

# Déclaration de l'IMAP sur l'hormonothérapie pour les personnes transgenres et de genre divers

## Introduction

Cette déclaration a été préparée par le Groupe consultatif médical international (IMAP) et a été approuvée en juin 2023.

Cette « Déclaration sur l'hormonothérapie pour les personnes transgenres et de genre divers » complète et s'appuie sur les déclarations IMAP antérieures, y compris la déclaration IMAP sur l'hormonothérapie pour les personnes transgenres (octobre 2015), « Droits sexuels et services de santé sexuelle » et « Santé sexuelle et droits des adolescents et des jeunes ». Dans ces déclarations, l'IPPF a explicitement exploré les droits sexuels et la santé sexuelle des personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres et intersexuées et a décrit comment fournir les services de santé non discriminatoires et essentiels requis par ces populations.

## Objet de cette déclaration

L'IMAP a élaboré cette déclaration sur l'accès à l'hormonothérapie d'affirmation de genre (HTAG) pour les personnes transgenres et de genre divers (TGD) dans le cadre de l'engagement de l'IPPF et de ses associations membres à améliorer les services liés à la santé sexuelle et reproductive pour tous, y compris diverses orientations sexuelles et identités de genre.

Un nombre croissant d'associations membres de l'IPPF répondent aux besoins de santé sexuelle et reproductive des personnes TGD. Certains ont pris des mesures pour fournir la HTAG aux personnes TGD. La HTAG fait partie de l'affirmation de l'identité de genre pour de nombreuses personnes TGD, donc fournir ce service les aide à réaliser leurs droits sexuels et de genre. Cette déclaration IMAP comprend des informations essentielles sur la HTAG pour les personnes TGD

et une orientation clinique concise sur l'initiation et le suivi.

Cette déclaration s'appuie principalement sur deux lignes directrices de réputation internationale : 1) « Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People » produit par la World Professional Association for Transgender Health (WPATH) (1) et 2) les lignes directrices de pratique clinique de l'Endocrine Society pour l'hormonothérapie sexuelle croisée. (2)

## Public visé

Cette déclaration est destinée aux associations membres de l'IPPF pour décrire les besoins en hormonothérapie des personnes TGD et leur permettre de renforcer les services ou les références liés à la transition de genre. Cette déclaration peut également être utile pour les fournisseurs de soins primaires et les médecins intéressés par ou fournissant déjà une hormonothérapie et pour d'autres organisations, militants et chercheurs, politiques et décideurs travaillant à l'amélioration de l'accès universel aux services de santé sexuelle pour les communautés marginalisées.

## Qui sont les personnes TGD ?

Le sentiment d'identité de genre de la plupart des gens correspond au genre qui leur a été assigné à la naissance. C'est-à-dire qu'une personne à qui l'on attribue un sexe masculin à la naissance s'identifie généralement comme un garçon/homme (défini comme leur « genre »), et une personne à qui l'on attribue un sexe féminin à la naissance s'identifie généralement comme une fille/femme (son genre).

Les personnes TGD sont des individus de tout âge dont l'identité et l'expression de genre ne sont pas conformes aux normes et aux attentes traditionnellement associées à leur sexe assigné à la naissance. Dans l'usage contemporain, « transgenre » ou « trans » est devenu un terme générique pour diverses identités et expériences. D'autres mots incluent « de genre divers », parfois utilisés pour les personnes qui ne s'identifient pas comme transgenres ou trans mais qui ont une identité de genre différente de celle assignée à la naissance. Toutes les personnes transgenres ne souhaitent pas subir des interventions médicales d'affirmation de genre telles que la HTAG et la chirurgie d'affirmation de genre (CAG). Un glossaire des termes est présenté dans l'encadré 1.

### Encadré 1 (1) :

**CISGENRE** fait référence aux personnes dont l'identité de genre actuelle correspond au sexe qui leur a été assigné à la naissance.

**GENRE** : selon le contexte, le genre peut faire référence à l'identité de genre, à l'expression de genre et/ou au rôle social de genre, y compris les compréhensions et les attentes culturellement liées aux personnes assignées de sexe masculin ou féminin à la naissance. Les identités de genre autres que celles des hommes et des femmes (qui peuvent être soit cisgenres, soit transgenres) incluent transgenre, non-binaire, genrequeer, neutre, agenre, fluide de genre, et « troisième » genre, entre autres ; de nombreux autres genres sont reconnus à travers le monde.

**L'AFFIRMATION DE GENRE** fait référence à la reconnaissance ou à la validation de l'identité de genre d'une personne. Elle est généralement conceptualisée comme ayant des dimensions sociales,

psychologiques, médicales et juridiques. L'affirmation de genre est utilisée comme terme au lieu de transition (comme dans l'affirmation de genre médicale) ou peut être utilisée comme adjectif (comme dans les soins d'affirmation de genre).

La **CHIRURGIE D’AFFIRMATION DE GENRE** (CAG) décrit la chirurgie visant à modifier les caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires afin d'affirmer l'identité de genre d'une personne.

**GENRE BINAIRE** fait référence à l'idée qu'il y a deux et seulement deux genres, hommes et femmes, l'attente que tout le monde soit l'un ou l'autre et que tous les hommes sont de sexe masculin et que toutes les femmes sont de sexe féminin.

**GENRE DIVERS** est un terme utilisé pour décrire les personnes ayant des identités et/ou des expressions de genre différentes des attentes sociales et culturelles attribuées à leur sexe assigné à la naissance. Cela peut inclure, parmi de nombreuses autres identités culturellement diverses, des personnes qui s'identifient comme non binaires, genre expansif, non conformes au genre et d'autres qui ne s'identifient pas comme cisgenres.

