballage de la **seringue**, côté embout.
- 4 Ouvre l'emballage de **l'aiguille** rose côté embase (à l'opposé de la pointe de l'aiguille). Rapidement, fixe l'aiguille dans l'embout de la seringue, en veillant à manipuler les deux à travers le papier.

- 5 **Casse ensuite l'ampoule** au niveau du point bleu, en faisant attention à protéger tes doigts (avec par exemple la partie d'emballage interne de la seringue).
- 6 Avant de plonger l'aiguille rose dans l'ampoule, veille à chasser l'air de la seringue en appuyant sur le piston. Puis **aspire lentement** le produit avec la seringue.
- 7 Retire et **jette l'aiguille** rose dans la boîte à aiguille DASRI. Remplace l'aiguille rose par l'aiguille noire ou verte.
- 8 Imbibe une compresse avec du désinfectant et frotte **la zone où l'injection** va être faite (la cuisse ou la fesse).
- 9 Pour l'injection dans la fesse, imagine une croix au milieu de la fesse et **pique d'un geste sûr** dans le coin supérieur extérieur. Pour l'injection dans la cuisse, vise le bord latéral de la cuisse (cf. illustration).



- 10 Prends entre tes doigts la zone à piquer et enfonce l'aiguille d'un geste sûr. Une fois l'aiguille enfoncée, **tire légèrement le piston avant d'injecter** pour t'assurer que tu n'as piqué dans une veine. Si du sang remonte dans la seringue, reculer légèrement l'aiguille et refaire le test.
- 11 Une fois le produit injecté, **retire l'aiguille** et place un pansement. Masse la zone d'injection afin de limiter les douleurs et de permettre une bonne pénétration du produit.
- 12 Enfin, **jette les aiguilles** utilisées et l'ampoule dans la boîte de collecte d'aiguilles usagées et actionne la fermeture provisoire. Une fois qu'elle sera pleine, tu pourras la fermer définitivement et la rapporter dans une pharmacie pour l'échanger contre une neuve.

Les injections étant réalisées avec des aiguilles, il est primordial de **ne pas partager d'aiguilles** et/ou de seringues avec une autre personne, car les risques de transmission du VIH ou d'hépatites B et C sont grands.

En revanche, en cas de partage d'une ampoule d'Androtardyl, respecte scrupuleusement toutes les conditions :

- Le partage doit être réalisé simultanément, il ne faut pas conserver une ampoule déjà ouverte plus de quelques minutes ;
- La prise du produit dans l'ampoule doit être réalisée avec une aiguille/seringue différente pour chaque personne.
- Dans la mesure du possible, être suivi par un-e médecin qui peut écarter les contre indications

TRAITEMENTS COMPLÉMENTAIRES OU ALTERNATIFS À LA TESTOSTÉRONE

En complément ou à la place du TH à base de testostérone, certaines personnes transmasculines choisissent de prendre d'autres produits selon les effets recherchés. Certains modes de prise et formes de traitement alternatifs permettent souvent de limiter les contre-indications liées à ton état de santé.

STOPPER LES MENSTRUATIONS

Les produits destinés à interrompre le cycle menstruel constituent l'un des traitements souvent demandés en début de transition. **Attention, certains produits ne sont pas indiqués en cas de prise simultanée d'un TH**, car ils interagissent avec la testostérone et peuvent provoquer des déséquilibres hormonaux.

Ces produits peuvent avoir des **effets secondaires** plus ou moins marqués : acné, prise de poids, etc. Il est donc recommandé d'**être suivi** par un-e médecin et de prendre connaissance des potentiels effets indésirables et des contre-indications.

Plusieurs types de médicaments peuvent être prescrits.

LE DANATROL

Cet antgonadotrope bloque la sécrétion de FSH (hormone folliculo-stimulante) et LH (hormone lutéinisante). De ce fait, les taux d'hormones « femelles » (œstrogènes et progestérone) baissent aussi considérablement. Il est régulièrement prescrit, mais il n'y a pas d'intérêt démontré à prendre ce traitement en amont d'un TH à base de testostérone, ni a fortiori en simultané.

PRENDRE LA PILULE CONTRACEPTIVE EN CONTINU

C'est la méthode la plus simple et la plus courante pour arrêter le cycle menstruel. Par exemple, pour les pilules contenant une semaine de placebo, après 21 pilules contenant des hormones, on enchaîne directement avec la plaquette suivante, sans prendre les 7 dernières pilules qui ne contiennent que du sucre.

STÉRILET OU DIU MIRENA

Parmi les contraceptifs intra-utérins, ce stérilet ou Dispositif Intra-Utérin (DIU) hormonal entraîne une diminution des règles dans les trois quarts des cas. Contrairement aux idées reçues, ce stérilet hormonal n'est pas forcément réservé aux personnes au-dessus d'un certain âge et/ou ayant déjà enfanté. Toutefois, il peut être difficile de trouver un-e gynécologue qui accepte de le poser.

LES INJECTIONS DE DEPO PROVERA

Ce médicament contraceptif peut être injecté en intramusculaire tous les 3 mois et permet d'arrêter les menstruations chez 60 à 70 % des personnes. Attention, cette méthode de contraception peut « dérégler » le cycle pendant plusieurs mois après la prise : une grossesse peut mettre plusieurs mois à arriver, même lorsque l'on cesse les injections. À notre connaissance, ce traitement est peu utilisé par les personnes trans.

AUTRES PRODUITS À EFFET LOCAL

D'autres produits apportent uniquement un effet local. Contrairement aux produits cités précédemment (auxquels ils peuvent être associés), ils n'ont pas d'effets sur l'ensemble du corps.

L'ANDRACTIM

C'est un gel à base d'androstanolone (métabolite actif de la testostérone), qui permet de stimuler localement certains effets tels que la **pousse de poils** ou le **développement du dicklit**. Il peut être utilisé sur le visage pour **stimuler la pousse de la barbe**. Au niveau génital, le gel doit être appliqué directement sur le dicklit, mais ne doit pas entrer en contact avec les muqueuses (gland et vagin) car il est à base d'alcool. Pour ce type de posologie, il faut faire attention à ne pas entrer en contact avec des personnes qui pourraient ainsi être exposées à un excès de testostérone, et donc à des effets non souhaités. La prescription est soumise aux mêmes restrictions que la testostérone.

LE MINOXIDIL

C'est un traitement essentiellement destiné à **traiter la calvitie** chez les hommes cisgenres, en stimulant la pousse des poils et des cheveux. Il peut donc être utilisé par les personnes transmasculines pour **stimuler localement la pilosité** ou pour contrer les effets de la calvitie, mais il ne contient pas de testostérone. Pour être efficace, ce produit doit être **pris en continu**. En cas d'arrêt les effets obtenus s'estompent. Il peut provoquer certains effets indésirables, il est donc nécessaire de consulter ton·ta médecin avant de prendre ce produit disponible sur ordonnance mais non remboursé.

LES ŒSTROGÈNES À EFFET LOCAL

En cas de **sécheresse vaginale** et/ou vulvaire ou si l'atrophie vaginale devient gênante il est possible d'utiliser des œstrogènes en application locale (colpotrophine, promestriène...). Ce sont des produits utilisés lors de la ménopause. Ils doivent être prescrits par un·e généraliste, un·e gynéco ou un·e sage-femme. Leur effet étant local, il n'influe pas sur le taux de testostérone.

TRANSITIONS « NATURELLES »

Transition n'est pas synonyme de prise d'hormones de synthèse. Certaines personnes transmasculines choisissent ainsi d'explorer d'autres voies pour se sentir bien dans leur corps (parfois en complément d'un TH à base de produits androgènes de synthèse).

Ce type d'approche se décline généralement en trois volets : la **musculature**, **l'alimentation** et la prise de **compléments alimentaires** et/ou la phytothérapie.

Par opposition au muscle, la graisse favorise l'augmentation du taux d'œstrogènes. Il s'agit donc en substance d'**augmenter sa masse musculaire** en suivant un programme d'entraînement rigoureux, ainsi qu'un régime protéiné destiné à favoriser la prise de masse et la sécrétion de testostérone.

Les **aliments** communément cités sont : œufs, poisson, fruits de mer, légumineuses, amandes, choux (brocoli, chou-fleur, choux de Bruxelles, etc.), ail.

Quant aux **compléments** utilisés, on retrouve fréquemment les plantes phytoandrogènes. Certains programmes préconisent le recours à de nombreux compléments coûteux, dont les résultats très limités varient en fonction du patrimoine génétique de la personne, et qui peuvent affecter sensiblement l'organisme (notamment le foie et les reins).

Par ailleurs, le niveau de preuves scientifiques n'est pas suffisant pour recommander d'utiliser cette méthode seule.

Il importe donc de bien se renseigner auprès de professionnel·e·s de santé et de rester à l'écoute de son corps.

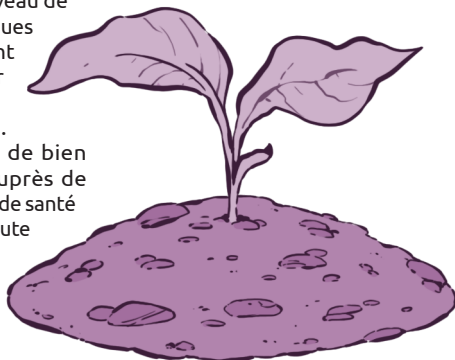


TABLEAU DES HORMONES

Les informations suivantes sont **effectives à la date de la publication de la brochure** (aout 2023) et sont donc susceptibles de changer. Ne pas hésiter à se renseigner sur internet ou auprès d'une association d'autosupport trans.

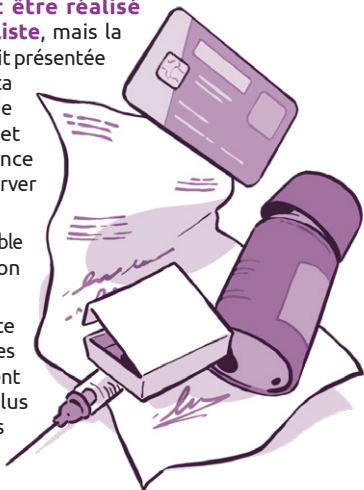
La première prescription de testostérone, ou primo-prescription, doit être faite par un-e spécialiste : endocrinologue, urologue, andrologue, gynécologue ou spécialiste de la fertilité, car elle est considérée comme un produit dopant.

Certain-e-s médecins généralistes acceptent toutefois d'initier un traitement par testostérone mais la délivrance pourra être refusée selon les pratiques de ta pharmacie.

Le renouvellement peut être réalisé par un-e médecin généraliste, mais la pharmacie peut exiger que soit présentée la primo-prescription de ton-ta spécialiste. Nous conseillons de **faire une copie** numérique et papier de ta primo-ordonnance de testostérone et de la conserver précieusement.

Pour l'Andractim, il est aussi possible d'avoir une primo-prescription par un-e dermatologue.

