

S
E
L
E
U
.

HORMONES

ET PARCOURS

TRANS



SOMMAIRE

■ Introduction	1
■ Le suivi médical et la prise en charge	3
Le suivi médical	3
La prise en charge	5
■ Les traitements les plus courants en France	8
FtM / Ft* : traitements hormonaux « masculinisants »	8
MtF / Mt* : traitements hormonaux « féminisants »	20
Les TH chez les mineurEs	27
Liste des produits en France	30
■ Préservation de la fertilité	36
La situation en France	36
Pour les Ft*	37
Pour les Mt*	38
■ Foire Aux Questions	39
Questionnement	39
Questions médicales	42
■ Ressources / Bibliographie	49
■ Annuaire des associations en France et en Europe francophone	52
■ Lexique	56

INTRODUCTION

Cette brochure répond à la nécessité de fournir aux personnes trans et/ou intersexes 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, intersexe ou non, désireuse d'entamer une transition (que celle-ci soit ou non médicamenteuse et/ou chirurgicale).

Il n'existe pas de transition parfaite, ni de parcours tout indiqué. ChacunE dispose librement de son corps et de son identité, et, de fait, du droit de les façonner comme elle/il 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 OUtans de remettre en question la puissance médicale, en replaçant l'usagère/usager de soins en son centre, comme actrice/acteur principalE dans les décisions prises pour sa vie et sa santé. 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 remettre en cause l'hégémonie des scientifiques, en vertu même de cette expérience.

C'est aussi l'occasion de questionner la psychiatrisation et la pathologisation de nos transitions, qui fragilisent les personnes trans et intersexes 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 et intersexes restent trop souvent soumises au bon vouloir de psychiatres, mal informés voire maltraitantEs.

C'est d'ailleurs l'une des raisons pour lesquelles OUTrans revendique la dépathologisation des transidentités, avec leur retrait du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM V) et leur reclassification dans une catégorie non pathologisante de la Classification internationale des maladies (CIM 10).

En outre, cette brochure a vocation à être un support de qualité pour les professionnelLEs 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 précédentes brochures :
« Dicklit et T Claques », sur la santé sexuelle à destination des trans Ft* et de leurs amants (2010)
« Transformations FT* & MT* », sur les modifications corporelles (2013)



LE SUIVI MÉDICAL ET LA PRISE EN CHARGE

LE SUIVI MÉDICAL

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 chacunE.

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. Il s'agit généralement d'un bilan sanguin et hormonal, auxquels peuvent s'ajouter un examen des chromosomes (caryotype), une échographie mammaire (ou une mammographie), une échographie abdomino-pelvienne et/ou testiculaire, et parfois des tests cardiaques (électrocardiogramme, épreuve d'effort, etc.), tout ceci en fonction des antécédents personnels et familiaux – ainsi que des habitudes du médecin prescripteur. Dans la plupart des cas, un bilan sanguin et hormonal est suffisant pour entamer un TH.



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 chacunE 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 unE généraliste ou unE endocrinologue. Il n'est donc en rien nécessaire d'être exclusivement suiviE dans son parcours médical par unE « spécialiste », d'autant plus qu'il n'existe pas en France de médecins détenant un monopole officiel dans la prise en charge des personnes trans.

En revanche, la prescription initiale de certains produits – essentiellement les androgènes, qui peuvent notamment être utilisés à des fins de dopage – est légalement réservée aux spécialistes en endocrinologie, en urologie ou en gynécologie. Si le renouvellement de ces prescriptions n'est pas restreint, toutE généraliste effectuant un tel renouvellement s'engage toutefois auprès de la pharmacie à avoir vu l'ordonnance originale d'unE spécialiste. Une pharmacie peut ainsi en principe refuser de délivrer un produit prescrit par unE 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 toujours conserver une trace de la première prescription. Cela peut vous être utile si vous changez de médecin ou d'endocrinologue (dans le cas d'un déménagement, ou si le suivi ne vous convient pas/plus).

LA PRISE EN CHARGE

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 praticienNEs n'appliquent 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'AFFECTION DE LONGUE DURÉE (ALD)

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). 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 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 de ce fait que le remboursement pris en charge par la Sécurité sociale, et en aucun cas les dépassements d'honoraires appliqués par les praticienNEs (comme les médecins spécialistes, notamment les chirurgienNEs).

L'ALD hors liste et la prétendue dépsychiatriation 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 « transsexualisme » sont à présent examinées au titre de l'ALD 31, dite « hors liste ». Il s'agit de la « dépsychiatisation » adoptée en 2010. Dans les faits cependant, l'acceptation de l'ALD est presque systématiquement liée à la présentation d'un certificat psychiatrique.

Mais cela démontre concrètement qu'il est possible de modifier le cadre administratif et réglementaire sans que le système de santé en soit bouleversé !

Toute personne concernée peut effectuer une demande d'admission en ALD par le biais de son médecin traitant. 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 TH, de l'exonération du ticket modérateur.

Quoi qu'il en soit, le contrôle médical de la CPAM de toutE bénéficiaire d'une ALD conserve la trace explicite de son suivi pour « dysphorie de genre » ou autres termes apparentés.

En l'absence d'ALD, la part non remboursée par l'assurance maladie est à la charge de la personne et peut éventuellement être remboursée, en partie ou en totalité, par la mutuelle ou l'assurance complémentaire santé, en fonction du contrat souscrit. Contrairement aux idées reçues, il n'est donc pas indispensable de faire une demande d'ALD si on est couvertE par une bonne mutuelle ou qu'on bénéficie de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C).

En cas de décision injustifiée d'une CPAM, le Défenseur des droits peut être saisi en dernier recours afin d'arbitrer la situation et de faire valoir vos droits.

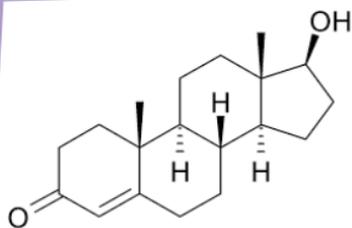
LES TRAITEMENTS LES PLUS COURANTS EN FRANCE



FTM / FT* : TRAITEMENTS HORMONAUX « MASCULINISANTS »

LA TESTOSTÉRONE ET SES DIFFÉRENTES FORMES

Dans la plupart des cas, un TH dans le cadre du parcours d'une personne Ft* 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 le 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.