La **DYSPHORIE DE GENRE** décrit un état de détresse ou d'inconfort qui peut être ressenti parce que l'identité de genre d'une personne diffère de celle qui est physiquement et/ou socialement attribuée à son sexe assigné à la naissance. La dysphorie de genre est également un terme diagnostique dans le DSM-5 indiquant une incongruité entre le sexe assigné à la naissance et le genre vécu accompagné de détresse. Cependant, toutes les personnes transgenres et de genres divers ne souffrent pas de dysphorie de genre.

**GENRE EXPANSIF** est un adjectif souvent utilisé pour décrire les personnes qui s'identifient ou s'expriment de manière à élargir les comportements ou les croyances socialement et culturellement définis associés à un sexe particulier. Le terme « créativité de genre » est aussi parfois utilisée. Par exemple, le terme « variante de genre » a été utilisé dans le passé et disparaît de l'usage professionnel en raison des connotations négatives qui lui sont désormais associées.

**L'EXPRESSION DE GENRE** fait référence à la façon dont une personne adopte ou exprime son genre dans la vie quotidienne et dans le contexte de sa culture et de sa société. L'expression du genre à travers l'apparence physique peut inclure l'habillement, la coiffure, les accessoires, les cosmétiques, les interventions hormonales et chirurgicales, les manières, la parole, les modèles de comportement et les noms. L'expression de genre d'une personne peut être conforme ou non à son identité de genre.

**L'IDENTITÉ DE GENRE** fait référence au sentiment de genre profondément ressenti, interne et intrinsèque d'une personne.

**L'INCONGRUENCE DE GENRE** est un terme diagnostique utilisé dans la CIM-11. Il décrit l'expérience marquée et persistante d'une personne d'incompatibilité entre l'identité de genre de cette personne et le genre attendu d'elle en fonction de son sexe assigné à la naissance.

**INTERSEXE** fait référence aux personnes nées avec des organes sexuels ou reproducteurs ou des organes génitaux qui ne correspondent pas aux définitions binaires de « féminin » ou « masculin ».

**MÉGENRER/MÉGENRAGE** se réfère à quand le langage ne reflète pas correctement le genre avec lequel une personne s'identifie. Il peut s'agir d'un pronom (il/lui, elle) ou d'une forme d'adresse (monsieur).

**NON-BINAIRE** fait référence à ceux qui ont des identités de genre en dehors du genre binaire. Les personnes ayant des identités de genre non binaires peuvent s'identifier comme partiellement un homme et partiellement une femme, ou s'identifier parfois comme un homme et parfois une femme, ou s'identifier comme un genre autre qu'un homme ou une femme, ou comme n'ayant pas de genre du tout. Les personnes non-binaires peuvent utiliser les pronoms iel/ellui au lieu de il/lui/son ou elle/elle/sa. Certaines personnes non binaires se considèrent comme transgenres ou trans. Certains ne le font pas parce qu'ils considèrent que les transgenres font partie du genre binaire. L'abréviation NB ou « enby » est parfois utilisée comme descripteur pour non-binaire. Des exemples d'identités de genre non binaires sont genderqueer, de genres divers, de genre fluide, de demigenre, bigenre et agenre.

Le **SEXE ATTRIBUÉ À LA NAISSANCE** fait référence au statut d'une personne en tant qu'homme, femme ou intersexe en fonction de ses caractéristiques physiques. Le sexe est généralement assigné à la naissance en fonction de l'apparence des organes génitaux externes. FAAN est l'abréviation anglaise de « femme assignée à la naissance ». HAAN est l'abréviation anglaise de « homme assigné à la naissance ».

**L'ORIENTATION SEXUELLE** fait référence à l'identité sexuelle, aux attirances et aux comportements d'une personne à l'égard des autres en fonction de leur(s) genre(s) et/ou de leurs caractéristiques sexuelles et de celles de leurs partenaires. L'orientation sexuelle et l'identité de genre sont des termes distincts.

**TRANSGENRE** ou trans sont des termes génériques utilisés pour décrire les personnes dont les identités de genre et/ou les expressions de genre ne correspondent pas à ce qui est généralement attendu pour le sexe auquel elles ont été assignées à la naissance. Au lieu de cela, ces mots doivent toujours être utilisés comme adjectifs (comme dans « personnes trans ») et jamais comme noms (comme dans « transgenres »), et jamais comme verbes (comme dans « transgenré »).

Les **HOMMES TRANSGENRES** ou les **HOMMES TRANS** ou les **HOMMES D'EXPÉRIENCE TRANS** sont des personnes ayant des identités de genre en tant qu'hommes qui ont été assignées au sexe féminin à la naissance. Ils peuvent ou non avoir subi une transition. FAH ou Femme à homme sont des termes plus anciens qui ne sont plus utilisés.

**FEMMES TRANSGENRES** ou **FEMMES TRANS** ou **FEMMES D'EXPÉRIENCE TRANS** sont des personnes qui ont des identités de genre en tant que femmes et qui ont été assignées comme homme à la naissance. Ils peuvent ou non avoir subi une transition. HAF ou homme à femme sont des termes plus anciens qui ne sont plus utilisés.

# Déclaration de l'IMAP sur l'hormonothérapie pour les personnes transgenres et de genre divers

La **TRANSITION** fait référence au processus par lequel les personnes passent généralement de l'expression de genre associée à leur sexe assigné à la naissance à une autre expression de genre qui correspond mieux à leur identité de genre. Les gens peuvent effectuer une transition sociale en utilisant des méthodes telles que le changement de nom, de pronom, de vêtements, de coiffure et/ou la façon dont ils bougent et parlent. La transition peut impliquer ou non des hormones et/ou des interventions chirurgicales pour modifier le corps physique. La transition peut être utilisée pour décrire le processus de changement de l'expression de genre d'une personne de n'importe quel genre à un genre différent. Les gens peuvent faire la transition plus d'une fois dans leur vie.