Le tableau ci-contre comporte les informations principales des hormonothérapies couramment utilisées en France. Pour plus d'informations, notamment les contre-indications et la liste des excipients à effets notoires en cas d'allergie, se reporter au site de la base de données publique des médicaments (**base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr**).



PRINCIPAUX PRODUITS DITS MASCULINISANTS PRESCRITS EN FRANCE

Principe actif (molécule)	Nom commercial	Forme et voie d'administration	Posologie et mode d'administration	Prix	Prise en charge : Base SECU
Énanthate de testostérone	Androtardyl 250 mg/mL, ampoule d'1 mL	Solution injectable : voie intramusculaire	Une injection tous les 10 à 21 jours d'une partie ou de la totalité de l'ampoule selon le dosage prescrit.	7,14 €	65 %
	Nebido 1 000 mg/4 mL	Solution injectable : intramusculaire	Une injection toutes les 10 à 14 semaines, d'une partie ou de la totalité de l'ampoule selon le dosage prescrit.	Prix libre de 100 € à 180 €	0 %
Undécanoate de testostérone	Testosterone Besins 1 000 mg/4 mL			env. 19 €	65 %
Testostérone	Androgel 1,62 %, 16,2 mg/g gel	Gel en flacon avec pompe doseuse (60 doses, 1 dose = 20,25 mg) : voie transdermique	1 à 4 pressions à appliquer sur la peau une fois par jour à la même heure, de préférence le matin.	Prix libre de 40 € à 80 €	0 %
	Fortigel 2 %, 20 mg/g gel	Gel en flacon avec pompe doseuse (120 doses, 1 dose = 10 mg) : voie transdermique	2 à 8 pressions à appliquer sur la peau une fois par jour à la même heure, de préférence le matin.	Prix libre autour de 70 €	0 %
Androstralone (ou dihydrotestostérone)	Andractim 2,5 %, 80 g	Gel pour application locale (16 doses, 1 dose de 5 g = 125 mg) : voie transdermique	Dosage selon prescription. Application cutanée sur la peau et/ou le capuchon dicklit (éviter l'application directe sur la muqueuse comme le gland du dicklit).	22,02 €	15 % sous l'indication gynécomastie

BILAN ET SUIVI

Un dosage hormonal accompagné de la surveillance de certaines constantes est généralement pratiqué au bout de 3 mois de traitement, 6 mois puis 1 à 2 fois par an :

À 3 mois : testostérone, NFS (numération formule sanguine : globules rouges, globules blancs, plaquettes), bilan hépatique (ASAT, ALAT, gamma-GT)

À 6 mois puis tous les ans : testostérone, NFS, bilan hépatique (ASAT, ALAT, gamma-GT), glycémie à jeun, bilan lipidique

Le prélèvement sanguin peut être fait en fin de cycle, c'est-à-dire la veille de la prochaine injection, en début de cycle 2 à 3 jours après l'injection, parfois même en milieu de cycle. C'est au médecin prescripteur d'indiquer quel est le moment idéal. N'hésite pas à lui demander de le noter sur l'ordonnance.

Les taux de testostérone à atteindre doivent se situer **entre 2,5 et 9 ng/mL** (entre 8 et 34 nmo/L) comme pour un homme cis adulte (les normes peuvent varier d'un laboratoire à l'autre).

À noter, un bilan hormonal n'est qu'**une photo à un moment donné**. En ce sens, il est simplement un outil et le ressenti personnel au traitement est plus important. Chacun·e étant différent·e, la comparaison avec le bilan d'une autre personne n'est pas forcément pertinente. C'est avant tout la discussion avec ton·ta médecin et son examen qui guideront l'ajustement du dosage.

SUIVI GYNÉCOLOGIQUE

Les personnes transmasculines ayant toujours des glandes mammaires doivent procéder régulièrement aux **dépistages du cancer du sein**, comme les femmes cis.

Ceux qui ont encore un vagin et/ou un utérus doivent continuer leur suivi gynécologique. En particulier, les campagnes de dépistage du cancer du col de l'utérus restent d'actualité. Ne pas hésiter à contacter une association trans qui pourra fournir des coordonnées de gynécologues trans friendly.



TRAITEMENTS HORMONAUX FÉMINISANTS

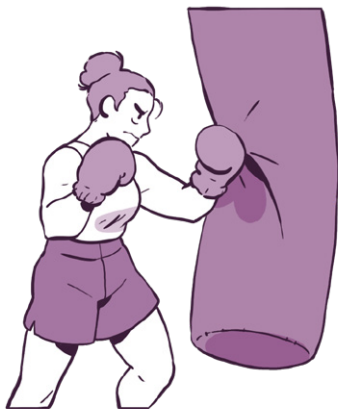
INTRODUCTION

Le plus souvent, quand elles ont recours aux hormones, les personnes transféminines font appel aux œstrogènes, et en particulier à l'œstradiol, auxquels peuvent éventuellement s'ajouter la progestérone et/ou différents anti-androgènes pour contrer les effets de la testostérone.

LES EFFETS DU TRAITEMENT FÉMINISANT

L'œstradiol (ou estradiol) développe et maintient les caractères sexuels secondaires habituellement associés à un profil hormonal « femelle ». Son intégration par le corps rend la **peau plus fine**, moins grasse, et favorise son élasticité. Les **graisses** du corps sont redistribuées plus au niveau des hanches et moins au niveau abdominal, les traits du visage sont légèrement adoucis. La prise d'œstrogènes provoque également la **croissance de la poitrine**, qui commence au bout de quelques semaines, et peut s'étaler sur quelques années. Cet effet est le seul à être persistant après arrêt du traitement.

Une partie des effets attendus dans un traitement féminisant provient de la **baisse de la production de testostérone**, mécaniquement induite par l'augmentation du taux d'œstradiol, ce qui réduit l'intérêt de la prise d'anti-androgènes.



Cette baisse de testostérone affine les muscles ce qui peut entraîner des courbatures et une **perte musculaire**. Un minimum d'exercice physique peut limiter cette perte, notamment chez les personnes sportives. Elle entraîne aussi une modification de la transpiration et des **odeurs**.

La **pousse des cheveux** est favorisée par l'œstradiol et leur qualité peut changer. En parallèle, la baisse de la testostérone **arrête la calvitie**

sans toutefois provoquer de repousse sur les zones déjà touchées.

La **pilosité corporelle** est aussi modifiée. Le poil devient plus fin au fil des cycles de repousse et se transforme en duvet sur les zones hormono-dépendantes (ventre, torse, dos...). La barbe sera peu affectée et nécessite souvent une épilation définitive (laser ou électrodes).

La baisse de la testostérone peut aussi **modifier la libido**, sans nécessairement la diminuer. Les envies sexuelles peuvent être réduites et les excitations peuvent s'exprimer différemment. Elle va réduire la quantité et modifier l'aspect de l'éjaculat. Les érections spontanées seront supprimées même si la capacité érectile demeure avec l'excitation. Les érections étant moins nombreuses, ces dernières peuvent devenir douloureuses.

Tous les effets décrits ici sont **variables d'une personne à une autre**. Ils peuvent aussi varier dans le temps et dans leur intensité.

On peut également constater d'autres effets, tels que la baisse de la tension artérielle, une hausse de la sensibilité à l'alcool et aux excitants, ainsi qu'une réduction des dépenses énergétiques pouvant entraîner une **frilosité** et une **prise de poids** si les habitudes alimentaires ne sont pas changées. Des flatulences peuvent apparaître.

Le traitement féminisant peut faire tendre le risque de cancer du sein très faible d'un homme cis, vers celui, plus élevé, d'une femme cis. Il sera alors important de suivre les campagnes de dépistage (à partir de 5 ans d'oestrogènes et pour toutes à partir de 50 ans sauf en cas d'antécédent personnel ou familial de maladie du sein qui nécessite un avis et un suivi spécialisé parfois plus tôt dans la vie).

Contrairement aux idées reçues, le traitement hormonal féminisant n'a **aucun effet sur la voix**. Un travail avec un-e orthophoniste peut alors être nécessaire.

PRINCIPAUX EFFETS FÉMINISANTS

Effets	Début d'apparition	Effet maximum
Arrêt de la calvitie (pas de repousse)	1-3 mois	1-2 ans
Modification de la libido	1-3 mois	1-2 ans
Modification des odeurs corporelles	1-3 mois	n/a
Diminution des érections spontanées	1-3 mois	3-6 mois
Peau plus fine, moins grasse	3-6 mois	
Diminution de la masse musculaire	3-6 mois	1-2 ans
Redistribution des graisses	3-6 mois	2-5 ans
Développement mammaire (durable après arrêt)	3-6 mois	2-3 ans
Diminution du volume testiculaire (durable après arrêt)	3-6 mois	2-3 ans
Modification de la pilosité (ralentissement de la croissance, poils plus fins...)	6-12 mois	3-7 ans
Diminution de la production de spermatozoïdes	Variable	

LES CONTRE-INDICATIONS

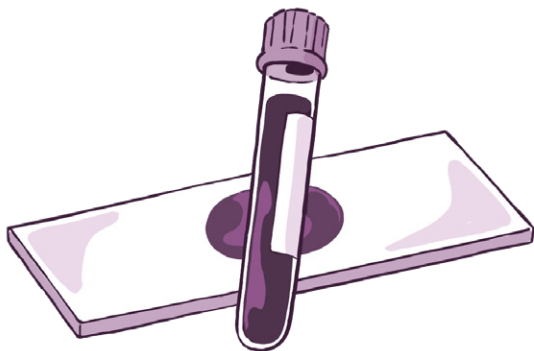
Il existe **peu de contre-indications** majeures à la prise d'un traitement hormonal féminisant.

Les principales contre-indications sont un cancer du sein hormono-dépendant, des antécédents thrombophiliques veineux et artériels ou des affections hépatiques (tumeurs).

LE BILAN SANGUIN INITIAL

Avant de commencer tout traitement, un bilan sanguin initial doit être effectué. Dans l'idéal, il devra comporter :

- Testostérone, Oestrogène, Progestérone
- NFS (numération formule sanguine : globules rouges, globules blancs, plaquettes)
- LH, FSH (hormones hypophysaires secrétées dans le cerveau qui agissent sur les gonades pour réguler la testostérone, l'œstrogène et la progestérone)
- TSH (bilan thyroïdien)
- ASAT, ALAT, gamma-GT (bilan hépatique : enzymes du foie)
- Créatinine (évalue la fonction rénale)
- Glycémie à jeun
- Bilan lipidique
- Prolactine



LES HORMONES

LES ŒSTROGÈNES : L'ŒSTRADIOL

La principale hormone féminine entrant dans les traitements féminisants est l'œstradiol.

Il existe plusieurs voies d'administration. Il est important de **choisir celle qui est le plus en adéquation avec son mode de vie** afin de prendre le traitement avec le plus de régularité possible. En effet, l'œstradiol a une demi-vie (période d'efficacité) très courte (de l'ordre de 8 à 12h pour les gels ou les cachets), ce qui peut rapidement entraîner des effets de manque.