Les effets indésirables

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 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.

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 masculinisant 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 à tous les autres hommes cisgenres.

Ce constat a été récemment 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'Amsterdam¹.

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 en cas de maladie hépatique, cardiaque ou rénale.

• Injection intramusculaire 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 seule ou par un·e infirmier·e), à une fréquence habituelle de 15 à 21 jours.

Le produit se compose de 250 mg d'énanthate de testostérone, mélangés à 1 mL d'huile de ricin (/\ en cas d'allergie).



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).

1 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.

- Injection intramusculaire de Nebido

Ce traitement proche de l'Androtardyl est à base de testostérone undécanoate, 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 et



d'éviter les variations du taux de testostérone. Le gros inconvénient de ce produit est qu'il est beaucoup plus cher (entre 100€ et 180€), et qu'il n'est pas remboursé par la Sécurité sociale. De ce fait, il est très peu prescrit en France.

- Gel Androgel

La testostérone peut aussi être administrée sous forme de gel, qui doit être appliqué quotidiennement (sur le ventre 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 d'un à trois sachets par jour. Une boîte contient 30 sachets et coûte environ 80€, 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.

- Cachets de Pantestone

Une autre voie d'administration de la testostérone consiste à prendre des cachets de testostérone undécanoate par voie orale (1 à 2 cachets, 2 fois par jour). Ce traitement comporte deux inconvénients majeurs : tout d'abord, il est très lourd pour le foie, qui est extrêmement sollicité. De plus, une posologie

élevée est nécessaire pour obtenir un taux de testostérone qui génère des effets probants. Ce traitement n'est donc pas vraiment adapté à une prise sur le long terme, mais plutôt à un début de transition ou à une prise temporaire.

Enfin, il est important de savoir qu'il existe deux autres produits à base de testostérone non commercialisés en France :

- Les patchs transdermiques

Ils fonctionnent sur le même principe que les patchs anti-tabac et ont été disponibles en France jusqu'en mars 2015. Ils ont les mêmes effets que les injections de testostérone, mais ceux-ci peuvent être plus longs à arriver.

- Les implants sous-cutanés

Actuellement disponibles uniquement aux États-Unis, ces petites billes (cylindres de 3,2 mm) sont insérées sous la peau, en général au niveau des fesses. Selon le dosage nécessaire, 6 à 12 billes sont implantées tous les 4 à 5 mois et permettent de garder un taux de testostérone constant durant cette période. Ces implants coûtent 60 \$ l'unité, ce qui les rend peu accessibles.

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...) ! Un dosage hormonal est généralement pratiqué au bout de 3 à 6 mois de traitement (en fin de cycle, c'est-à-dire la veille de la prochaine injection, et parfois en début de cycle, le lendemain de la nouvelle injection), puis 1 à 2 fois par an.

C'est avant tout la discussion avec votre médecin et son examen qui guideront l'ajustement du dosage.

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.

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.

Pour certaines personnes, certains effets du TH resteront légers malgré des taux hormonaux dans les normes.

Ma première injection

Si au début il est souvent plus simple de la faire réaliser par unE infirmierE, il peut être ensuite plus pratique de la faire soi-même.



1 Commencez par vous frotter les mains avec le gel hydroalcoolique puis disposez le matériel sur une surface propre.

2 Sortez l'ampoule de testostérone de son emballage et secouez-la une fois de haut en bas afin qu'il n'y ait pas de liquide bloqué dans la partie haute.

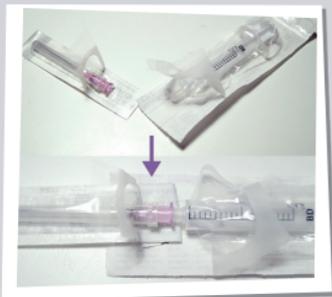
3 Ouvrez le bout de l'emballage de la seringue, côté embout.

4 Ouvrez l'emballage de l'aiguille rose (trocard) côté ambase. Immédiatement, fixez l'aiguille dans l'embout de la seringue, en veillant à manipuler les deux à travers le papier.



5 Cassez ensuite l'ampoule au niveau du point bleu, en faisant attention à protéger vos doigts (avec par exemple la partie d'emballage interne de la seringue).

6 Avant de plonger l'aiguille dans l'ampoule, veillez à chasser l'air de la seringue en appuyant sur le piston. Puis aspirez le liquide avec la seringue.



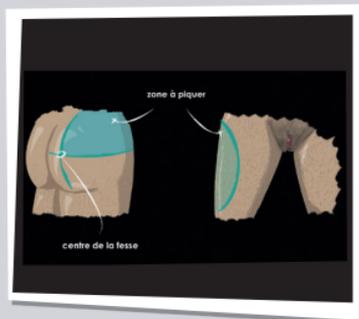


7 Remettez le capuchon sur l'aiguille et posez le tout sur le papier d'emballage de la seringue.

8 Imbibez un coton d'alcool à 90° et frottez la zone où l'injection va être faite (la cuisse ou la fesse).

9 Ouvrez l'emballage de l'aiguille noire (ou verte), enlevez l'aiguille rose de la seringue, et mettez la noire (ou verte) à la place.

10 Pour l'injection dans la fesse, imaginez une croix + au milieu de la fesse et piquez d'un geste sûr dans le coin supérieur extérieur. Tirez légèrement le piston avant d'injecter pour vous assurer que vous n'avez piqué dans une veine. (Si du sang remonte dans la seringue il faut refaire l'injection après avoir changé d'aiguille.)



11 Pour l'injection dans la cuisse, visez le côté de la cuisse. Prenez entre vos doigts la partie de la cuisse à piquer et enfoncez l'aiguille d'un geste sûr. Tirez légèrement le piston avant d'injecter pour vous assurer que vous n'avez piqué dans une veine. (Si du sang remonte dans la seringue il faut refaire l'injection après avoir changé d'aiguille.)

12 Une fois le produit injecté, retirez l'aiguille et placez un pansement. Vous pouvez masser la zone d'injection afin de limiter les douleurs et de permettre une bonne pénétration du produit.

13 Enfin, rangez les aiguilles utilisées dans la boîte de collecte d'aiguilles usagées et actionnez la fermeture provisoire. Une fois qu'elle sera pleine, vous pourrez la fermer définitivement et la rapporter dans une pharmacie pour l'échanger contre une neuve.