La **TRANSPHOBIE** fait référence aux attitudes, croyances et actions négatives concernant les personnes transgenres et de genres divers. La transphobie peut être mise en œuvre dans des politiques et des pratiques discriminatoires au niveau structurel ou de manière personnelle. La transphobie peut également être intériorisée lorsque les personnes transgenres et de genres divers acceptent et reflètent des préjugés sur elles-mêmes ou sur d'autres personnes transgenres et de genres divers. Bien que la transphobie résulte parfois d'une ignorance involontaire plutôt que d'une hostilité directe, ses effets ne sont jamais bénins. Certaines personnes utilisent le terme préjugé anti-transgenre au lieu de transphobie.

## Points de vue médicaux actuels sur les identités TGD

L'identité de genre est généralement considérée comme établie au cours des premières années préscolaires (1). Pour certaines personnes, leur reconnaissance comme étant différente de leur genre assigné peut se produire pendant l'enfance même. Pour d'autres, cette reconnaissance peut survenir à l'adolescence ou à l'âge adulte.

La compréhension du développement de l'identité de genre évolue et a été compliquée par la politisation des soins de santé TGD et de la vie TGD (par exemple, les sports, les toilettes). La World Professional Association for Transgender Health (WPATH) note spécifiquement que « l'expression des caractéristiques de genre, y compris les identités, qui ne sont pas associées de manière stéréotypée au sexe assigné à la naissance, est un phénomène humain commun et culturellement diversifié [qui] ne doit pas être jugé comme intrinsèquement pathologique ou négatif ». (1)

Cette compréhension changeante de l'identité de genre se reflète dans l'évolution de la

nomenclature des systèmes de diagnostic. Dans la cinquième édition du « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM V-TR) », le terme « trouble de l'identité de genre » est remplacé par le terme « dysphorie de genre ». La « dysphorie de genre » fait référence à l'inconfort ou à la détresse causés par un écart entre l'identité de genre d'une personne et le sexe assigné à cette personne à la naissance (et son rôle de genre associé et/ou ses caractéristiques sexuelles primaires et secondaires).

WPATH souligne que seules certaines personnes TGD souffrent de dysphorie de genre à un moment donné. Dans la 10e édition (1994) de la Classification internationale des maladies (CIM 10) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la catégorie « trouble de l'identité de genre » existe toujours. Cependant, l'OMS a supprimé de nombreux termes liés à l'identité de genre, y compris « trouble de l'identité de genre » dans la CIM 11 (2022). De plus, « l'incongruité de genre » a été ajoutée sous Conditions liées à la santé sexuelle. L'incongruence de genre est une incongruité marquée et persistante entre le genre ressenti ou vécu et le genre assigné à la naissance.

## Soins affirmant le genre pour les personnes TGD

Les personnes TGD ont des besoins divers en matière de services liés à la transition de genre ; toutes les personnes TGD ne veulent pas affirmer leur corps par le biais de procédures médicales affirmant le genre. Les procédures comprennent l'hormonothérapie d'affirmation de genre (HTAG) ; chirurgie d'affirmation de genre (CAG), comme procédures du visage, des seins, de la poitrine, du corps ou des organes génitaux ; et épilation du visage et thérapie de la voix et de la communication. WPATH recommande que les systèmes de santé fournissent des soins de santé médicalement nécessaires et affirmant le genre pour les personnes TGD (1).

## Normes actuelles de soins pour l'hormonothérapie d'affirmation de genre (HTAG) pour les adultes TGD

Les normes de soins WPATH couvrent la HTAG pour les adultes et les adolescents TGD (1). Les lignes directrices de pratique clinique de l'Endocrine Society offrent une source supplémentaire et complète pour la HTAG (2). Les schémas thérapeutiques suivants s'inspirent de ces deux lignes directrices, et il est conseillé aux cliniciens des associations membres de s'y référer pour se tenir au courant des changements basés sur les preuves émergentes.

La HTAG n'est pas recherchée par toutes les personnes TGD, cependant, elle est médicalement nécessaire pour ceux qui en font la demande. Selon le système de classification diagnostique utilisé par le système de soins de santé ou si un diagnostic est requis, une évaluation de la dysphorie de genre (DSM-5-TR) ou de l'incongruité de genre (ICD-11) est recommandée avant d'initier la HTAG. Cette évaluation peut être faite par un professionnel de la santé mentale généraliste ou une équipe multidisciplinaire ayant une expérience adéquate dans la prestation de soins aux personnes TGD. Les critères de WPATH pour l'hormonothérapie chez l'adulte sont (1) :

## Relatifs au processus d'évaluation

- Les professionnels de la santé évaluant les adultes TGD à la recherche d'un traitement d'affirmation de genre doivent assurer la liaison avec des professionnels de différentes disciplines dans le domaine de la santé trans pour consultation et référence, si nécessaire.
- Si une documentation écrite ou une lettre est requise pour recommander un traitement médical et chirurgical affirmant le genre (TMCAG), seule une lettre d'évaluation d'un professionnel de santé compétent pour évaluer les personnes transgenres et de genre divers est nécessaire.

## Critères pour les hormones

1. L'incongruité de genre est marquée et soutenue ;
2. Répond aux critères de diagnostic de l'incongruité de genre avant un traitement hormonal affirmant le genre dans les régions où un diagnostic est nécessaire pour accéder aux soins de santé ;
3. Démontre sa capacité à consentir au traitement hormonal spécifique d'affirmation de genre ;
4. D'autres causes possibles d'incongruité apparente entre les sexes ont été identifiées et exclues ;
5. La santé mentale et les conditions physiques qui pourraient avoir un impact négatif sur le résultat du traitement ont été évaluées, avec des risques et des avantages discutés ;
6. Ils comprennent l'effet du traitement hormonal affirmant le genre sur la reproduction et ont exploré les options de reproduction.