Les œstrogènes sont relativement peu chers en France (moins de 10 € par mois), et **peuvent être pris en charge par la Sécurité sociale** à 65 % par défaut et à 100 % dans le cadre d'une ALD ou avec une mutuelle.

PRISE PAR VOIE TRANSDERMIQUE

La méthode la plus courante passe par la voie transdermique (patch ou gel) qui consiste à administrer des œstrogènes **bio-identiques** (17-bêta-œstradiol) par voie cutanée.

Sous forme de gel (Estreva Gel®, Œstrodose®, Delidose®, etc.)

Il s'applique une ou **plusieurs fois par jour (2 à 3)** sur une zone d'application à la peau fine si possible vascularisée comme l'intérieur des bras ou des cuisses ou l'abdomen (entre le nombril et le pubis). Une petite zone d'application (scrotum, intérieur des poignets...) permettra d'augmenter la concentration du traitement et donc son efficacité.



Le gel ne doit pas être étalé sur les muqueuses et **surtout pas sur les seins**, car cela augmenterait le risque de cancer. Il faut éviter de laver la zone dans les 3 heures suivant l'application.

Le dosage peut varier de 2 mg à 8 mg par jour, selon la zone d'application et la façon dont la personne réagit au traitement. La quantité d'œstradiol assimilée par l'organisme est très faible par rapport à la teneur du gel.

Sous forme de patch (Dermestril®, Estrapatch®, Eslcim®, Thais®, etc.)

Le patch doit être appliqué sur une peau saine, propre, sèche, pauvre en poil et non irritée (par le rasage par exemple), qui ne plissera pas dans la journée : au dessus de la hanche, de la fesse, sur le haut de la cuisse, en haut du dos, en haut du bras, toujours loin des seins. Il doit être **renouvelé tous les 3 à 7 jours** selon la marque.

Il existe différents dosages, du 25 au 100 µg/24h. Le dosage moyen est 50 µg/24h, mais comme avec le gel, tout va dépendre de la facilité de pénétration du produit à travers la barrière cutanée, notamment selon l'épaisseur de peau.



Le patch résiste plusieurs jours aux bains et à la douche. En cas d'allergie à la colle, choisir un autre modèle qui convient mieux selon ses critères : pas de marques, taille, pas d'allergie, transparent et discret, qui adhère bien...

Avantages et inconvénients de la voie transdermique

La voie transdermique **évite le passage par le foie** qui favorise les risques de thromboses, d'accidents cardio-vasculaires, d'embolie pulmonaire et d'infarctus. Elle ne fait monter ni la tension, ni le cholestérol, ni les triglycérides.

L'absence de risques sur la santé (y compris les risques de cancer) a été confirmée par de nombreuses études disponibles, mais qui concernent plutôt les femmes ménopausées. On ne peut que

regretter l'absence d'études qui intègrent les femmes trans avec leurs spécificités – notamment qui étudient les effets d'une prise au long cours si l'on initie le traitement dès l'adolescence ou au début de l'âge adulte.

PRISE PAR VOIE ORALE ET SUBLINGUALE

Les œstrogènes dits **bio-identiques**

(17-bêta-œstradiol) restent disponibles en comprimés (**Provames®**, **Estrofem®**, **Progynova®**), et sont parfois prescrits

sous cette forme chez des personnes jeunes et en bonne santé, c'est à dire sans facteur de risque identifié par rapport à ces traitements (fragilités hépatiques, risques thromboemboliques, etc.). La demi-vie des comprimés étant courte, ils doivent souvent être pris **plusieurs fois par jour**.



Les pilules contraceptives oestro-progestatives, type Diane par exemple, **ne doivent pas être utilisées** pour un traitement féminisant car elles contiennent de l'éthinylestradiol, forme d'œstrogènes non bio-identique contrairement au 17-bêta-œstradiol.

Si les effets des diverses formes disponibles d'œstrogènes sont assez similaires à long terme, les risques sont sensiblement différents.

L'œstradiol pris par voie orale (avalé) a tendance à se transformer ce qui en atténue les effets. Avec ce mode d'administration, les œstrogènes chargent fortement le foie et **peuvent causer des thromboses** veineuses. En dehors d'indications particulières discutées au moment de la prescription, ils ne sont généralement pas utilisés.

Il est toutefois possible de les prendre **sous la langue (sublingual)** en laissant fondre afin d'éviter le passage par le système digestif et augmenter l'efficacité du traitement. Ce mode d'administration crée des concentrations d'œstradiol en pic nécessitant une **prise plus régulière** (2 à 4 fois par jour) pour ne pas avoir d'effet de manque.

PRISE PAR INJECTION

Les œstrogènes sous forme d'œstradiol peuvent également être administrés par voie intramusculaire ou sous-cutanée (« œstradiol retard »), mais ils **ne sont plus commercialisés en France** sous cette forme.

Tant que cette absence de distribution en France persiste, il reste possible d'en trouver dans certains circuits parallèles dans le cadre d'une automédication, ce qui reste **fortement déconseillé compte tenu des risques sanitaires** liés à cette méthode d'approvisionnement et à une injection sans supervision médicale. Si on souhaite malgré tout passer par cette voie, nous conseillons d'**être suivie par un-e médecin**.

Peu d'effets secondaires indésirables seraient à déplorer, mais on ne dispose pas d'études pour le confirmer.

TABLEAU DES ÉQUIVALENCES

Mode d'administration	Faible dose	Dose moyenne	Haute dose	Très haute dose
Comprimé par voie orale	2 mg/jour	4 mg/jour	8 mg/jour	12 mg/jour
Comprimé en sublingual	0,5–1 mg/jour	1–2 mg/jour	2–4 mg/jour	3–6 mg/jour
Patch transdermique	50–100 µg/jour	100–200 µg/jour	200–400 µg/jour	300–600 µg/jour
Gel transdermique sur petite zone	1 mg/jour	1,5 mg/jour	2 mg/jour	3 mg/jour
Gel transdermique sur grande zone	1,5 mg/jour	3 mg/jour	4 mg/jour	6 mg/jour
Injectations intramusculaires ou sous-cutanées	1 mg/semaine	2 mg/semaine	4 mg/semaine	6 mg/semaine
Taux d'œstradiol moyen	50 pg/mL (184 pmol/L)	100 pg/mL (367 pmol/L)	200 pg/mL (734 pmol/L)	300 pg/mL (1101 pmol/L)

LA PROGESTÉRON

La progestérone est une hormone féminine qui peut être prise en complément des œstrogènes, en l'absence de prise d'anti-androgène car elle fait aussi baisser le taux de testostérone. **Chacun-e peut réagir différemment à la progestérone.** Pour certain-e-s, elle a un effet dopant positif favorisant le développement mammaire, la répartition des graisses et la reprise de la libido. Pour d'autres, elle entraîne des symptômes dépressifs.



Plusieurs formes existent, mais la progestérone naturelle micronisée, également appelée *bio-identique*, présente un risque d'effets secondaires beaucoup plus faible que les progestagènes de synthèse. Le dosage est habituellement de 200 mg par jour. Le traitement se prend par voie orale, mais aussi **par voie rectale** pour une meilleure efficacité et limiter les effets inconfortables. Certaines personnes peuvent ressentir un effet planant et des somnolences après la prise, c'est pourquoi il est conseillé de la prendre au coucher. Ces produits sont assez peu chers et bien remboursés par la Sécurité sociale.

La progestérone est souvent conseillée pour corriger un développement mammaire en cône (tubéreux). La progestérone peut aussi être prise en gel sans ordonnance (Progestogel...) en application locale sur la poitrine.

LES ANTI-ANDROGÈNES

La prise d'œstrogènes, parfois associée à la progestérone, a des effets anti-androgéniques. Pour cette raison, **la prise d'anti-androgènes peut s'avérer inutile** dans le cadre d'un traitement hormonal féminisant.

Toutefois, **si le traitement à base d'œstrogènes n'est pas suffisant**, des anti-androgènes peuvent être prescrits afin de réduire les effets des androgènes produits naturellement chez

les personnes de profil hormonal « mâle » (en particulier ceux de la testostérone et de la DHT).

Dans tous les cas, **la prise d'anti-androgènes doit s'accompagner d'une prise suffisante d'œstradiol pour éviter tout déficit en hormones sexuelles et limiter les risques de dépression ou d'ostéoporose.**

Il existe plusieurs formes d'anti-androgènes :

On peut **inhiber leur sécrétion** en supprimant la production de FSH et de LH qui commande la production de testostérone. C'est ce que fait par exemple la triptoréline (Decapeptyl LP®), qui est un produit relativement sûr, mais très cher (mais pris en charge par les CPAM) et peu prescrit en France. Il consiste en une **injection tous les mois** ou tous les trois mois. La semaine suivant la première injection, le taux de testostérone augmente fortement avant de chuter aux niveaux recherchés. C'est ce traitement qui est donné pour bloquer la puberté.

On peut **bloquer la production de testostérone** en empêchant les androgènes (la DHT en particulier) de se fixer sur leurs récepteurs. C'est ce que fait par exemple l'acétate de cyprotérone (Androcur®). Attention cependant, cette substance aux effets puissants, utilisée par ailleurs comme « castrateur chimique », provoque souvent un déficit hormonal à éviter. **La prise régulière d'androcur peut avoir d'autres effets indésirables potentiellement dangereux.** Ce médicament, dont on peut se passer, ne doit pas être pris à la légère, et toujours avec un suivi médical. Il ne peut être prescrit sans examens complémentaires préalables (IRM cérébrale) et, depuis juillet 2019, réservée aux situations pour lesquelles il n'existe pas d'alternative thérapeutique comparable et sous réserve de signature conjointe d'un consentement par la personne et son/sa médecin en raison d'un risque de survenue de méningiome. Pris en **micro dosage** (un quart de comprimé tous les 2 jours par exemple), il peut avoir les effets anti-androgènes recherchés en limitant les effets secondaires.

Des anti-androgènes, comme la finasteride, la spironolactone ou la bicalutamide, **empêchent simplement les effets de la testostérone**, sans modifier sa production (donc sans réduire le

taux de testostérone dans un bilan hormonal). La finastéride est initialement prescrite pour réduire la taille de la prostate, mais les effets indésirables peuvent être nombreux. La spironolactone est utilisée contre l'hypertension. Ces deux médicaments sont des anti-androgènes par effet secondaire. À l'inverse, la bicalutamide est un anti-androgènes avant tout, mais n'est pas sans risques même si peu d'études existent sur les effets sur les personnes trans. Dans tous les cas, ces substances chargent le foie, ce qui demande une surveillance attentive (prises de sang).