TRAITEMENTS COMPLÉMENTAIRES OU ALTERNATIFS À LA TESTOSTÉRONE

En complément ou à la place du TH à base de testostérone, certaines personnes Ft* choisissent de prendre d'autres produits selon les effets recherchés.

Stopper les menstruations

Les produits destinés à interrompre le cycle menstruel constituent l'un des traitements les plus demandés en début de transition. Attention, ces 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. Plusieurs types de médicaments peuvent être prescrits :

- Le Danatrol

Cet antagoniste bloque la sécrétion de FSH et LH. De ce fait, les taux d'hormones « femelles » (oestrogènes 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.

- Le Lutéran (ou autre pilule progestative)

Il a pour effet de recréer le profil hormonal obtenu lors d'une grossesse, et par conséquent d'arrêter les cycles chez la plupart des personnes.

- Prendre la pilule contraceptive en continu

C'est la méthode la plus simple et la plus courante pour arrêter le cycle menstruel. 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. Les effets potentiels à long terme de cette prise en continu sont

encore mal connus, mais il n'est pas nécessaire de provoquer de menstruation lorsqu'il n'y a pas d'ovulation.

- Stérilet Mirena

Parmi les contraceptifs intra-utérins, ce stérilet entraîne l'arrêt des règles dans 60% des cas. Contrairement aux idées reçues, le stérilet n'est pas forcément réservé aux personnes au-dessus d'un certain âge et/ou ayant déjà enfanté. Toutefois, le stérilet Mirena n'est pas le plus adapté aux nullipares, et il peut être difficile de trouver unE gynécologue qui accepte de le poser.

- Les injections de Depo Provera

Ce médicament contraceptif peut être injecté en intra-musculaire tous les 3 mois. Chez 60 à 70 % des personnes, il permet d'arrêter les menstruations... mais vous pouvez vous retrouver parmi les 30 % restant. 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.

Effets indésirables

Ces produits ont l'avantage d'assurer une contraception, mais peuvent avoir des effets secondaires plus ou moins marqués : acné, prise de poids, etc. Il est donc recommandé d'être suivi par unE médecin et de prendre connaissance des potentiels effets indésirables et des contre-indications.

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. Il en existe deux principaux : l'Andractim et le Minoxidil.

- 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 dévelop-

pement du dicklit. Les Ft* peuvent notamment l'utiliser 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 rentrer en contact avec les muqueuses (gland, 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.

- Le Minoxidil

Il n'est pas à base de testostérone. C'est un traitement essentiellement destiné à traiter la calvitie chez les hommes cis-genres, en stimulant la pousse des poils et des cheveux. Il peut donc être utilisé par les Ft* pour stimuler localement la pilosité. Il faut noter que pour être efficace, ce produit doit être pris en continu, et qu'en cas d'arrêt les effets obtenus s'estompent.

Transitions « naturelles »

Transition n'est pas synonyme de prise d'hormones de synthèse. Certaines personnes Ft* choisissent ainsi d'explorer d'autres voies pour se sentir bien dans leur corps et accéder à un profil hormonal qui leur convienne, en stimulant naturellement leur taux de testostérone (parfois en complément d'un TH à base de produits androgènes artificiels).

Ce type d'approche se décline généralement en trois volets : la musculation, l'alimentation et la prise de compléments alimentaires / la phytothérapie. Par opposition au muscle, la graisse favorise l'augmentation du taux d'oestrogènes. 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.

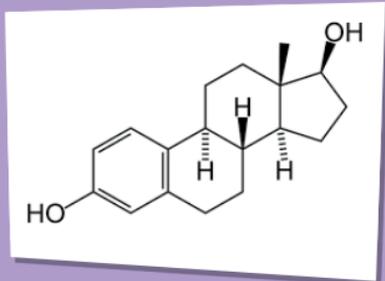
Aliments communément cités : œufs, poisson, fruits de mer, légumineuses, amandes, choux (brocoli, chou-fleur, choux de Bruxelles...), ail.

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

Tout comme pour les TH « traditionnels », il importe donc de bien se renseigner et de rester à l'écoute de son corps.

LES OESTROGÈNES

Le plus souvent, quand elles ont recours aux hormones, les personnes trans Mtf / Mt* font appel aux oestrogènes, auxquels peuvent éventuellement s'ajouter la progestérone et/ou différents anti-androgènes.



Les effets attendus

L'estradiol (ou œstradiol) 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, les traits du visage sont légèrement adoucis. La prise d'oestrogènes provoque également la croissance de la poitrine, qui commence au bout de quelques jours ou semaines, et peut s'étaler sur quelques années. La (re) pousse des cheveux est favorisée et leur qualité peut changer.

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

Cette baisse de testostérone peut entraîner une perte musculaire, notamment chez les personnes sportives, ce qui nécessite un minimum d'exercice physique pour éviter une perte musculaire trop importante. La prise d'oestrogènes peut aussi modifier la libido, sans nécessairement la diminuer.

Elle a tendance à réduire l'éjaculat, et la capacité à l'érection peut être également altérée.

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 réduction des dépenses énergétiques, une hausse de l'émotivité et de la sensibilité à l'alcool et aux excitants.

Prise par voie transdermique

Pour éviter notamment les risques de thrombose veineuse associés aux traitements hormonaux administrés par voie orale, on recommande le plus souvent d'administrer des oestrogènes dits « bio-identiques » (17- β -oestradiol) par voie cutanée.

- Sous forme de gel (Estreva Gel[®], OEstrogel[®], OEstrodose[®], ...)

Il s'applique quotidiennement sur une grande surface de peau (les bras, les cuisses, l'abdomen, mais **pas sur les muqueuses, et surtout pas sur les seins**, car cela augmenterait le risque de cancer) à un dosage s'approchant généralement de 5mg à 10mg par jour mais qui peut être très variable d'une personne à une autre, la quantité d'estradiol assimilée par l'organisme étant très faible par rapport à la teneur du gel.



- Sous forme de patch (Vivelldot[®], Dermestril[®], Estrapatch[®], OEsclim[®], Thais[®] ...)