# Déclaration de l'IMAP sur l'hormonothérapie pour les personnes transgenres et de genre divers

Les personnes TGD doivent recevoir des informations précises et complètes sur les avantages et les risques de l'hormonothérapie, y compris des informations sur les effets physiques réversibles et permanents. Le consentement éclairé est fondamental pour la fourniture du HTAG. Il est de bonne pratique de fournir un formulaire de consentement écrit qui énonce les risques et les avantages du traitement avant qu'il ne soit initié. Comme la HTAG à long terme affecte la fertilité (la capacité à produire des spermatozoïdes ou des ovules viables), WPATH recommande que les décisions concernant la fertilité soient toujours discutées avec le client. Par exemple, ils peuvent être informés sur les banques de sperme, les ovocytes (ovules) ou la congélation d'embryons.

## QUI PEUT FOURNIR LA HTAG AUX ADULTES TRANSGENRES ?

Dans le monde entier, des médecins de différentes spécialités proposent une hormonothérapie pour les adultes TGD, y compris l'endocrinologie, la médecine familiale, les soins primaires, la médecine interne, l'obstétrique et la gynécologie et la psychiatrie. Le Global Education Institute du WPATH propose une formation en HTAG. Selon le niveau de confort et l'expérience, les fournisseurs de soins primaires peuvent amorcer une hormonothérapie ou maintenir une hormonothérapie commencée par un endocrinologue ou un autre médecin expérimenté. Au minimum, ils devraient être en mesure de fournir des informations sur l'hormonothérapie et de les orienter vers des professionnels de la santé expérimentés dans la fourniture d'hormonothérapie. Les prestataires de soins primaires peuvent déjà avoir de l'expérience dans l'utilisation des œstrogènes (pour la contraception et le remplacement des œstrogènes chez les femmes ménopausées), de la testostérone (pour l'hypogonadisme et les états de déficit en androgènes) et des médicaments bloquant la testostérone (pour l'hirsutisme et les maladies de la prostate). Ces connaissances et

cette expérience peuvent être utilisées pour initier et maintenir une hormonothérapie chez les clients TGD qui n'ont pas de conditions comorbides.

Le but de la HTAG est d'aligner l'apparence extérieure du corps avec le sexe expérimenté. En plus des changements physiques, les avantages psychologiques se manifestent sous la forme d'une amélioration de la qualité de vie, qu'ils aient ou non subi un CAG, car le fait d'être sous HTAG peut aider à affirmer l'identité de genre [\(1\)](#).

Pour un clinicien, un objectif pratique de l'hormonothérapie pour la testostérone est d'augmenter et de maintenir les taux sanguins de testostérone dans la plage normale pour un homme biologique (300-1000 ng/dl) en administrant de la testostérone à des doses similaires à celles utilisées pour le traitement de l'hypogonadisme. (injections, comprimés ou timbres cutanés). De même, un objectif pratique de l'hormonothérapie pour les œstrogènes est de diminuer et de maintenir les niveaux de testostérone à 30-100 ng/dl sans niveaux supraphysiologiques d'œstradiol (< 200 pg/ml). Ceci est réalisé en administrant des œstrogènes similaires à ceux de la ménopause post-chirurgicale (moins de 50 ans) et de la ménopause (plus de 50 ans) et en fournissant des anti-androgènes (par exemple spironolactone, acétate de cyprotérone). En général, les hormones sont initiées à faible dose et progressivement augmentées pour obtenir les effets physiques et/ou les niveaux de testostérone souhaités. Une fois l'impact physique maximal atteint (généralement deux à trois ans), une dose d'entretien est utilisée. La posologie est également ajustée en fonction de l'âge et des conditions de santé associées (par exemple, l'hypertension et le diabète). Après l'ablation chirurgicale des gonades, le remplacement hormonal par des œstrogènes ou de la testostérone dure toute la vie et doit être adapté à chaque individu. Les AM peuvent fournir des références pour la gonadectomie comme moyen de fournir des soins affirmant le genre.

La grossesse est une contre-indication absolue au traitement par la testostérone ; les contre-indications relatives sont l'hypertension artérielle sévère, l'apnée du sommeil et la polycythémie. L'œstrogénothérapie est associée à des événements thromboemboliques et l'évaluation et le traitement des conditions prothrombotiques ou des facteurs de risque doivent être entrepris avant de commencer le traitement. La présence au départ de maladies telles qu'un cancer hormonosensible, une coronaropathie, une maladie cérébrovasculaire, une hyperprolactinémie, une hypertriglycéridémie et une lithiase biliaire doit être évaluée avant le début de l'hormonothérapie d'affirmation de genre.

## THÉRAPIE ŒSTROGÉNIQUE

### Régimes (voir tableau 1)

Le choix du régime hormonal dépend de si la personne a subi une gonadectomie (si les testicules, une source importante de testostérone, sont retirés), évaluer la présence d'affections comorbides telles que l'hypertension et l'hyperlipidémie et évaluer le risque de thromboembolie. Des œstrogènes exogènes doivent être fournis et les effets de la testostérone endogène (provenant des testicules) doivent être bloqués. Par conséquent, une combinaison d'œstrogènes et d'anti-androgènes (tels que la spironolactone ou l'acétate de cyprotérone) est nécessaire pour une personne qui n'a pas subi d'ablation des testicules.