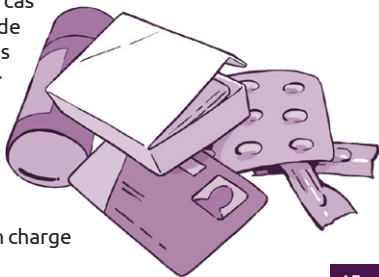
TABLEAU DES HORMONES

Les informations suivantes sont effectives **à la date de la publication de la brochure** (aout 2023) et sont donc susceptibles de changer. Ne pas hésiter à se renseigner sur internet ou auprès d'une association d'autosupport trans.

Dès l'initiation du traitement, **les hormones féminisantes peuvent être prescrites par tout médecin, y compris un généraliste**. Le recours à un-e endocrinologue, s'il est possible, n'est pas obligatoire.

Le tableau suivant comporte les informations principales des hormonothérapies couramment utilisées en France. Pour plus d'informations, notamment les contre-indications et la liste des excipients à effets notoires en cas d'allergie, se reporter au site de la base de données publique des médicaments (**base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr**).

Tous les produits listés sont dispensables **uniquement sur ordonnance** (sauf progestogel). Les médicaments non-remboursés ne bénéficient pas de la prise en charge même en cas d'ALD.



PRINCIPAUX PRODUITS DITS FÉMINISANTS PRESCRITS EN FRANCE

Principe actif	Nom commercial	Forme, voie d'administration	Posologie, mode d'administration	Prix	Prise en charge
Œstradiol (en gel transcutané)	Estreva 0,1 % gel	0,5 mg d'œstradiol par pression. 100 pressions par flacon	Gel à appliquer sur zone à la peau fine et vascularisée	5,37 €	65 %
	Délidose	Dosette de 0,5 mg ou 1 mg d'œstradiol. 28 sachets par boîte		4,74 €	
	Oestrodose 0,06 %	0,75 mg d'œstradiol par pression. 64 pressions par flacon		5,94 €	
	Dermestril	25 µg /24h, 50 µg/24h ou 100 µg/24h - boîte de 8 patches	1 patch à remplacer tous les 3,5 jours		
	Dermestril Septem	25 µg /24h, 50 µg/24h ou 75 µg/24h - boîte de 4 patches	1 patch à remplacer tous les 7 jours		
Œstradiol (en patch transcutané)	Thais	25 µg/24h ou 50 µg/24h boîtes de 8 patches	1 patch à remplacer tous les 3,5 jours	6,89 €	65 %
	Thaïssept	25 µg/24h ou 50 µg/24h boîte de 4 patches	1 patch à remplacer tous les 7 jours		
	Femsept	50 µg /24h, 75 µg/24h ou 100 µg/24h - boîte de 7 patches	1 patch à remplacer tous les 7 jours		
	Oesclim	25 µg/24h, 37,5 µg/24h ou 50 µg/24h boîte de 8 patches	Fin de commercialisation en 2022		
	Estrapatch	40 µg/24h, 60 µg/24h boîte de 8 patches	Fin de commercialisation en 2022		
	Vivelledot	25 µg/24h, 37,5 µg/24h, 50 µg/24h, 75 µg/24h ou 100 µg/24h	Fin de commercialisation en 2021		

Principe actif	Nom commercial	Forme, voie d'administration	Posologie, mode d'administration	Prix	Prise en charge
Œstradiol en pillule	Provames Oromone	1mg ou 2 mg Boîte de 28 à 30 comprimés.	Voie orale ou sublinguale de 1 à 8 mg/jour	2,76 €	65 %
	Estrofem	1mg ou 2 mg par comprimé. Boîte de 28 comprimés		env. 15 €	Non remboursé
	Progynova	1mg ou 2 mg par comprimé. Boîte de 20 comprimés		env. 10 €	Non remboursé
Progestérone	Progestan Estima Ge Utrogestan Progestérone	100 mg ou 200mg Voie orale ou rectale Boîte de 15 à 45 gélules en 200 mg, 30 à 90 en 100 mg	200 mg/jour par voie rectale le soir de préférence (risque de somnolence)	de 5 à 18 €	65 %
	Progestogel	Tube de 80 g (32 mesures)			
	Bicalutamide 50 mg Casodex 50 mg	Boîtes de 30 comprimés pelliculés		38,36 €	100 %
Spironolactone	Spironolactone Aldactone	Comprimés de 25, 50 et 75 mg Boîte de 30 à 90 comprimés	100 et 300 mg/jour	de 4 € à 13 €	65 %
Finastéride	Finastéride 5mg	Boîtes de 28 comprimés	1 comprimé par jour	11,94 €	65 %
Triptoréline	Decapeptyl LP Gonaepetyl Salvacyl	3 mg ou 11,25 mg	3 mg : 1 injection IM par mois 11,25 mg : 1 injection IM tous les 3 mois	102,67 € à 339 €	65 % à 100 %
Acétate de cyprotérone	Androcur 50 mg Acétate de cyprotérone 50 mg Cyprotérone 50 mg	Boîtes de 20 comprimés	½ comprimés (25mg) tous les 2 jours	9,50 €	30 % à 65 %

COMMENT SAIT-ON SI ON A LE BON DOSAGE ?

Parce qu'on se sent bien et qu'on constate la progression des effets attendus (pousse des seins, baisse de la pilosité, peau affinée, modification de la libido, etc.).

Il n'est pas forcément nécessaire de pratiquer un bilan hormonal trop régulier (tous les 6 mois à un an).

Le ressenti est plus important que les chiffres.

- En cas de jambes lourdes, de gonflements, de fortes douleurs au niveau des seins... c'est peut-être que la dose est trop forte.
- En cas de bouffées de chaleur, c'est souvent signe qu'il faut augmenter les doses.

Attention toutefois à **laisser au corps le temps de s'adapter** après l'initiation d'un traitement ou après une modification du dosage : il est possible que certains effets disparaissent après quelques semaines. De même, des picotements, des douleurs ou une sensibilité accrue au niveau des seins sont habituels, les premiers mois notamment, à cause de la pousse de la poitrine.

Des effets paliers de plusieurs mois peuvent aussi être ressentis pendant lesquels on a l'impression que rien ne se passe. Ce n'est pas forcément un signe d'inefficacité du traitement.

Parfois, les effets attendus peuvent être lents, faibles ou inexistants. Une ou plusieurs prises de sang permettent alors de mesurer le taux d'œstradiol. S'il demeure très faible malgré un dosage élevé, c'est peut-être que le produit passe mal la barrière cutanée ou est mal assimilé.

On peut alors essayer un traitement différent. Cependant, **pour certaines personnes, les effets peuvent rester légers** malgré des taux hormonaux dans les normes.

BILAN ET SUIVI

De manière générale, un suivi médical est indispensable afin d'éviter et de dépister d'éventuels effets indésirables ou des interactions avec d'autres traitements.

Un dosage hormonal accompagné de la surveillance de certaines constantes est généralement pratiqué **au bout de 1 à 3 mois de traitement, à 6 mois puis 1 à 2 fois par an** :

- Testostérone, œstradiol, glycémie à jeun, bilan lipidique, prolactine, bilan hépatique (ASAT, ALAT, gamma-GT).
Potassium et créatine en cas de prise de Spironolactone.

Le prélèvement sanguin doit être fait **au plus loin de la dernière prise d'œstradiol** (juste avant la prise suivante) ou 12 heures après celle-ci. Le·a médecin prescripteur·rice peut indiquer un autre moment idéal. On peut lui demander de le noter sur l'ordonnance. Attention à ne pas appliquer le gel d'œstradiol à proximité de la zone de prélèvement (creux du coude en cas d'application sur l'avant bras) car cela risque de fausser le résultat.

Les taux hormonaux à atteindre sont ceux des normes cis féminines. Celles-ci peuvent varier d'un laboratoire à l'autre :

- Œstradiol : **entre 50 et 400 pg/mL** soit 180 à 1500 pmol/L.
On considère qu'autour de 100 pg/mL, le taux est suffisant.
- Testostérone : **entre 0,1 et 0,9 ng/ml** soit entre 0,35 et 3,12 nmol/L. Des effets masculinisants peuvent revenir au dessus de 0,5 ng/mL.

À noter, **un bilan hormonal n'est qu'une photo à un moment donné**. En ce sens, il est simplement un outil et le ressenti personnel au traitement est plus important. Chacun·e étant différent·e, la comparaison avec le bilan d'une autre personne n'est pas forcément pertinente. C'est avant tout la discussion avec ton·a médecin et son examen qui guideront l'ajustement du dosage.



TRAITEMENTS HORMONAUX CHEZ LES MINEUR·E·S



Il n'y a pas d'âge pour débuter une transition.

La prise en charge des jeunes trans dès la puberté est un facteur contribuant positivement à la santé mentale des enfants concernés comme le démontrent de plus en plus d'études à travers le monde. Un nombre croissant de professionnel·le·s de santé, en milieu hospitalier et libéral, s'ouvre désormais à l'accueil des personnes mineures en France. Certaines structures, outre la prescription de bloqueurs de puberté et/ou de traitements hormonaux, proposent aussi un accompagnement pour faciliter la vie quotidienne des jeunes, y compris dans la sphère scolaire. Les associations d'autosupport trans sont les plus aptes à renseigner sur les possibilités disponibles à l'échelle locale et nationale.

MINORITÉ, AUTORITÉ ET CONSENTEMENT PARENTAL

L'autorité parentale appartient aux parents jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant (article 371-1 du code civil). Elle est exercée en commun par les parents, qui disposent des mêmes droits et des mêmes devoirs à l'égard de l'enfant, y compris après une séparation (articles 372 et 373-2).

Il est toutefois à noter que l'autorité parentale, selon l'article 371-1 du code civil, s'exerce avec le respect dû à l'enfant et

en l'absence de violence physique ou psychologique. **Ne pas reconnaître l'identité de genre d'un enfant est considéré comme une violence psychologique et un manque de respect envers sa personne.**

S'il est possible pour un·e mineur·e de consulter seul un médecin (sans en avertir ses parents), la prescription d'un traitement de type hormonal ne peut légalement se faire qu'avec l'accord de tous les détenteurs de l'autorité parentale.

Le code civil dispose que :

« À l'égard des tiers de bonne foi, chacun des parents est réputé agir avec l'accord de l'autre, quand il fait seul un acte usuel de l'autorité parentale relativement à la personne de l'enfant. »
(art. 372-2 du code civil)

Les traitements hormonaux ne rentrent pas dans la catégorie des actes usuels : ils correspondent à des actes importants, qui rompent avec le passé ou engagent l'avenir de l'enfant. L'accomplissement d'un tel acte en accord avec l'un des parents nécessite que celui-ci, et les tiers, sollicitent l'accord de l'autre parent. En l'absence d'accord de l'autre parent, la responsabilité du preneur de décision et celle des tiers qui l'ont suivi pourront être engagées en justice. Il est toutefois possible de demander au juge aux affaires familiales de donner l'autorité parentale exclusive à un seul des parents pour engager le traitement hormonal.