Il 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 existe différents dosages, du 25 au 100. Le dosage moyen est 50, mais comme avec le gel, tout va dépendre de la facilité de pénétration du produit à travers la barrière cutanée, suivant l'épaisseur de peau notamment (1 dose de gel = un patch à 25, 2 doses = un patch à 37.5 , 3 doses = un patch à 50 et 4 doses un patch à 75 ou à 100).

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

- Les effets indésirables (voie transdermique)

La baisse du métabolisme peut entraîner une prise de poids si les habitudes alimentaires ne sont pas changées. Des flatulences peuvent apparaître, généralement un indicateur de sur-dosage. Les avantages de la voie transdermique sont évidents par rapport à la voie orale : on évite le premier passage par le foie qui favorise les risques de thromboses et d'accidents cardio-vasculaires, d'embolie pulmonaire ou d'infarctus. Elles ne font 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 confirmé par de nombreuses études disponibles. Mais ces études concernent plutôt les femmes ménopausées, et l'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.



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, ...) !

Il n'est pas forcément nécessaire de pratiquer un dosage hormonal : c'est avant tout la discussion avec votre médecin et son examen qui guideront l'ajustement du dosage.

En cas de jambes lourdes, de gonflements, de douleur 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 jours ou semaines. De même, des picotements au niveau des seins sont habituels, les premiers mois notamment, à cause de la poussée de la poitrine.

Parfois, les effets attendus peuvent être faibles ou inexistantes.

Une ou plusieurs prises de sang permettent alors de mesurer le taux d'oestradiol. S'il demeure très faible malgré un dosage élevé, c'est peut-être que le produit passe mal la barrière cutanée. On peut alors essayer un traitement par voie orale. Cependant, pour certaines personnes, les effets peuvent rester légers malgré des taux hormonaux dans les normes.

Prise par voie orale

Les œstrogènes restent disponibles par voie orale, et sont parfois prescrits sous cette forme chez des personnes jeunes et en bonne santé, sans risques identifiés par rapport à ces traitements (fragilités hépatiques, risques thromboemboliques...). L'Ethinylestradiol – forme d'œstrogènes non naturelle présente dans ces comprimés – produit des effets similaires à ceux du 17-β-estradiol, mais généralement plus rapide (trop même selon certains médecins), et avec une plus forte diminution de la testostérone.

- Les effets indésirables (voie orale)

Si les effets des diverses formes disponibles d'œstrogènes sont assez similaires à long terme, les risques sont sensiblement différents entre les œstrogènes oraux et ceux pris par voie non orale (gels transdermiques ou injections intramusculaires). Les œstrogènes oraux sont notamment déconseillés car ils 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.

Prise par injection intramusculaire

Les œstrogènes sous forme d'estradiol valérate peuvent également être administrés par voie intramusculaire (« estradiol retard »), mais ne sont plus autorisés ni commercialisés en France sous cette forme. On peut en trouver dans certains circuits parallèles dans le cadre d'une automédication, ce qui reste fortement déconseillé compte tenu des risques sanitaires associés (qu'ils soient liés au traitement lui-même ou à l'injection).

- Les effets indésirables (injection intramusculaire)

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

Coût et remboursement

Les œstrogènes sont relativement peu chers en France (moins de 10 euros par mois), et peuvent être pris en charge par la Sécurité sociale dans le cadre d'une ALD.

Suivi médical

Une attention particulière à la forme du traitement et à son dosage est recommandée en cas de maladie hépatique ou de risque thromboembolique.

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.

Des analyses sanguines régulières doivent être faites, idéalement une fois par an, pour vérifier notamment la glycémie, le taux de testostérone et le taux de transaminases en cas d'administration par voie orale et/ou d'association avec un anti-androgène.

LES ANTI-ANDROGÈNES

Le rôle des anti-androgènes est 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).

La prise d'œstrogènes et de progestérone a aussi des effets anti-androgéniques, et pour cette raison, la prise d'anti-androgènes peut s'avérer inutile dans le cadre d'un traitement hormonal « féminisant ».

Il existe plusieurs formes d'anti-androgènes :

- On peut inhiber leur production en supprimant la production de FSH et de LH. C'est ce que fait par exemple la triptoreline (Decapeptyl LP®), qui est un produit relativement sûr mais très cher et peu prescrit en France.

- On peut empêcher les androgènes (la DHT en particulier) de se fixer sur leurs récepteurs. C'est ce que fait par exemple l'acétate de cyprotérone (Androcur®, également présent, associé à des œstrogènes de synthèse, dans les pilules Climene® et Diane®). Attention cependant, cette substance aux effets puissants, utilisée par ailleurs comme « castration chimique », provoque souvent une perte de libido et favorise un état dépressif et d'autres effets indésirables potentiellement dangereux. Il charge lourdement le foie et augmente le risque de thromboses veineuses, d'ostéoporose, d'hypertension et certains cancers. Ce médicament, dont on peut se passer, ne doit pas être pris à la légère, toujours avec un suivi médical.

- Des anti-androgènes moins agressifs, comme la finasteride, empêchent simplement la testostérone d'être convertie en DHT pour agir efficacement sur ses récepteurs. La finastéride est une substance relativement sûre bien qu'elle charge également le foie, ce qui demande une surveillance attentive.

LA PROGESTÉRONE

La progestérone est une hormone qui peut être prise en complément des œstrogènes, en l'absence de prise d'anti-androgène ou parfois dans un second temps, lorsque le traitement œstrogénique est stabilisé. Cette hormone favorise la libido ainsi que certains effets féminisant, tels que la répartition des graisses ou la texture de peau.



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 entre 100 et 200 mg par jour, et le traitement se prend par voie orale. Ces produits sont assez peu chers et bien remboursés par la Sécurité sociale.



Les TH chez les mineurEs

Il n'y a pas d'âge pour débuter une transition. Un nombre croissant de professionnelLES de santé, en milieu hospitalier et libéral, s'ouvre désormais à l'accueil des personnes mineures en France. Outre la prescription de bloqueurs de puberté et/ou de traitements hormonaux, certaines structures proposent un accompagnement social et scolaire des jeunes. Les associations de support sont les plus aptes à renseigner sur les possibilités accessibles 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 pouvoirs à l'égard de l'enfant, **y compris après une séparation** (articles 372 et 373-2).

Le Code civil stipule 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).