**Tableau 1 : Régimes hormonaux chez les adultes transgenres et de genre divers**

### Régime à base d'œstrogènes (transféminin)

#### Œstrogène

##### Orale ou sublinguale

Œstradiol 2,0-6,0 mg/jour

##### Transdermique

Patch transdermique d'œstradiol 0,025-0,02 mg/jour

Gel d'œstradiol - divers ≠ quotidiennement sur la peau

##### Parentéral

Valérate ou cypionate d'œstradiol 5-30 mg IM toutes les 2 semaines  
2-10 IM chaque semaine

#### Anti-androgènes

Spironolactone 100-300 mg/jour

Acétate de cyprotérone 10 mg/jour\*\*



# Déclaration de l'IMAP sur l'hormonothérapie pour les personnes transgenres et de genre divers

Agoniste de la GnRH	3,75-7,50 mg SC/IM mensuellement
Formulation de dépôt d'agoniste de la GnRH	11,25/22,5 mg SC/IM 3 à 6 fois par mois

≠ La quantité appliquée varie selon la formulation et la force

## Régime à base de testostérone (transmasculin)

### Hommes transgenres

Testostérone

Parentéral

Énanthate/cypionate de testostérone	50-100 IM/SC par semaine ou 100-200 IM toutes les 2 semaines
Undécanoate de testostérone	1000 mg IM toutes les 12 semaines ou 750 mg IM toutes les 10 semaines

Testostérone transdermique

Gel de testostérone 50-100 mg/jour

Patch transdermique de testostérone 2,5-7,5 mg/jour

*\*Les doses sont augmentées ou diminuées jusqu'à ce que les taux d'hormones stéroïdes sexuelles se situent dans la plage thérapeutique. Les régimes hormonaux ne reflètent pas toutes les formulations disponibles dans toutes les pharmacies du monde. Les régimes hormonaux peuvent devoir être adaptés à ce qui est disponible dans les pharmacies locales.*

*\*\* Kijupers et al (2021)*

Parmi les œstrogènes, les œstrogènes conjugués sont généralement préférés aux œstrogènes synthétiques (éthynylestradiol). De même, l'administration transdermique d'œstrogènes est préférée pour les personnes à risque de maladie thromboembolique, bien que les comprimés et les injections soient plus efficaces pour obtenir des effets féminisants. L'hormone de libération de la gonadotrophine (GnRH) est également utilisée, mais elle est coûteuse et ne convient pas pendant une période prolongée.

### Effets

Il y a une variation individuelle dans les effets des œstrogènes et des anti-androgènes. Au cours des trois à six premiers mois, les clients peuvent s'attendre à une diminution de la croissance des poils du visage et du corps, à une diminution du désir sexuel, à une réduction des érections spontanées, à un ramollissement de la peau, à une diminution de la peau grasse, à une diminution de la masse musculaire, à une redistribution de la graisse corporelle et au développement des seins. La croissance mammaire peut ne culminer qu'après deux ans d'hormonothérapie (voir tableau 2).

**Tableau 2 : Évolution temporelle prévue des changements physiques en réponse à l'hormonothérapie (œstrogènes ou testostérone)**

**Régime à base de testostérone**

<b>Effet</b>	<b>Début</b>	<b>Maximum</b>
Peau grasse/acné	1-6 mois	1-2 ans
Croissance des poils sur le visage/ corps	6-12 mois	> 5 ans
Perte de cheveux du cuir chevelu	6-12 mois	> 5 ans
Augmentation de la masse/force musculaire	6-12 mois	2-5 ans
Redistribution des graisses	1-6 mois	2-5 ans
Arrêt des règles	1-6 mois	1-2 ans
Élargissement du clitoris	1-6 mois	1-2 ans
Atrophie vaginale	1-6 mois	1-2 ans
Approfondissement de la voix	1-6 mois	1-2 ans

**Régimes à base d'œstrogène et de testostérone**

<b>Effet</b>	<b>Début</b>	<b>Maximum</b>
Redistribution de la graisse corporelle	3-6 mois	2-5 ans
Diminution de la masse musculaire et de la force	3-6 mois	1-2 ans
Adoucissement de la peau/diminution du gras	3-6 mois	Inconnu
Diminution du désir sexuel	1-3 mois	Inconnu
Diminution des érections spontanées	1-3 mois	3-6 mois
Diminution de la production de sperme	Inconnu	2 ans
Croissance mammaire	3-6 mois	2-5 ans
Diminution du volume testiculaire	3-6 mois	Variable
Diminution de la croissance des poils terminaux	6-12 mois	> 3 ans
Augmentation des cheveux du cuir chevelu	Variable	Variable
Changements de voix	Néant	

Adapté de Hembree et al., 2017

## Surveillance

Les clients TGD sous hormonothérapie doivent faire l'objet d'un suivi de la féminisation et des effets indésirables tous les trois mois pendant la première année, puis tous les 6 à 12 mois (voir tableau 3). Les taux sériques de testostérone et d'œstradiol doivent être surveillés lors des visites de suivi, et le taux de ces hormones doit être maintenu dans les limites normales (testostérone

sérique < 50 ng/dl ; œstradiol sérique 100-200 pg/ml).

Des tests de laboratoire doivent être effectués lors des visites de suivi : prolactine sérique, triglycérides, taux de potassium (en cas d'utilisation de spironolactone) et dépistage de la densité minérale osseuse (car de faibles doses peuvent entraîner une perte osseuse) et dépistage périodique du cancer de la prostate et du sein.

### **Tableau 3 : Surveillance hormonale des personnes transgenres et de genre divers recevant une hormonothérapie d'affirmation de genre (2)**

#### **Individus transgenres de sexe masculin ou transmasculins (y compris de genre divers/non binaires)**

1. Évaluer le patient environ tous les 3 mois (avec des changements de dose) la première année et 1 à 2 fois par an par la suite pour surveiller les changements physiques appropriés en réponse à la testostérone.
2. Mesurez la testostérone totale sérique tous les 3 mois (avec des changements de dose) jusqu'à ce que les niveaux soient à l'objectif.
  - a. Pour la testostérone parentérale, la testostérone totale sérique doit être mesurée à mi-chemin entre les injections. Le niveau cible est de 400 à 700 ng/dl. Alternativement, mesurez les pics et les creux pour vous assurer que les niveaux restent dans la plage des hommes de référence.
  - b. Pour l'undécanoate de testostérone par voie parentérale, la testostérone doit être mesurée juste avant l'injection. Si le niveau est < 400 ng/dl, ajuster l'intervalle de dosage.
  - c. Pour la testostérone transdermique, le taux de testostérone peut être mesuré au plus tôt après 1 semaine d'application quotidienne (au moins 2 heures après l'application du produit).
3. Mesurez les concentrations d'hématocrite ou d'hémoglobine au départ et environ 3 mois (avec des changements de dose) pendant la première année, puis une à deux fois par an.