Même si cela ne semble pas avoir été jusqu'alors invoqué pour des mineur·e·s trans, le code de la santé publique, dans son article 1111-5, prévoit que *« par dérogation à l'article 371-1 du code civil, le médecin ou la sage-femme peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. »*

LES BLOQUEURS DE PUBERTÉ (ANALOGUES DE LA GNRH)

Il est possible pour les jeunes trans de « bloquer » chimiquement leur puberté. **Ce blocage est réversible** et ne semble pas avoir d'effets secondaires, d'après les études menées aux USA et aux Pays-Bas, où ces méthodes sont utilisées depuis le milieu des années 2000 sur des courtes périodes, limitées à 3-4 ans en général sans ajout d'hormones. Il s'agit du même traitement que celui largement donné aux mineur·es en cas de puberté précoce.

LE PRINCIPE

Le principe de ces traitements est de **«mettre en pause» la puberté** afin de laisser le temps à l'adolescent·e de mûrir sans avoir à subir l'expérience d'une «mauvaise» puberté, et de **choisir quelle puberté enclencher** quand la personne se sent prête.

Cet arrêt ne peut être effectué qu'**en début de puberté** bien que cela puisse varier selon les personnes (en fonction de l'âge d'apparition des seins ou de l'augmentation du volume testiculaire, premiers signes de développement pubertaire). Ces bloqueurs empêchent l'apparition des caractères sexuels secondaires (pilosité, voix, modifications corporelles, etc.), mais bloquent aussi un certain nombre d'autres phénomènes liés à la puberté tels que la libido, la calcification des os et la fertilité.

L'action des bloqueurs est réversible, ce qui signifie que si ces derniers sont arrêtés, la puberté reprend là où elle a été stoppée. Durant cette période, la croissance de l'adolescent·e se poursuit à une vitesse de type pré-pubère, soit entre 4 et 6 cm/an, parfois moins lorsque le traitement est prolongé. À l'arrêt du traitement ou au moment de l'administration concomitante du traitement associé au profil hormonal désiré, l'accélération de la croissance staturale reprend, avec une taille finale adulte qui n'est pas modifiée par rapport à la taille prédite par les chromosomes et la taille des parents biologiques.

LES TRAITEMENTS

Les traitements les plus fréquents sont à base d'**analogues de la GnRH**, qui est une hormone responsable de la sécrétion de la LH (Hormone Lutéinisante) et de la FSH (Hormone Folliculo-Stimulante) lorsqu'elle est sécrétée à petites doses, de façon pulsatile. Lorsque la GnRH ou analogues sont donnés à fortes doses, ils inhibent la sécrétion de LH et de FSH, entraînant un arrêt de la stimulation des ovaires ou des testicules et l'arrêt de la production des hormones sexuelles.

Les médicaments les plus prescrits dans ce cadre sont la Leuproréline et la Triptoréline. Ils se prennent sous forme d'injections intramusculaires, à raison d'une injection tous les mois initialement.

LES TRAITEMENTS HORMONAUX

Les TH sont généralement identiques à ceux donnés aux majeurs, mais **les dosages peuvent être plus bas** pour éviter notamment une fatigue importante et se rapprocher d'un profil hormonal adolescent.





SANTÉ SEXUELLE ET CONTRACEPTION

SANTÉ SEXUELLE

La prise d'un traitement hormonal peut modifier la libido et les envies, aussi **il est important de penser à la réduction des risques en santé sexuelle**. À l'heure actuelle, de nombreux outils existent pour se protéger au mieux en fonction de ses pratiques sexuelles : le dépistage (VIH/IST/hépatites), le traitement post-exposition (TPE), la prophylaxie pré-exposition (PrEP), le traitement comme prévention (TasP). Ils viennent en complément de l'utilisation du préservatif (interne ou externe) et de gel lubrifiant.

En fonction des pratiques sexuelles, il est important de penser au **dépistage du VIH/sida, des IST** et des hépatites. Le dépistage des IST doit prendre en compte toutes les parties du corps qu'on peut utiliser (vagin, verge, anus, bouche). L'idéal est de trouver un CeGIDD (centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic), un planning familial, un centre de santé sexuelle ou un-e médecin qui mette suffisamment à l'aise pour parler clairement des pratiques et des parties du corps utilisées, pour que les dépistages proposés soient bien adaptés.

La PrEP est un médicament permettant d'éviter la contamination par le VIH. Elle n'a pas d'interactions avec la prise d'hormones, par contre le mode de prise (en continue ou à la demande) doit être adapté aux types de pratiques et aux parties de son corps que

l'on utilise ou non. Par exemple, une personne transmasculine qui utilise son vagin pour des rapports sexuels devra forcément adopter la prise en continue (la prise à la demande ne permettant pas une imprégnation suffisante du médicament au niveau des muqueuses vaginales, de ce fait la protection n'est pas optimale).

En cas de séropositivité, il est important de parler à un-e infectiologue de la prise d'hormones, **car certains traitements antirétroviraux ont des interactions avec le traitement hormonal.**

Les papillomavirus humains, aussi appelés Human PapillomaVirus (HPV), regroupent plus de 200 types de HPV, dont environ 40 peuvent infecter les organes génitaux. Certains peuvent être à l'origine de lésions pré-cancéreuses et de cancers, d'autres sont tout à fait bénins. Il existe **un vaccin pour les personnes ayant un utérus, mais aussi celles qui n'en n'ont pas** afin d'éviter les cancers oro-pharyngés et anaux et/ou limiter la transmission à leurs partenaires.

Pour les personnes transmasculines qui ont toujours un utérus, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande de faire, en fonction de l'âge, un frottis cervico-utérin tous les 3 ans ou un dépistage du HPV tous les 5 ans.

Plus d'informations sur la santé sexuelle des personnes trans dans des publications comme le *Guide de santé sexuelle* de l'association Genres Pluriels ou la brochure *Vie sexuelle et transidentité* de la fédération LGBTI+, et plus spécialement sur la santé sexuelle des personnes transmasculines dans notre brochure **Dicklit et T Claques**. Il ne faut pas hésiter à se rapprocher d'associations comme Aides ou Sida Info Service en cas de besoin.

CONTRACEPTION

Une hormonothérapie ne constitue pas un moyen de contraception, même si la fertilité est généralement altérée. Il est donc possible de tomber enceint·e ou de faire tomber enceint·e une autre personne.

CONTRACEPTION TRANSMASCULINE

Une hormonothérapie à base de testostérone peut arrêter les cycles menstruels, mais ce n'est en aucun cas un moyen de contraception : **des ovulations peuvent avoir lieu** même sans règles, donc il est possible de tomber enceint·e sous testostérone.

Les méthodes de contraception utilisables sous testostérone

Contraception	Utilisation
Mécanique	
Préservatif externe	À chaque rapport
Préservatif interne	À chaque rapport
DIU en cuivre : « stérilet »	Durée de vie : 4-10 ans
Diaphragme	À chaque rapport
Cape cervicale	À chaque rapport
Spermicides	À chaque rapport, en complément d'une autre méthode.
Stérilisation définitive : hystérectomie, ligature des trompes	À vie
Hormonal : progestatifs	
Pilule microprogestative	Prise orale tous les jours
Implant sous-cutané	Durée de vie : 3 ans
DIU hormonal : « stérilet »	Durée de vie : 5 ans

LES CONTRACEPTIFS D'URGENCE

DIU en cuivre : pose possible jusqu'à 5 jours après un rapport non protégé.

Une prise orale de **Lévonorgestrel** 1,5 mg (fortes doses de progestatifs) dans les 72h après un rapport non protégé.

Une prise orale d'**Acétate d'Ulipristal** 30 mg (fortes doses de progestatifs) dans les 120h après un rapport non protégé.

CONTRACEPTION TRANSFÉMININE

Un traitement hormonal visant à supprimer la testostérone peut, à terme, supprimer la production de spermatozoïdes. Mais **il peut se passer plusieurs mois avant que tous les spermatozoïdes présents soient évacués.**

En attendant, ou en l'absence de traitement hormonal, l'utilisation d'un préservatif externe est conseillée. **C'est le seul contraceptif permettant de protéger aussi contre les infections sexuellement transmissibles.**

La contraception thermique consiste à mettre à la température du corps les testicules pendant au moins 15h par jour. En effet, au dessus de 35°C, la production de spermatozoïdes est supprimée. C'est aussi ce qui peut être fait lors du tucking.

La vasectomie qui consiste à couper lors d'une brève intervention le canal transportant les spermatozoïdes est très efficace, mais considérée comme irréversible. Cette méthode n'affecte pas la production de testostérone, ni la libido, ni les érections.

Enfin, il existe une méthode hormonale qui consiste à surcharger le corps en testostérone, mais celle-ci a des effets secondaires masculinisant contrariant une transition féminisante.



PARENTALITÉ TRANS

Depuis la loi de modernisation de la justice du XXI^e siècle de 2016, **il n'est plus nécessaire d'être stérilisé-e-s pour obtenir le changement de sa mention de sexe à l'état-civil (CEC)**. Dès lors, il est possible d'envisager plus facilement un projet parental quand on est une personne trans.

Ainsi, il est possible, comme pour toute personne cis, de demander une **adoption** (même si celle-ci reste source de discrimination pour les couples LGBT+).

La Gestation pour Autrui (GPA), permettant un projet parental même si aucun des parents ne peut porter l'enfant, est **interdite en France**.

SANS ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION

Une personne trans dont l'appareil reproductif est fonctionnel peut avoir, comme toute personne, un projet parental **en passant par les voies naturelles**, sans aide médicale.

Pour rappel, beaucoup de personnes trans n'effectuent jamais de transition hormonale et/ou chirurgicale. Ces personnes peuvent avoir un projet parental comme toute personne cis.

Les personnes qui prennent des hormones peuvent **arrêter leur traitement le temps nécessaire à retrouver leur fertilité**. Celle-ci ne revient toutefois pas systématiquement. C'est pourquoi une préservation de la fertilité peut être nécessaire.

Pour les personnes transféminine, le tucking (méthode pour camoufler son appareil génital) peut affecter la fertilité car les gonades montent en température réduisant la production de gamètes. Il est ainsi recommandé de ne pas en faire si l'on souhaite un projet parental.

La testostérone est absolument contre-indiquée pendant la grossesse (risque de malformations et de fausses couches). Si une grossesse est souhaitée, la testostérone doit être arrêtée avant et reprise une fois l'allaitement terminé.

AVEC ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION (PMA)

Depuis la loi de bioéthique du 2 août 2021, l'assistance médicale à la procréation (AMP ou PMA) est **ouverte aux femmes seules, en couple hétérosexuel, ou en couple lesbien** mais la loi n'a pas explicitement ouvert la PMA aux hommes. Cela signifie qu'**une personne transmasculine, même si son appareil reproductif est fonctionnel, ne peut a priori bénéficier de l'AMP** en portant l'enfant si le changement de mention de sexe a été fait à l'état-civil.