La présomption d'accord entre les parents pour les actes usuels ne s'applique donc plus dès lors qu'un parent a fait connaître expressément son désaccord, ou si l'autre parent ne l'informe de rien et fait ainsi échec au principe de coparentalité.

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

• Les bloqueurs de puberté (analogues de la GnRH)

Bien que ces méthodes soient encore peu employées en France, 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 une dizaine d'années sur des courtes périodes, limitées à 3-4 ans en général pour ce traitement administré seul.

• Le principe

Le principe de ces traitements est de « mettre en pause » la puberté afin de laisser le temps à l'adolescentE trans de mûrir sans avoir à subir l'expérience d'une « mauvaise » puberté, et de choisir quelle puberté déclencher autour de l'âge de 16 ans.

Cet arrêt ne peut être effectué qu'en début de puberté, généralement autour de 12 ans, 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 croissance, 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'adolescentE 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 Leuproreline et la Triptoreline. Ce médicament se prend sous forme d'injections intramusculaires, à raison d'une injection tous les mois initialement.

Certains traitements sont disponibles sous un autre nom (acétate de cyprotérone, etc.) sous forme générique, avec des principes actifs et des effets équivalents.

LISTE DES PRODUITS EN FRANCE

Remarque : Les médicaments inscrits sur la liste I ne peuvent être délivrés qu'une seule fois par le pharmacien avec la même ordonnance, sauf si le médecin mentionne expressément la possibilité d'un renouvellement. La délivrance des médicaments inscrits sur la liste II peut être renouvelée, à raison d'un mois de traitement délivré à chaque renouvellement.

Les informations suivantes sont effectives à la date de la publication de la brochure, en 2017, et sont donc susceptibles de changer. N'hésitez pas à vous renseigner sur internet.

Principaux produits dits masculinisants prescrits en France :

Nom	Description	Prescription	Composition	Prix	Taux de remboursement (sécu / ALD ou mutuelle) (L'égalément, hors AMM : 0%)
Andractim 80 g	Gel pour application locale	Liste I, prescription initiale restreinte	Androstalone, Carbomère 934, Triéthanolamine, Alcool à 95%, Eau purifiée	24,08 €	30%
Androgel 25 ou 50 mg	Gel en sachets-doses	Liste I, prescription initiale restreinte	Testostérone, Carbomère 980, Myristate d'isopropyle, Éthanol à 96 %, Hydroxyde de sodium, Eau purifiée	Prix libre : de 70 € à 100 €	0%
Androtardyl 250 mg/mL	Solution injectable (intra-musculaire)	Liste I, prescription initiale restreinte	Énanthate de testostérone, Huile de ricin	9,23 €	65% / 100%
Nebido 1000 mg / 4 mL	Solution injectable (intra-musculaire)	Liste I, prescription initiale restreinte	Undécanoate de testostérone, Benzoate de benzyle, Huile de ricin raffinée	Prix libre : de 100€ à 180 €	0%
Pantestone 40 mg	Capsules molles	Liste I, prescription initiale restreinte	Undécanoate de testostérone, Huile de ricin, Colorant jaune orangé (E110)	16,37 €	65%

Principaux produits dits féminisants prescrits en France :

Nom	Description	Prescription	Composition	Prix	Taux de remboursement de base / avec ALD, mutuelle ou CMU
Androcur (50 mg ou 100 mg)	Comprimés sécables	Liste I, prescription initiale non restreinte	Cyproterone acétate, Amidon de maïs, Magnésium stéarate, Lactose, Lactose monohydrate, Povidone, Povidone K 25, Silice colloïdale anhydre	12,02 € ou 81,89 €	65% / 100%
Chibo-proscar	Comprimés pelliculés	Liste I, prescription initiale non restreinte	Finastéride, Amidon de maïs modifié, Cellulose microcristalline, Docusate sodique, Fer jaune oxyde, Hypromellose, Hypromellose, Indigotine laque aluminique, Lactose monohydrate, Magnésium stéarate, Sodium carboxyméthylamidon, Talc, Titane dioxyde	17,32 €	30% / 100%
Climene	Comprimés enrobés	Liste I, prescription initiale non restreinte	Estradiol, Acétate de cyproterone, Lactose, Amidon de maïs, Povidone (E1201), Talc (E553b), Magnésium stéarate (E572), Saccharose, Povidone (E1201), Macrogol, Calcium carbonate, Glycérol (E422), Titane dioxyde (E171), Fer oxyde (E172), Fer oxyde (E172), Cire E	7,70 €	65% / 100%
Decapeptyl LP (0,1 mg, 3 mg ou 11,25 mg)	Poudre et solvant pour solution injectable à libération prolongée	Liste I, prescription initiale non restreinte	Triptoréline, Poudre : Polymère D,L lactide coglycolide, Mannitol (E421), Carmellose (E466), Polysorbate 80 (E433), Solvant : Mannitol (E421), Eau pour préparations injectables	40,62 €, 123,97 € ou 348,45 €	65% / 100%

Derместril (25 µg/24h, 50 µg/24h ou 100 µg/24h)	Dispositif transder- mique	Liste II, prescription initiale non restreinte	Estradiol, Durotak 387-2287, Durotak 387-2353, Polyéthyl- ène téréphtalate	7,27 €, quel que soit le dosage	65% / 100%
Diane 35	Comprimé	Liste I, prescription initiale non restreinte	Cyprotérone acétate, Éthinyl- lestiradiol, Amidon de maïs, Cal- cium carbonate, Cire de lignite, Fer jaune oxyde, Glycérol, Lactose monohydrate, Macrogol 6000, Magnésium stéarate, Povidone K 25, Povidone K 90, Saccharose, Talc, Titane dioxyde	prix libre	0%
Estrapatch (40 µg/24h, 60 µg/24h ou 80 µg/24h)	Dispositif transder- mique	Liste II, prescription initiale non restreinte	Estradiol, Estradiol hémihydrate, Film polyester	7,27 €, quel que soit le dosage	65% / 100%
Estréva gel	Gel trans- dermique	Liste II, prescription initiale non restreinte	Estradiol anhydre, Estradiol hémihydrate, Acide adétique sel disodique, Carbomère, Diéthyl- ène glycol éther monoéthyl- lique, Eau purifiée, Éthanol à 96 %, Propylène glycol, Trolamine	5,51 €	65% / 100%
Oesclim (25 µg/24h, 37,5 µg/24h ou 50 µg/24h)	Dispositif transder- mique	Liste II, prescription initiale non restreinte	Estradiol hémihydrate, Copolymère éthylène-acétate de vinyle, Dipropylène glycol, Éthylcellulose, Octyldécaneol	7,27 €, quel que soit le dosage	65% / 100%
Oestrodose	Gel pour application cutanée	Liste II, prescription initiale non restreinte	Estradiol, Carbomère 980 NF, Eau purifiée, Éthanol à 96 %, Trolamine	5,72 €	65% / 100%