#### **Personnes transgenres de sexe féminin ou transféminines (y compris les personnes de genre divers/non binaires)**

# Déclaration de l'IMAP sur l'hormonothérapie pour les personnes transgenres et de genre divers

1. Évaluez le patient environ tous les 3 mois (avec des changements de dose) la première année et une à deux fois par an par la suite pour surveiller les changements physiques appropriés en réponse à l'œstrogène.
  - a. Les niveaux de testostérone sérique doivent être inférieurs à 50 ng/dl.
  - b. L'œstradiol sérique doit être compris entre 100 et 200 pg/ml.
2. Pour les personnes recevant de la spironolactone, les électrolytes sériques, en particulier le potassium, et la fonction rénale, en particulier la créatinine, doivent être surveillés.
3. Suivez les soins primaires, le dépistage selon les recommandations du chapitre sur les soins primaires.

## Précautions

L'hormonothérapie œstrogénique peut augmenter le risque de maladie thromboembolique veineuse, d'hypertriglycémie, de maladie cardiovasculaire, d'hypertension,

d'hyperprolactinémie et de prolactinome (tableau 4). Le degré de risque n'est pas clair et ces conditions doivent être exclues avant de commencer le traitement ou surveillées pour leur apparition pendant le traitement.

**Tableau 4 : Risques associés à l'hormonothérapie d'affirmation de genre (les caractères gras sont cliniquement significatifs) (1)**

<b>NIVEAU DE RISQUE</b>	<b>Régimes à base d'œstrogène</b>	<b>Régimes à base de testostérone</b>
Risque accru probable	<b>Thromboembolie veineuse</b> <b>Infertilité</b> Hyperkaliémie <sup>S</sup> Hypertriglycémie Gain de poids	<b>Polycythémie</b> <b>Infertilité</b> Acné Alopécie androgénique Hypertension Apnée du sommeil Gain de poids Diminution du cholestérol HDL et augmentation du cholestérol LDL
Risque accru probable en présence de facteurs de risque supplémentaires	Maladie cardiovasculaire Maladie cérébrovasculaire Méningiome <sup>C</sup> Polyurie/déshydratation <sup>S</sup> Lithiase biliaire	Maladie cardiovasculaire Hypertriglycémie

# Déclaration de l'IMAP sur l'hormonothérapie pour les personnes transgenres et de genre divers

Risque accru possible	Hypertension Dysérection	
Risque accru possible en présence de facteurs de risque supplémentaires	Diabète de type 2 Faible masse osseuse/ostéoporose Hyperprolactinémie	Diabète de type 2 Maladie cardiovasculaire
Pas de risque accru ou non concluant	Sein et prostate Cancer	Faible masse osseuse/ostéoporose Cancer du sein, du col de l'utérus, de l'ovaire et de l'utérus
<sup>c</sup> Régime à base de cyprotérone <sup>s</sup> Régime à base de spironolactone		

## THÉRAPIE À LA TESTOSTÉRONE

### Régimes (tableau 1)

Avant le début du traitement à la testostérone, le client doit être évalué pour des affections comorbides telles que l'hypertension, l'hyperlipidémie et le risque de thromboembolie. La testostérone peut être administrée sous forme de comprimés, d'injections, de gels ou de timbres transdermiques. La testostérone peut être démarrée avec la moitié de la dose prévue, puis titrée rapidement jusqu'à une plage thérapeutique de niveaux de testostérone sérique entre 400 et 700 ng/dl.

### Effets (tableau 2)

Il existe une variation individuelle des effets de la testostérone. Au cours des trois premiers mois de testostérone, les effets incluront l'arrêt des menstruations, une augmentation des poils du visage et du corps, une augmentation de l'acné et de la peau grasse, une augmentation de la libido, une augmentation de la masse musculaire et une redistribution des graisses. Au cours de la première année, d'autres effets seront un approfondissement de la voix, un élargissement du clitoris (variable), une diminution du tissu mammaire et une calvitie masculine.

### Surveillance (tableau 3)

Les personnes TGD sous testostérone doivent être surveillées pour les effets masculinisants et indésirables tous les trois mois pendant la première année, puis tous les 6 à 12 mois. Les taux sériques de testostérone doivent être surveillés jusqu'à stabilisation entre 400 et 700 ng/dl. La fréquence de surveillance dépend de la voie d'administration de la testostérone ; par exemple, les clients recevant des injections de testostérone ont des niveaux maximaux mesurés 24 à 48 heures après les injections et des niveaux creux immédiatement avant les injections. La surveillance doit inclure des tests de laboratoire pour les taux élevés de lipides et d'hématocrite (une polycythémie peut survenir), un dépistage de la densité minérale osseuse (car des doses plus élevées peuvent entraîner une ostéoporose) et un dépistage périodique du cancer pour ceux qui conservent leur col de l'utérus, leur utérus ou leurs seins.

### Précautions (tableau 4)

Le traitement à la testostérone est contre-indiqué chez les clientes enceintes et celles atteintes d'une maladie coronarienne instable ou d'une polyglobulie non traitée (hématocrite  $\geq 55\%$ ). Les preuves d'un risque accru de cancer de l'utérus ou de l'ovaire chez les personnes

TGD sous traitement à la testostérone ne sont pas concluantes. La testostérone n'est pas un contraceptif et les gens peuvent donc encore avoir besoin de contraceptifs en fonction de leurs pratiques sexuelles.