Si cette personne est en couple avec une femme cis (ou une personne transmasculine n'ayant pas changé d'état-civil), c'est cette dernière qui portera l'enfant. Les gamètes de la personne transmasculine ne pourront être utilisés dans ce projet parental, même si elles ont été préservées en France.

Toutefois, dans le cadre de l'inscription dans la constitution de l'interruption volontaire de grossesse, le Conseil d'État, dans un avis du 12 décembre 2023, ouvre cette « liberté » aux hommes trans en interprétant le mot *femme* comme "toute personne ayant débuté une grossesse, sans considération tenant à l'état civil". Dès lors, il peut être envisagé que cette définition juridique étendue puisse être transposée pour la PMA, l'ouvrant à toute personne pouvant débuter une grossesse. Cette interprétation nécessite toutefois d'être appliquée par la jurisprudence ou par des circulaires étendant la PMA aux personnes transmasculines.

Une personne transféminine peut profiter de l'AMP si elle est en couple avec une femme cis (qui portera l'enfant). Il sera alors possible d'utiliser les gamètes préservées avant sa transition.

LES PERSONNES TRANS PEUVENT ALLAITER

Une personne transféminine peut allaiter en déclenchant la production de lait parental par un **traitement hormonal adapté**, similaire à celui des mères adoptives, avec des hormones simulant la grossesse et des tirages du lait. Ce processus, lourd à mettre en place, a toutefois un résultat incertain. Pour les personnes transmasculines, l'allaitement sera possible après une grossesse avec plus ou moins de difficultés selon s'il a déjà subi une chirurgie de masculinisation au niveau de la poitrine, et dans tous les cas en arrêtant la testostérone.

Possibilités de projet parental selon sa situation

Personne transmasculine après changement d'état-civil (CEC)

	Sans PMA*	Avec PMA
... seul.e	OUI	NON
... avec une femme cis	NON	OUI si la femme cis porte l'enfant
... avec un femme trans	OUI	NON
... avec un homme cis	OUI	NON
...une personne transmasculine après CEC	NON	NON
...une personne transmasculine sans CEC	NON	OUI mais la personne sans CEC porte l'enfant

Personne transmasculine sans changement d'état-civil (CEC)

	Sans PMA*	Avec PMA
... seul.e	OUI	OUI
... avec une femme cis	NON	OUI
... avec un femme trans	OUI	OUI
... avec un homme cis	OUI	OUI
...une personne transmasculine après CEC	NON	OUI mais la personne sans CEC portera l'enfant
...une personne transmasculine sans CEC	NON	OUI

Personne transféminine avec ou sans changement d'état-civil (CEC)

	Sans PMA*	Avec PMA
... seul.e	NON	NON
... avec une femme cis	OUI	OUI
... avec un femme trans	NON	NON
... avec un homme cis	NON	NON
...une personne transmasculine après CEC	OUI	NON
...une personne transmasculine sans CEC	OUI	OUI

* sous réserve que les personnes disposent d'appareils reproductifs fonctionnels

PRÉSERVATION DE LA FERTILITÉ

Il est possible de préserver sa fertilité auprès des Centres d'Étude et de Conservation des Œufs et du Sperme humains (CECOS), qui sont présents dans toutes les régions.

La loi encadre strictement les cas dans lesquels une personne peut accéder à cette préservation :

« Toute personne dont la prise en charge médicale est susceptible d'altérer la fertilité ou dont la fertilité risque d'être prématurément altérée peut bénéficier du recueil ou du prélèvement et de la conservation de ses gamètes ou de ses tissus germinaux en vue de la réalisation ultérieure, à son bénéfice, d'une assistance médicale à la procréation, en vue de la préservation ou de la restauration de sa fertilité ou en vue du rétablissement d'une fonction hormonale. »
(code de la Santé publique, Article L2141-11)

Selon la fédération des CECOS, **tous les centres doivent accepter de recevoir des personnes trans pour réaliser une préservation** avant un traitement hormonal ou chirurgical risquant d'altérer la fertilité. La principale difficulté réside dans le fait que l'utilisation des gamètes peut être incertaine et dépendra des évolutions du cadre législatif.

POUR LES PERSONNES TRANSMASCULINES

Pour les personnes transmasculines souhaitant préserver leur fertilité, il est recommandé d'effectuer la procédure **avant d'entamer un TH**, car les effets de la testostérone sur les ovaires et/ou les gamètes sont encore mal connus (quelques études semblent indiquer un impact assez faible).

Les techniques de préservation les plus courantes sont :

- **La vitrification ovocytaire :** après une stimulation ovarienne qui dure entre 10 et 15 jours, les ovocytes sont prélevés lors d'une opération très rapide et sont aussitôt congelés à -196°C, puis conservés sans limite de durée. Certains CECOS le font sans stimulation ovarienne.
- **La cryopréservation ovarienne :** un ovaire ou une partie d'ovaire est prélevé par coelioscopie et congelé. Les tissus

prélèvés sont ensuite amenés à maturation en laboratoire, afin d'obtenir des ovocytes. Cette méthode n'est pas encore au point, mais devrait fonctionner dans un futur proche. Elle présente l'avantage que le prélèvement peut aussi se faire chez une personne pré-pubère. Il peut aussi être réalisé à l'occasion d'une hystérectomie.

Comme dit précédemment, ces méthodes existent en France, mais **l'utilisation des gamètes préservées est impossible en cas de changement d'état-civil**. En Espagne ou en Belgique, où les législations sont plus favorables, les possibilités d'utilisation sont bien plus nombreuses. Il faut alors compter entre 2 000 € et 4 000 € pour le prélèvement auxquels s'ajoute un coût annuel de conservation, non remboursés par la Sécurité sociale.

POUR LES PERSONNES TRANSFÉMININES

La façon la plus simple de préserver sa fertilité pour les personnes produisant du sperme est d'effectuer une auto-masturbation réalisée au CECOS. Il est recommandé de faire le dépôt **avant de démarrer un TH**, car on ignore dans quelle mesure la qualité du sperme est affectée par les différents traitements.

Si le prélèvement par auto-masturbation n'est pas envisageable, il est possible de prélever du tissu testiculaire par biopsie. Cette méthode n'est pas encore opérationnelle pour les personnes pré-pubères, mais elle pourrait l'être dans un futur proche.

Dans le cas d'une PMA avec une personne transmasculine réalisée à l'étranger (car impossible en France), il ne sera pas possible d'utiliser les gamètes conservés en France. Il sera alors nécessaire de les conserver dans le pays où le projet sera réalisé.

CHANGEMENT D'ÉTAT CIVIL



En facilitant le changement de prénom et en autorisant le changement de mention de sexe, la loi de modernisation de la justice du XXI^e siècle, adoptée en novembre 2016 et dont les circulaires d'application ont été publiées en 2017, constitue une

première historique pour la France qui ne disposait jusqu'alors d'aucune législation sur l'accès au changement d'état civil.

Malheureusement, en n'adoptant pas la simple déclaration en mairie pour le prénom et le genre comme c'est déjà le cas dans de nombreux pays (Argentine, Irlande, Belgique, Portugal, Danemark, Norvège, Suisse, Luxembourg, Malte, Islande...), elle constitue **une occasion ratée pour la France** d'entrer au rang de ceux ayant une législation véritablement démedicalisée et déjudiciarisée. Elle entérine plutôt **le règne de l'arbitraire et les difficultés d'accès pour les plus vulnérables**.

À l'heure actuelle, les ressortissants étrangers vivant sur le territoire français sont encore exclus d'office des procédures de changement de mention de sexe prévues par la législation française. Une exception est prévue pour les personnes réfugiées statutaires, apatrides ou bénéficiaires de la protection subsidiaire disposant d'un certificat tenant lieu d'acte de naissance délivré par l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA).

CHANGEMENT DE PRÉNOM-S

Le changement de prénom-s (articles L60 et L61-4 du code civil) peut être demandé **par tout·e citoyen·ne majeur·e** ou, pour les mineur·e-s, avec l'accord de tous les dépositaires de l'autorité parentale, **auprès de la mairie de son domicile ou de naissance.**

Relevant du même cadre légal que pour la déclaration de naissance, **il est possible de choisir un prénom épïcène (mixte/neutre)** ou des 2^e ou 3^e... prénoms de genres différents. De même, le nombre de prénoms à choisir est libre.

La demande doit être **déposée à l'officier d'état-civil** (le maire ou, le plus souvent, son délégataire au service état-civil). Même si la loi ne le demande pas explicitement, **l'agent·e peut chercher à vérifier l'intérêt légitime** de la demande. Selon la jurisprudence, la transidentité est considérée comme un intérêt légitime quand il s'agit de « mettre en adéquation son apparence physique (*sic*) et son état-civil [...] et ce indépendamment de l'introduction d'une procédure de changement de sexe » (annexe 2 de la circulaire du 17 février 2017).

Toutefois, selon l'article 225-1 du code Pénal, **toute discrimination fondée sur l'apparence physique ou l'identité de genre est pénalement répréhensible.** Dès lors, accorder un changement de prénom à une personne présentant des stéréotypes conformes à son genre revendiqué, mais le refuser à une autre ne rentrant pas dans ces stéréotypes serait constitutif d'une discrimination fondée sur l'apparence physique et sur l'identité de genre et ne saurait ainsi caractériser la « non-légitimité » à changer de prénom.

Afin de justifier l'intérêt légitime, un simple texte explicatif doit suffire. Dans les faits, il est souvent demandé d'autres documents : preuves d'utilisation du/des prénom-s (cartes d'abonnement, factures, etc.), témoignages de proches (ami·e-s, parents, etc.) et/ou sociaux (employeurs). **Un document médical ne peut pas légalement être exigé.**

La mairie n'a pas le droit de refuser de prendre la demande, ni de la rejeter. Si elle a un doute sur l'intérêt légitime de la demande, elle doit escalader au/à la procureur·e de la République qui décidera d'accorder ou non le changement de prénom.

En cas de refus, il est possible de faire appel de la décision (avec un·e avocat·e). Plus simplement, **une nouvelle demande peut être déposée** car la demande doit s'évaluer au moment du dépôt dans la même mairie ou dans l'autre (naissance/domicile).

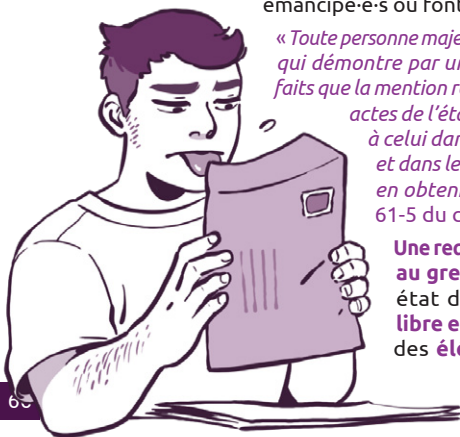
Une note à destination des officier·es d'état-civil est disponible sur outrance.org/prenoms.