Nom	Description	Prescription	Composition	Prix	Taux de remboursement de base / avec ALD, mutuelle ou CMU
Progestan (100 mg ou 200mg)	Capsule molle	Liste I, prescription initiale non restreinte	Progestérone, Lécithine de soja, Huile de tournesol, Gélatine, Glycérol, Dioxyde de titane (E171)	4,99 €, 5,48 €, 13,02 € ou 14,41 €, suivant la taille des plaquettes et le dosage	65% / 100%
Progestogel	Gel pour application locale	Délivrablé sans ordonnance	Progestérone, Carbomère 980, Eau purifiée, Éthanol à 96 %, Octyldécanol, Ricin huile hydrogénée polyoxyéthylénée, Trioléamine	5,57 €	30% / 100%
Surgestone	Comprimé	Liste I, prescription initiale non restreinte	Promégestone, Amidon de maïs, Lactose, Polyvidone, Gallate de propyle, Stéarate de magnésium	3,35 €, 5,33 €, 8,20 € ou 9,74 €, selon le dosage et la taille des plaquettes	65% / 100%
Vivelledot (25 µg/24h, 37,5 µg/24h, 50 µg/24h, 75 µg/24h ou 100 µg/24h)	Dispositif transdermique	Liste II, prescription initiale non restreinte	Estradiol, Estradiol hémihydrate, Adhésif silicone, Alcool oléique, Copolymère acrylique adhésif, Copolymère d'éthylène d'acétate de vinyle, Copolymère de chlorure et d'acétate de vinyle, Dipropylène glycol, Film polyéther, Polyéthylène, Povidone, Silicium dioxyde, Titane dioxyde	7,27 € quel que soit le dosage	65% / 100%

Thais (25 µg/24h, 50 µg/24h ou 100 µg/24h)	Dispositif transdermique	Liste II, prescription initiale non restreinte	Estradiol, Copolymère d'acrylates, copolymère d'acrylates et vinylacétate, Polyéthylène téréphthalate	7,27 € quel que soit le dosage	65% / 100%
ThaisSept (25 µg/24h, 50 µg/24h ou 75 µg/24h)	Dispositif transdermique	Liste II, prescription initiale non restreinte	Estradiol hémihydraté, Equivalent à estradiol, copolymères acryliques, polyéthylène téréphthalate	7,27 € quel que soit le dosage	65% / 100%

PRÉSERVATION DE LA FERTILITÉ

LA SITUATION EN FRANCE

Aujourd'hui en France, l'assistance médicale à la procréation (AMP) est réservée aux couples hétérosexuels qui sont mariés ou peuvent justifier d'une vie commune depuis au moins 2 ans. Lorsque la procréation passe par un don ou qu'il est question de préservation de fertilité, les demandes s'effectuent auprès des Centres d'Étude et de Conservation des Œufs et du Spermé humains (CECOS), qui sont présents dans toutes les régions.

La loi encadre strictement les cas dans lesquels une personne peut accéder à la préservation de fertilité :

« 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 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, ou en vue de la préservation et de la restauration de sa fertilité. »

(Code de la Santé publique, Article L2141-11)

Bien que les TH soient souvent pris par les personnes trans et les opérations génitales généralement imposées pour accéder au changement d'état civil (hystérectomie, vaginoplastie) affectent, voire suppriment de fait la fertilité, ces opérations sont considérées par les CECOS comme des « choix » et non des nécessités.

En conséquence, les personnes trans n'ont pas accès en France à la préservation de leur fertilité, et doivent se tourner vers l'étranger.

POUR LES FT*

Pour les personnes Ft* 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 sont encore mal connus. En cas de grossesse envisagée, tout TH à base de testostérone doit être interrompu.

Les techniques les plus courantes sont :

La vitrification ovocytaire : après une stimulation ovarienne qui dure entre 10 et 15 jours, les ovules sont prélevés lors d'une opération très rapide et sont aussitôt congelés à -196°C , puis conservés sans limite de durée. Ils peuvent être réimplantés chez n'importe quelle personne.

La cryopréservation ovarienne : un ovaire ou une partie d'ovaire est prélevé par coelioscopie et congelé. Les tissus prélevés 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.

Comme dit précédemment, ces méthodes existent en France mais ne sont pas accessibles aux personnes trans. On peut toutefois notamment accéder à ces traitements en Espagne ou en Belgique, où les législations sont plus favorables. Il faut alors compter entre 2000€ et 4000€, non remboursés par la Sécurité sociale puisque l'intervention n'est pas pratiquée en France.

Étant donné l'absence d'accès à la PMA en France pour l'ensemble des femmes dans un projet homo- ou monoparental, les couples de partenaires trans et cisgenre seront également souvent contraints de se tourner vers l'étranger.

POUR LES MT★

La façon la plus simple de préserver sa fertilité pour les personnes produisant du sperme est d'effectuer un dépôt par auto-masturbation. Il est recommandé de faire le dépôt avant de démarrer un TH, car on ignore en 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 devrait l'être dans un futur proche.

Néanmoins, jusqu'à présent, toutes les demandes de femmes trans désireuses d'effectuer un dépôt dans un CECOS ont été refusées, au motif que le traitement qui entraînera l'infertilité constitue une « opération de confort » et non une nécessité médicale. Des dispositifs d'auto-préservation de la fertilité permettant de contourner ce cadre sont accessibles dans plusieurs pays européens (Espagne et Belgique notamment), pour un coût moyen de 200€.

FOIRE AUX QUESTIONS

QUESTIONNEMENT

Je veux « devenir une femme / un homme », que dois-je faire ?

Il n'existe pas de parcours type plus légitime qu'un autre pour parvenir au point de confort (psychologique, comportemental, corporel...) qui correspondra à un sentiment de bien-être optimal par rapport à votre identité de genre.