## La HTAG pour adolescents transgenres : bonnes pratiques internationales

L'hormonothérapie pour les adolescents TGD est plus controversée que celle des adultes transgenres. La suppression de la puberté empêche le développement de caractéristiques sexuelles secondaires, ce qui fait gagner du temps jusqu'à ce que l'adolescent puisse prendre sa propre décision de commencer une hormonothérapie et/ou de subir une CAG. Avant de commencer la suppression de la puberté, un professionnel de la santé mentale doit diagnostiquer et confirmer la dysphorie de genre ou l'incongruité de genre, l'initiation de la suppression de la puberté, généralement à l'aide d'analogues de la gonadotrophine (analogues de l'agoniste de la GnRH), doit être prise en charge par un endocrinologue. Les analogues de la GnRH sont sûrs et la puberté peut reprendre comme d'habitude une fois qu'ils sont arrêtés. Voici les critères minimaux pour le traitement de suppression de la puberté : **(1)**

### **CRITÈRES RÉSUMÉ POUR LES ADOLESCENTS** liés au processus d'évaluation

- Une évaluation biopsychosociale complète comprenant des professionnels de la santé mentale et médicaux pertinents.
- Implication des parents/tuteurs dans le processus d'évaluation à moins que leur implication soit jugée préjudiciable à l'adolescent ou irréalisable.
- Si une documentation écrite ou une lettre est requise pour recommander un traitement médical et chirurgical d'affirmation de genre (GAMST), une seule lettre d'évaluation d'un membre de l'équipe multidisciplinaire est

nécessaire. Cette lettre doit refléter l'évaluation et l'opinion de l'équipe qui implique à la fois des professionnels de la santé médicale et mentale (PSM).

## Agents bloquant la puberté

- a. La diversité/l'incongruité des genres est marquée et maintenue dans le temps.
- b. Répond aux critères diagnostiques d'incongruence de genre dans les situations où un diagnostic est nécessaire pour accéder aux soins de santé.
- c. Démontre la maturité émotionnelle et cognitive requise pour fournir un consentement/assentiment éclairé pour le traitement.
- d. Les problèmes de santé mentale (le cas échéant) susceptibles d'interférer avec la clarté du diagnostic, la capacité de consentir et les traitements médicaux affirmant le genre ont été résolus, suffisamment pour qu'un traitement médical affirmant le genre puisse être dispensé de manière optimale.
- e. Informé des effets sur la reproduction, y compris la perte potentielle de fertilité et les options disponibles pour préserver la fertilité.
- f. Atteindre l'étape 2 de Tanner.

## Traitements hormonaux (tableau 5)

1. La diversité/l'incongruité des genres est marquée et maintenue dans le temps ;
2. Répond aux critères diagnostiques d'incongruence de genre dans les situations où un diagnostic est nécessaire pour accéder aux soins de santé ;

3. Démontre la maturité émotionnelle et cognitive requise pour fournir un consentement/assentiment éclairé pour le traitement ;
4. Les problèmes de santé mentale (le cas échéant) qui peuvent interférer avec la clarté du diagnostic, la capacité de consentir et les thérapies médicales affirmant le genre ont été abordés, suffisamment pour qu'un traitement médical affirmant le genre puisse être dispensé de manière optimale ;
5. Informé des effets sur la reproduction, y compris la perte potentielle de fertilité et les options disponibles pour préserver la fertilité ;
6. Atteindre l'étape 2 de Tanner.

## Tableau 5 : Régimes hormonaux affirmant le genre chez les jeunes transgenres et de genre divers (2)

### *Induction de la puberté féminine (régime à base d'œstrogène) avec 17 $\beta$ -œstradiol oral*

Commencer à 5  $\mu$ g/kg/j et augmenter tous les 6 mois de 5  $\mu$ g/kg/j jusqu'à 20  $\mu$ g/kg/j selon les taux d'œstradiol

Dose adulte = 2-6 mg/jour

Chez les adolescentes TGD postpubères, la dose de 17 $\beta$ -œstradiol peut être augmentée plus rapidement : 1 mg/j pendant 6 mois suivi de 2 mg/j et plus selon les taux d'œstradiol

### *Induction de la puberté féminine (régime à base d'œstrogènes) avec du 17 $\beta$ -œstradiol transdermique*

Dose initiale 6,25-12,5  $\mu$ g/24 h (coupe du patch de 24 g à ¼ puis ½)

Titre tous les 6 mois de 12,5  $\mu$ g/24 h selon le taux d'œstradiol

Dose adulte = 50-200  $\mu$ g/24 heures

Pour les alternatives une fois à dose adulte (Tableau 4)

### *Induction de la puberté masculine (régime à base de testostérone) avec des esters de testostérone*

25 mg/m<sup>2</sup>/2 semaines (ou alternativement la moitié de cette dose hebdomadaire)

Augmenter de 25 mg/m<sup>2</sup>/2 semaines tous les 6 mois jusqu'à ce que la dose adulte et les niveaux de testostérone cibles soient atteints Voir les alternatives aux testostérone (tableau 4)

## Effets indésirables des hormones d'automédication

L'auto-administration d'hormones chez les personnes TGD est assez courante. Cela est souvent dû au manque de professionnels de la santé qualifiés trans-compétents ou à la réticence des professionnels de la santé à prescrire des hormones aux personnes TGD. La peur des litiges est une préoccupation dans certains contextes.

Par conséquent, les cliniciens doivent s'informer des antécédents d'auto-administration antérieure et actuelle d'hormones avant de prescrire une hormonothérapie. Les informations sur le type et la posologie des comprimés ou des injections d'hormones auto-administrées sont principalement obtenues par le biais de réseaux de pairs ou d'Internet, qui peuvent tous deux être faillibles. Même si les informations qu'ils reçoivent sont correctes, les personnes TGD

peuvent prendre des doses plus élevées et/ou plus fréquentes pour accélérer leur processus de féminisation ou de masculinisation. L'utilisation non supervisée d'hormones peut nuire au fonctionnement du foie ou du cœur et augmenter le risque de thromboembolie. Les risques d'effets indésirables sont plus élevés s'il y a une consommation problématique d'alcool associée.