CHANGEMENT DE LA MENTION DE SEXE À L'ÉTAT-CIVIL

Les articles L61-5 à L61-8 du code civil permettent de **changer la mention de sexe auprès du tribunal judiciaire (ex TGI) de son lieu de résidence ou de naissance**. Cette procédure n'est pas possible pour les mineur·e-s (sauf s'ils sont émancipé·e-s ou font appel à un·e avocat).

« Toute personne majeure ou mineure émancipée qui démontre par une réunion suffisante de faits que la mention relative à son sexe dans les actes de l'état civil ne correspond pas à celui dans lequel elle se présente et dans lequel elle est connue peut en obtenir la modification. » (art. 61-5 du code civil)

Une requête est alors à déposer au greffe du tribunal faisant état de son **consentement libre et éclairé** et fournissant des **éléments de preuve** en soutien à la demande (témoignages, carte



d'identité sur laquelle le prénom a déjà été changé, etc.). Le recours à un·e avocat·e n'est pas obligatoire pour cette demande. Souvent, l'intéressé·e sera auditionné·e par les juges avant que la décision ne soit prise. Cette audition est généralement très courte (moins de 5 minutes).

Un changement de prénom·s préalable en mairie peut soutenir la demande, toutefois, la modification du/des prénom·s peut être demandée à l'occasion de cette requête.

La loi précise que *« Le fait de ne pas avoir subi des traitements médicaux, une opération chirurgicale ou une stérilisation ne peut motiver le refus de faire droit à la demande »* (art. 61-6 al.3 du code civil). Il n'est donc pas nécessaire de produire quelque document médical que ce soit.

De même, afin que le jugement ne se fasse pas illégalement sur l'apparence physique, **il ne peut être exigé de produire des photos.**

Les associations disposent de **requêtes types** qui permettent de faciliter cette démarche. Certaines proposent aussi des permanences juridiques gratuites.



EFFETS DES CHANGEMENTS D'ÉTAT-CIVIL

Les changements de prénom-s et/ou de mention de sexe à l'état-civil sont inscrits en marge de l'acte de naissance. C'est à la date de cette retranscription que le nouvel état civil devient légal : **l'ancienne identité ne plus être utilisée**. Le délai pour cette inscription peut être long (1 à 2 mois pour un changement de mention de sexe).

Dès que l'acte de naissance est modifié, une copie intégrale peut être demandée à sa mairie de naissance afin de **commander des papiers d'identité actualisés** (carte d'identité, passeport, permis de conduire...). Cette démarche est **gratuite** et peut se préparer en ligne avec le site **ants.gouv.fr** (attention aux faux sites qui font payer la démarche).



QR-code vers
ants.gouv.fr

Il conviendra, avec la nouvelle carte d'identité, de faire changer toutes les références à l'identité auprès des administrations (impôts, banques, bailleurs, employeurs, électricité, téléphonie...), le plus souvent avec un simple courrier.

Les changements d'état-civil n'ont **pas de conséquences sur les contrats passés précédemment**. Ils restent valables (contrat de travail, acte de propriété, filiation...).

En cas de changement de la mention de sexe, **le premier chiffre du numéro INSEE (connu comme numéro de sécurité sociale) sera changé (1 pour les hommes et 2 pour les femmes)** ainsi que les deux derniers faisant office de clé. Il sera alors nécessaire de recréer un compte sur le portail **ameli.fr** avec le nouveau numéro de sécu (quand l'ancien compte ne fonctionne plus). Une nouvelle carte vitale peut être alors commandée. **Les droits, eux, sont transférés automatiquement.**



FOIRE AUX QUESTIONS

JE SUIS EN SITUATION PRÉCAIRE, COMMENT FINANCER MA TRANSITION ?

Si tu as des difficultés financières, certains médecins proposent des consultations en centre de santé, où il n'y a pas de dépassements d'honoraires et où la **Complémentaire santé solidaire** (C2S, anciennement CMU-C) ou l'ALD peuvent être acceptées. De la même façon, les bénéficiaires de l'Aide Médicale d'État peuvent accéder à la majorité des soins proposés lors d'un parcours de transition.

Selon les traitements, le coût d'achat des hormones peut être minime et habituellement bien pris en charge par la Sécurité sociale. De même, les opérations effectuées dans un hôpital public sont prises en charge.

N'hésite pas à te renseigner en parallèle sur ameli.fr et auprès des associations [trans](#) locales.

EST-CE QUE JE DOIS PRÉVENIR MES PARENTS ET/OU MES PROCHES ?

Les attentes, envies et besoins par rapport au TH sont multiples et peuvent varier considérablement d'une personne à une autre. Que cela concerne le choix des médicaments, la posologie, le moment de commencer, de suspendre ou d'arrêter le TH, les décisions ne peuvent être prises que par toi-même, idéalement avec un suivi médical approprié en parallèle.

Peu importe l'avis de tes proches, parents, partenaires, ami·e·s, que ces personnes soient elles-mêmes trans ou pas : les décisions t'appartiennent et ne peuvent être prises que selon ton libre choix et ton consentement éclairé, c'est-à-dire en disposant des informations nécessaires.

Dans la mesure où tout traitement hormonal est susceptible de provoquer assez rapidement des changements d'apparence qu'il peut être relativement difficile de cacher à ses proches (pousse de la barbe, pousse des seins, etc.), il peut être judicieux d'**anticiper des interrogations**, inquiétudes et autres réactions de la part de ton entourage.

Si des personnes ou des médecins essaient de faire pression sur toi ou exercent un chantage quelconque, n'hésite pas à te rapprocher des associations trans locales pour qu'elles te viennent en aide, puissent te renseigner et t'accompagner au mieux dans ta transition.

EST-CE QUE JE SUIS TROP JEUNE OU TROP VIEILLE/VIEUX ?

Il n'y a pas d'âge pour entamer une transition.

Il existe désormais des équipes médicales suivant les personnes mineures, qui peuvent être mises sous bloqueurs de puberté et/ou sous traitement hormonal (voir chapitre « Les TH chez les mineur·e·s »).

De la même façon, les personnes de 60 ans ou plus peuvent tout à fait prendre des hormones et/ou prévoir des opérations

chirurgicales. C'est avant tout une question de santé générale, mais il n'y a pas à proprement parler de personnes trop jeunes ou trop vieilles pour faire une transition.

JE SUIS NEURO-ATYPIQUE ET/OU J'AI UNE MALADIE NEUROLOGIQUE OU PSYCHIATRIQUE, PUIS-JE PRENDRE UN TH ?

Le simple fait d'être neuro-atypique ou d'avoir une maladie neurologique ou psychiatrique n'est **en rien incompatible** avec la prise d'un TH. Toutefois, certain·e·s psychiatres sont réticent·e·s à faire primer l'autodétermination des personnes neuro-atypiques et cherchent à s'assurer que leur demande de transition n'est pas le symptôme d'un autre trouble.

Concernant la prise d'antidépresseurs, d'anxiolytiques ou de thymorégulateurs, **il n'y a pas à strictement parler d'interaction** entre les différentes molécules, mais plutôt un effet cumulatif. Les régulateurs de l'humeur agissent eux aussi sur le foie, et contribuent donc à le fragiliser. Si les traitements sont pris sur le long terme, **un bon suivi est d'autant plus nécessaire** pour éviter le développement de maladies hépatiques précoces.

Par ailleurs, certaines sources évoquent des cas de personnes transmasculines ayant des troubles bipolaire, des troubles schizo-affectif et/ou une schizophrénie déstabilisé·e·s par la prise de testostérone, mais il n'existe à ce jour aucune étude consacrée à ces situations.



LEXIQUE

ALD

Affection de longue durée. Dispositif exonérant, visant à permettre la prise en charge de « pathologies » dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessitent un traitement prolongé et particulièrement coûteux, et pour lesquelles le ticket modérateur est supprimé (prise en charge à 100 % sur la base du tarif de la Sécurité sociale).

AMM

Autorisation de Mise sur le Marché, délivrée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et

des produits de santé (ANSM) avant toute commercialisation d'un produit en France.

ANDROGÈNES

Substances hormonales provoquant l'apparition des caractères sexuels secondaires « mâles », tels que la pilosité.

CEC

Changement d'état civil. C'est le fait, pour une personne trans ou intersexe, de modifier ses papiers d'identité afin que la mention du sexe assigné à la naissance et/ou les prénoms soient remplacés

par la mention du sexe/genre et/ou le/les prénoms choisis. Par simplification, le **CEC** est plus souvent utilisé pour désigner le changement de la mention de sexe à l'état-civil (et non le simple changement de prénom).

DEADNAME / MORINOM

Nom de naissance d'une personne **trans** qui a pu être changé en usage ou légalement. Le demander ou le rappeler constitue une attitude transphobe car perçue par certaines personnes comme invalidante.

HÉPATITES

Les **hépatites**, ou atteintes du foie, sont le plus souvent dues à une infection (virus) ou alors d'origine toxique (l'alcool et les médicaments). Les **hépatites** virales sont classées de A à G en fonction de la famille du virus en cause. Ces infections virales peuvent, selon les situations, toucher des personnes également exposées à un risque de **VIH** et d'autres **IST**.

DYSPHORIE DE GENRE

La **dysphorie de genre** est un terme psychiatrisant qui décrit la souffrance que certaines personnes peuvent ressentir en marge de leur **transidentité**.

Selon le **DSM V** de l'Association des Psychiatres Américains, elle suppose une détresse cliniquement significative en plus de la **transidentité**. La **dysphorie** est ainsi souvent utilisée en raccourci par les médias et des professionnel·le·s de santé pour résumer la **transidentité**. Même si de telles souffrances sont réelles, il est important de rappeler qu'elles ne sont ni systématiques, ni obligatoires pour justifier d'une prise en charge médicale et sont très loin de résumer la **transidentité**. De plus, bien souvent, la souffrance est due au regard des autres et à la **cisnormativité** de la société.

GAMÈTES

Spermatozoïdes ou **ovocytes** (qui deviennent ovules après fécondation).

GONADES

Ovaire ou **Testicule** : organe sexuel qui produit les **gamètes**. Les **gonades** jouent un rôle important dans la production des hormones sexuelles (**œstrogènes** ou **testostérone**).

HYSTÉRECTOMIE

Intervention qui consiste à retirer une partie ou la totalité des organes génitaux internes

femelles. Elle permet d'interrompre la sécrétion d'hormones femelles à partir des ovaires. Il est possible de réaliser une incision au fond du vagin pour évacuer l'utérus et les ovaires. Il est également possible de garder le col de l'utérus, mais attention aux risques de cancers à surveiller avec dépistages réguliers et suivi médical. Pour plus d'informations, voir notre brochure « OPÉ-TRANS ».

IST OU INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

Les infections sexuellement transmissibles ou IST sont des infections dues à des bactéries, virus et parasites et transmises par voie sexuelle. Il existe plus d'une trentaine d'IST.