ChacunE dispose librement de son corps et de son identité, et a de fait le droit de les façonner comme elle/il l'entend, c'est-à-dire avec ou sans modifications corporelles (ex : prise de TH ou chirurgie(s)). Un parcours de transition peut comprendre par exemple la prise d'un traitement hormonal, des opérations chirurgicales, des changements administratifs, etc. Prendre contact avec une association trans peut vous permettre d'accéder à des informations et des témoignages précieux pour vous orienter dans votre parcours (voir l'annuaire des associations trans en France compilé page 52).

Je suis en situation précaire, pourrai-je financer mes hormones ?

Si vous avez des difficultés financières, un certain nombre de médecins propose des consultations en centre de santé, où il n'y a pas de dépassements d'honoraires et où la CMU/PUMA peut être acceptée.

Le coût d'achat des hormones est quant à lui minime et habituellement bien pris en charge par la Sécurité sociale.

N'hésitez pas à vous renseigner en parallèle sur www.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 vous-même, idéalement avec un suivi médical approprié en parallèle.

Peu importe l'avis de vos proches, parents, partenaires, amiEs, que ces personnes soient elles-mêmes trans ou pas : les décisions vous appartiennent et ne peuvent être prises que selon votre libre choix et 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 votre entourage.

Si des personnes ou des médecins essaient de faire pression sur vous ou exercent un chantage quelconque, n'hésitez pas à vous rapprocher des associations trans locales pour qu'elles vous viennent en aide, puissent vous renseigner et vous accompagner au mieux dans votre transition.

Est-ce que je dois demander l'autorisation à unE psychiatre ?

S'il n'existe aucune obligation légale de suivi psychiatrique conditionnant la prise d'un TH, dans la pratique, le diagnostic de « dysphorie de genre » (ou autre appellation) est communément exigé en tant que « diagnostic différentiel ». 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.

Le « feu vert » est alors donné sous la forme d'une attestation ou d'un certificat, qui peut être exigé également en amont de toute chirurgie – et à plus long terme, lors d'une procédure de changement d'état civil.

Néanmoins, certainEs praticienNEs n'exigent pas de certificat ou d'attestation pour prescrire un TH : il est donc possible d'entamer la prise d'un traitement sans l'autorisation d'unE psychiatre. Ces praticienNEs sont probablement connuEs des associations trans locales, qu'il est utile de contacter pour obtenir les coordonnées recherchées !

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 encadré page 27). 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.

QUESTIONS MÉDICALES

Quels sont les examens à faire avant et/ou pendant le traitement hormonal ?

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. Il s'agit généralement d'un bilan sanguin et hormonal, auxquels peuvent s'ajouter un examen des chromosomes (caryotype), une échographie mammaire (ou une mammographie), une échographie abdomino-pelvienne et/ou testiculaire, et parfois des tests cardiaques (électrocardiogramme, épreuve d'effort, etc.), tout ceci en fonction des antécédents personnels et familiaux – ainsi que des habitudes du médecin prescripteur. Dans la plupart des cas, un bilan sanguin et hormonal est suffisant pour entamer un TH.

Pendant le TH, il est également important de faire des bilans sanguins et hormonaux régulièrement, 1 à 2 fois par an environ. Ces bilans sont nécessaires afin de vérifier que le traitement mis en place est adapté à vos besoins, et dans le cas contraire, de le modifier pour qu'il s'adapte au mieux.

Les traitements ne doivent pas être considérés comme des sciences exactes, car comme tous médicaments, les effets peuvent être très variables d'une personne à l'autre. Il est donc indispensable de vous assurer que les posologies et les médicaments prescrits vous conviennent, et de les adapter au mieux en accord avec votre médecin (généraliste ou endocrinologue).

Il peut arriver que certainEs médecins soient moins ouvertEs à adapter ses prescriptions car elles/ils ont « l'habitude » de faire d'une façon et pas d'une autre : n'oubliez pas que si cela ne vous convient pas, vous avez tout à fait le droit de changer de médecin.

Est-ce que je peux acheter des hormones sur internet ?

En début de transition, surtout si vous rencontrez des difficultés à trouver des praticiens acceptant de vous suivre et de vous prescrire un traitement hormonal, il peut être tentant d'acheter des médicaments sur internet : cette démarche peut être lourde en conséquences et n'est pas recommandée.

Comme pour tous les médicaments achetables en ligne, vous ne pouvez avoir aucune certitude sur leur provenance ni sur leur composition : leur utilisation peut alors poser des risques significatifs pour votre 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'hésitez pas à les contacter pour leur demander des conseils et des coordonnées plutôt que de recourir à l'achat de produits en ligne, qui pourrait compromettre votre santé et/ou la prise d'un traitement hormonal à l'avenir.

Est-ce que je dois être suiviE par unE médecin ?

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

Il est néanmoins fortement conseillé d'être suiviE par unE médecin de confiance, pour vérifier régulièrement que vous êtes en bonne santé de façon générale.

Si vous avez des difficultés financières, un certain nombre de médecins propose des consultations en centre de santé, où il n'y a pas de dépassements d'honoraires, et où la CMU peut être acceptée.

N'hésitez pas à vous renseigner en parallèle sur www.ameli.fr et auprès des associations trans.

Combien de temps prendront les premiers changements ?

Il est quasiment impossible de répondre à cette question, car le temps d'apparition des premiers changements (qui varie notamment en fonction de l'héritage génétique et de l'état de santé général) est extrêmement variable d'une personne à l'autre, même avec des traitements parfaitement identiques. Chez certainEs, les premiers signes peuvent arriver après quelques jours, chez d'autres il faudra quelques semaines, parfois même quelques mois. De plus, la rapidité d'apparition des premiers changements ne présage en rien les effets des hormones sur le long terme, il faut juste rester patientE !

Quels types de changements attendre ou pas des hormones ?

Certains effets physiques sont présents pour toutes les personnes, à des degrés variables et avec des durées d'apparition différentes. C'est notamment le cas de la mue de la voix pour les Ft* ou du développement de la poitrine pour les Mt*.