Les cliniciens qui administrent une hormonothérapie doivent conseiller à leurs clients TGD de respecter la posologie prescrite de comprimés ou d'injections d'hormones et de ne pas augmenter la dose ou la fréquence de manière indépendante. Interactions potentielles entre les hormones et d'autres médicaments (par exemple, médicaments contre le VIH) doivent également être expliqués aux clients. Bien que la thérapie antirétrovirale puisse augmenter ou diminuer les taux sériques d'œstrogène, il n'existe aucune preuve concluante qu'elle interfère avec les médicaments antirétroviraux. Étant donné que l'utilisation d'antirétroviraux et les hormones peuvent endommager le foie, les cliniciens doivent vérifier l'utilisation non supervisée chez les personnes transgenres vivant avec le VIH.

### Recommandations pour les associations membres (AM)

- Les AM doivent assurer un environnement accueillant, sans jugement et non discriminatoire, y compris un langage respectueux, des formulaires d'admission à la clinique non sexistes et des toilettes non sexistes. Indépendamment de la capacité et de la volonté de fournir la HTAG, les AM doivent inclure une formation pour renforcer la capacité du personnel clinique, de laboratoire et de conseil à traiter avec sensibilité et compétence les clients TGD.
- Les professionnels de la santé devraient discuter avec les personnes transgenres et de genres divers de la langue ou de la terminologie qu'ils préfèrent, y compris les noms et les pronoms pour eux-mêmes et la langue pour leurs parties du corps.
- Les professionnels de la santé doivent être formés pour fournir un examen physique respectueux et approprié aux personnes TGD.
- Les AM doivent fournir des informations précises aux personnes TGD sur la HTAG et d'autres services d'affirmation de genre. Les AM doivent aider et/ou fournir des services, y compris la HTAG. Les services de santé doivent être fournis de manière à réduire la détresse associée à la dysphorie de genre.
- Lors de la conception et de la mise en œuvre de services appropriés pour la communauté transgenre, impliquez les membres de la communauté dans leur développement.
- Les AM peuvent évaluer la demande de HTAG des personnes TGD dans leurs zones de service et évaluer la capacité actuelle de leurs prestataires de soins de santé à fournir la HTAG. En fonction de ces évaluations et de la disponibilité des ressources (humaines, financières et de laboratoire), les AM peuvent décider dans quelle mesure elles souhaitent fournir la HTAG.
- Les professionnels de la santé doivent obtenir les antécédents médicaux détaillés des personnes transgenres et de genre divers, y compris l'utilisation passée et actuelle d'hormones, les chirurgies gonadiques, ainsi que la présence de facteurs de risque cardiovasculaires et cérébrovasculaires traditionnels.
- Les professionnels de la santé doivent appliquer les mêmes directives de dépistage locales respectives (y compris la recommandation de ne pas dépister) développées pour les femmes cisgenres à risque moyen et élevé de développer un cancer de l'ovaire ou de l'endomètre ainsi que le dépistage du cancer du col de l'utérus dans leurs soins aux personnes transgenres et de genres divers qui ont les mêmes risques.
- Les professionnels de la santé doivent être particulièrement attentifs aux signes de violence sexuelle et sexiste parmi la population transgenre et de genre divers, et être prêts à fournir un soutien clinique de première ligne et des mécanismes d'orientation vers des services



cliniques, psychosociaux et de protection aux victimes de violence.

- Les AM doivent orienter les personnes TGD pour l'épilation du visage, du corps et des zones génitales à des fins d'affirmation de genre ou dans le cadre d'un processus de préparation préopératoire.
- Avant de commencer un traitement d'affirmation de genre intéressé par la préservation de la fertilité, les AM doivent orienter les personnes TGD vers des prestataires ayant une expertise dans la préservation de la fertilité pour une discussion plus approfondie.
- Les prestataires doivent discuter et proposer la contraception TGD aux personnes qui se livrent à une activité sexuelle pouvant entraîner une grossesse, en plus de la gamme complète de services de santé sexuelle et reproductive.
- Étant donné que les soins de santé TGD nécessitent une approche d'équipe multidisciplinaire, les AM doivent établir des réseaux et des systèmes d'orientation avec des services cliniques et de santé mentale appropriés. Ceux-ci doivent être en place lors de l'offre de la HTAG. Il est particulièrement important, si les AM fournissent la HTAG, que le diagnostic d'incongruité de genre soit posé par un clinicien expérimenté, avec un soutien continu en santé mentale disponible pour les personnes TGD.

## Références :

<sup>1</sup> Coleman E, Radix AE, Bouman WP, Brown GR, de Vries ALC, Deutsch MB, et al. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, version 8. International Journal of Transgender Health. 2022 sept. 6;23(Suppl 1):S1-S259.

<sup>2</sup> Wylie C Hembree et autres, Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline, The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, Volume 102, Numéro 11, 1 novembre 2017, pages 3869-3903.

## Qui sommes-nous

La Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF) est un fournisseur de services mondial et un ardent défenseur de la santé et des droits sexuels et reproductifs pour tous. Nous sommes un mouvement mondial d'organisations nationales travaillant avec et pour les communautés et les individus.

## IPPF

4 Newhams Row  
London SE1 3UZ  
Royaume-Uni

tel. : +44 20 7939 8200

fax : +44 20 7939 8300

e-mail : [info@ippf.org](mailto:info@ippf.org)

[www.ippf.org](http://www.ippf.org)

Organisme de bienfaisance enregistré au Royaume-Uni n° 229476

Publié en Juin 2023