Les huit IST les plus fréquentes :

- 4 maladies bactériennes ou parasitaires : la syphilis, la gonorrhée, la chlamydiae et la trichomonase, qui, lorsqu'elles sont diagnostiquées, peuvent être guéries.
- 4 autres virales : l'hépatite B, l'herpès génital, le VIH et le papillomavirus humain (VPH), difficiles ou impossibles à guérir, selon le type de virus.

Les infections sexuellement transmissibles se transmettent

principalement par contact cutané lors d'un rapport sexuel, vaginal, anal ou oral. Un grand nombre d'IST, notamment la chlamydiae, la gonorrhée, l'hépatite B, l'infection au VIH et la syphilis, se transmettent aussi de la mère à l'enfant pendant la grossesse et à l'accouchement.

MÉGENRER / MÉGENRAGE

Fait d'utiliser un autre genre ou d'autres pronoms (il, elle, iel, ul, xe...) que ceux souhaités par la personne, et/ou d'utiliser le prénom de naissance au lieu du prénom d'usage.

ŒSTROGÈNES (ESTROGÈNES)

Substances hormonales provoquant l'apparition des caractères sexuels secondaires «femelles», tels que le développement de la poitrine.

OUTING / (S')OUTER

L'outing est le fait de révéler l'homosexualité, la bisexualité, la transidentité, la non-binarité, l'intersexuation, la pansexualité ou l'asexualité d'une personne sans son consentement, voire contre sa volonté.

Au contraire, le fait de s'outier (faire son coming-out) auprès d'une autre personne, est le

fait de révéler soi-même son homosexualité, sa bisexualité, sa transidentité, sa non-binarité, son intersexuation, sa pansexualité ou son asexualité.

PASSER / PASSING

Ce terme issu à l'origine des luttes antiracistes est également utilisé pour désigner la capacité d'une personne trans à être perçue comme appartenant au genre désiré. Par extension, à être perçue non pas comme une personne trans, mais comme un homme ou une femme cis. Il est nécessaire d'utiliser ce terme avec des guillemets et beaucoup de précautions étant donné le jugement qu'il porte forcément sur l'apparence d'une personne. Il est aussi important de se rappeler que si certaines personnes trans souhaitent avoir un « bon passing » pour leur sécurité (agressions, discriminations) ou pour des raisons personnelles, toutes les personnes trans ne prendront pas forcément bien qu'on les « complimente » en leur disant qu'elles ont un « bon » passing (« on dirait pas » = « il est souhaitable que ça ne se voit pas »). Son usage par des personnes cis à propos des personnes trans est problématique pour cette raison.

PERSONNE CIS

Le préfixe cis- est l'antonyme de *trans-*. *Cis-* signifie qui conserve son état, *trans-*, qui va au delà, qui change d'état. Une personne cis est une personne non trans, une personne qui vit dans le genre qui lui a été assigné à la naissance. Chacun·e a une identité de genre, elle peut être trans et/ou cis.

PERSONNE INTERSEXE

Personne née avec des caractères sexuels (génitaux, hormonaux, gonadiques ou chromosomiques) qui ne correspondent pas aux définitions binaires types des corps masculins ou féminins. Le terme intersexe s'emploie pour décrire une large gamme de variations naturelles du corps, qui se développent à tout moment de la vie. Les personnes intersexes sont des personnes ayant subi une invalidation médicale de leurs corps sexués. Elles sont souvent mutilées très jeunes pour faire ressembler leurs organes génitaux aux standards mâle ou femelle, ces pratiques ont été reconnues comme torture par l'ONU et nous les dénonçons. Certaines personnes intersexes font le choix d'une transition, d'autres non. N'étant pas nous-mêmes une association de personnes

intersexes, nous invitons les personnes souhaitant davantage d'informations à consulter les associations intersexes.

PERSONNE NON-BINAIRE / NON-BINARITÉ

Personne dont l'identité de genre ne se retrouve pas dans la binarité homme/femme. En ce qu'elle se détache de son genre assigné, une personne non-binaire peut s'identifier comme une personne trans.

PERSONNE TRANS

Personne qui vit ou qui souhaite vivre dans un genre différent de celui qui lui a été assigné à la naissance. Cela englobe toute personne ayant fait ou souhaitant faire le choix d'une transition, qu'elle choisisse ou non d'avoir recours à des traitements médicaux dans cet objectif.

PERSONNE TRANSMASCULINE / HOMME TRANS

Personne assignée au féminin à la naissance effectuant une transition vers le masculin ou autre chose. Le terme personne transmasculine est à privilégier pour inclure les personnes non-binaires.

PERSONNE TRANSFÉMININE / FEMME TRANS

Personne assignée au masculin à la naissance effectuant une transition vers le féminin ou autre chose. Le terme personne transféminine est à privilégier pour inclure les personnes non-binaires.

PREP

Prophylaxie = éviter une infection.

Pré-exposition = le traitement doit se prendre avant (et après) un éventuel contact avec le VIH.

La PrEP s'adresse aux personnes qui n'ont pas le VIH et consiste à prendre un médicament afin d'éviter de se faire contaminer. Ce principe de prévention médicamenteuse n'est pas spécifique au VIH : médicaments pour éviter d'attraper le paludisme, statines pour réduire le risque de maladies cardiovasculaires, etc. Comme tout médicament, la PrEP doit être prescrite par un.e médecin (y compris généraliste) et nécessite un suivi avec notamment des dépistages réguliers. Plus d'informations sur aides.org.

QUEER

« Étrange » en anglais, terme parapluie qui englobe toutes les identités de genre ou orientations



sexuelles et romantiques qui diffèrent de la norme hétéro et cis. Il s'agissait à l'origine d'une insulte, que la communauté LGBTQ+ s'est réappropriée.

TH / THS

Traitement Hormonal/Traitement Hormonal de Substitution. C'est le fait, pour une personne transet/ou intersexe, de suivre un traitement à base d'un ou plusieurs produits afin de modifier la production d'hormones sexuelles, dans le but de basculer vers un autre profil hormonal.

TRANSIDENTITÉS

Ce terme permet de mettre l'accent sur l'identité sociale plutôt que sur la sexualité. Il nous paraît plus adéquat que les termes de transsexualisme

ou de transsexualité, empruntés à la classification des maladies mentales des manuels de psychiatrie.

On l'utilise au pluriel pour souligner la diversité des parcours (avec ou sans hormones, avec ou sans chirurgie...) et une « constellation » d'identités trans hors des schémas sexistes qui nous classent dans seulement deux catégories de genre stéréotypées.

TRANSPHOBIE

Rejet ou haine des personnes trans et/ou des transidentités. Elle peut s'exprimer de manière ouverte et violente (agressions, harcèlement, exclusion familiale, amicale ou professionnelle, refus de soin de la part du corps médical...) ou de manière plus insidieuse (civilités ou prénoms non respectés, accès

à l'emploi, accueil médical). La négation des identités de genre ou des transidentités est aussi clairement transphobe et peut inciter certain·e à des actes de haine.

L'identité de genre est un des motifs de discrimination reconnus par la loi (art. 225-1 du code pénal entre autres). Il est censé permettre de porter plainte et de faire condamner les actes ou propos transphobes, néanmoins il reste toujours difficile d'apporter des preuves, d'autant plus dans une société où la transphobie est parfois diffuse et bien ancrée dans l'administration elle-même.

TRANSSEXUEL·LE

Certaines personnes trans et certain·es professionnel·les de santé considèrent que les personnes transsexuel·les sont les personnes trans ayant eu une opération génitale. Cette catégorisation est dangereuse car elle installe une hiérarchie au sein des personnes trans et donne une injonction aux opérations médicales, indépendamment du besoin de la personne. Même si nous déconseillons l'usage de ce terme, si des personnes concernées l'utilisent, cet usage doit alors être respecté.

TRANSSEXUALISME

Terme désuet et pathologisant vécu comme péjoratif par la plupart des personnes trans. Les dictionnaires médicaux parlent de « syndrome de transsexualisme », de personnes « atteintes de transsexualisme ».

TRANSSEXUALITÉ

Terme encore utilisé notamment dans le discours médiatique et politique. En raison de la confusion qui est faite avec les questions de sexualité - et pour éviter les amalgames - nous préférons ne pas l'utiliser.

VIH OU VIRUS DE L'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE

Le virus de l'immunodéficience humaine ou VIH (en anglais HIV) est une espèce de rétrovirus infectant l'humain et responsable du syndrome d'immunodéficience acquise (sida), qui est un état affaibli du système immunitaire le rendant vulnérable à de multiples infections opportunistes.



association féministe d'autosupport trans

L'ASSOCIATION

OUTrans est une association féministe d'autosupport trans fondée à Paris en 2009 par des personnes trans et pour des personnes trans pour combler le manque en réseau d'autosupport et lutter contre la transphobie. Nos 4 champs d'activités sont :

AUTOSUPPORT

UN MAIL POUR DES RÉPONSES

Une question, besoin d'informations sur les transitions, de contacts de professionnel·les de santé...

Envoie un message sur l'adresse **autosupport@outrans.org**, un·e bénévole te répondra.

TROIS GROUPES DE PAROLE

Retrouve les jours, horaires et lieux sur outrans.org

- **Pour les personnes trans et/ou en questionnement**, en non-mixité, tous les 3^e samedis du mois
- **Pour les personnes trans et leurs proches**, une fois par mois
- **Pour les mineur·es et ados trans (et leurs proches)**, une fois tous les deux mois
- **Personnes trans «avancées» en non-mixité**, tous les deux mois
- **Personnes trans et partenaires**, tous les deux mois



FORMATIONS & SENSIBILISATIONS

L'association développe une offre complète de formation à l'accueil des personnes trans, à destination des associations LGBT+ ou recevant un public trans, des institutions, des adultes de l'éducation nationale, des étudiant·e·s en médecine, des professionnel·le·s de santé...



ÉDITION DE BROCHURES

Disponibles en téléchargement sur notre site (outrans.org) ou sur commande.

- **Dicklit et T Claques** : santé sexuelle pour les personnes transmasculines et leurs amants
- **Hormones et Parcours Trans** : Informations sur les parcours de transitions (cette brochure)
- **Opé-Trans** : Opérations possibles dans les parcours masculinisants ou féminisants



ACTION MILITANTE & PLAIDOYER

Participation à des événements militants pour défendre les droits des personnes trans comme l'ExisTransInter.

Plaidoyer pour faire avancer les droits. L'association est membre :

- de la **Fédération Trans et Intersexe**
- du **ReST**, réseau de santé trans, rassemblant des associations de personnes concernées et de professionnel·les de santé
- du comité d'entente LGBT+ du **Défenseur Des Droits**
- du comité de suivi du plan LGBT+ de la **DILCRAH**
- de la plateforme **Trajectoires Jeunes Trans**

OUTrans est partenaire du ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche.

out rans

association féministe d'autosupport trans