Les changements psychologiques sont plus variables. CertainEs peuvent se sentir plus énergiques ou plus calmes, d'autres peuvent constater des améliorations dans leur état psychique global. Cela peut aussi varier au cours du traitement, et peut parfois indiquer un dosage inadapté (en cas de fatigue ou d'état dépressif par exemple).

Est-ce que je dois prendre des hormones à vie ?

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

Quels sont les effets réversibles / irréversibles ?

En fonction de la durée depuis laquelle le TH est mis en place, les effets des hormones peuvent être plus ou moins réversibles.

À partir du moment où les effets se sont mis en place, les effets suivants sont définitifs :

- modification de l'aspect externe du sexe (Ft*)
- pilosité (Ft*)
- implantation des cheveux (Ft*)
- ossature (Ft*)
- voix (Ft*)
- poitrine (Mt*)

Au contraire, les effets suivants sont réversibles :

- répartition des graisses (Ft*/Mt*)
- volume musculaire (Ft*/Mt*)
- sensibilité à la chaleur (Ft*/Mt*)
- arrêt des règles (Ft*)
- modification de la libido (Ft*/Mt*)
- aspect de la peau (Ft*/Mt*)
- modification des odeurs corporelles (Ft*)

Mon médecin pense que mon état de santé est incompatible avec la prise d'un traitement hormonal, que faire ?

Comme vous avez pu le voir dans cette brochure, il existe peu de contre-indications à la prise d'un TH. Néanmoins, si votre médecin pense que votre état de santé est incompatible avec la prise d'un TH, le plus simple est d'aller voir unE autre médecin afin d'avoir un second (voire un troisième) avis médical.

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 votre médecin ne vous induit pas en erreur par réticence à prescrire un TH. Certains modes de prise et formes de traitement alternatifs permettent souvent de limiter les contre-indications liées à votre état de santé.

Je suis neuro-atypique et/ou atteintE d'une maladie neurologique ou psychiatrique, puis-je prendre un TH ?

Le simple fait d'être neuro-atypique ou atteintE d'une maladie neurologique ou psychiatrique n'est en rien incompatible avec la prise d'un TH. Toutefois, certainEs psychiatres sont réticentEs 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 (voir la question « Est-ce que je dois demander l'autorisation à unE psychiatre ? »).

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 Ft* atteintEs de trouble bipolaire, de trouble schizo-affectif et/ou de schizophrénie déstabiliséEs par la prise de testostérone, mais il n'existe à ce jour aucune étude consacrée à ces situations.

Est-ce que les hormones rendent stériles ?

Peu d'études ont été effectuées sur ce sujet : il est donc difficile d'estimer les effets des TH à long terme. La prise d'anti-androgènes puissants comme l'acétate de cyprotérone (Androcur) sur une période de plusieurs mois ou plus peuvent néanmoins compromettre très durablement la fertilité chez certaines personnes, en réduisant à néant la production de sperme y compris plusieurs mois après l'arrêt du traitement.

Cependant, il semble que pour la plupart des gens, les TH n'induisent pas de stérilité à court terme.

Est-ce que je peux choisir les effets des hormones ?

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

Je prends de la testostérone, est-ce que je peux tomber enceintE ?

Si vous prenez de la testostérone sans avoir fait d'hystérectomie, il est possible de tomber enceintE, que vos menstruations aient disparu ou pas encore. En effet, tant que des ovaires et donc des ovules sont toujours présents, le risque zéro n'existe pas. Il est donc nécessaire de se protéger en utilisant des préservatifs (qui protègent également du VIH et des IST).

Si vous avez un doute, il sera nécessaire de faire une prise de sang pour avoir des résultats analysables, car les tests vendus en pharmacie seront faussés par la prise de testostérone.

Je prends des œstrogènes, est-ce que je peux faire tomber quelqu'un enceinte ?

Si vous prenez des œstrogènes sans avoir fait d'opération génitale (orchidectomie ou vaginoplastie), il est théoriquement possible de faire tomber enceinte une autre personne. En effet, tant que des testicules sont toujours présents, le risque zéro n'existe pas. Il est donc nécessaire de recourir à une contraception, par exemple en utilisant des préservatifs (qui protègent également du VIH et des IST).

Est-ce que je peux partager mes seringues/aiguilles ou mes ampoules d'Androtardyl (testostérone) ?

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/VHB/VHC sont grands.

En revanche, il est possible de partager une ampoule d'Androtardyl en respectant scrupuleusement les conditions ci-dessous :

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.

RESSOURCES / BIBLIOGRAPHIE

Cette brochure n'aurait pas vu le jour sans les contributions apportées autour de ces enjeux par diverses ressources, imprimées ou en ligne, qui l'ont précédée. Nous soulignons le rôle crucial des productions des associations de support trans qui mènent depuis des années leur travail d'investigation, et de l'expertise nourrie par l'accumulation de témoignages des personnes trans via les groupes de support et les forums.

A. N. T. Les hormones pour les filles - MtF - Je prend des hormones, pourquoi, comment ? <http://www.ant-france.eu/ta2-conseils/ta2-conseils-mtf-hormones.htm>

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. (2016). <http://ansm.sante.fr/>

Association mondiale des professionnels pour la santé transgenre (WPATH). (2013). Standards de Soins pour la santé des personnes transsexuelles, transgenres et de genre non-conforme. https://amo_hub_content.s3.amazonaws.com/Association140/files/Standards%20of%20Care%20-%20French%20Final%2011-6-13.pdf

Base de données publique des médicaments. (2016). Retrieved from <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/>

Bondais, C. (2014). Délicate question du consentement des parents et du traitement médical d'un enfant mineur. <http://www.juritravail.com/Actualite/autorite-parentale/Id/152521>

FtM-Info Trans. Hormones. <http://www.ftm-transsexuel.info/medical/hormones.html>

Genres Pluriels - TH féminisant. (2015). <http://www.genrespluriels.be/TH-feminisant>

Gooren, L., Giltay, E., & Bunck, M. (2008). Long-Term Treatment of Transsexuals with Cross-Sex Hormones: Extensive Personal Experience. *The Journal Of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 93(1), 19-25. <http://dx.doi.org/10.1210/jc.2007-1809>

Haute autorité de santé (HAS) - Commission de la transparence. (2014). Réévaluation des traitements hormonaux de la ménopause. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-07/reeval_thm_rapport_devaluation_annexe.pdf

Haute autorité de santé (HAS). (2009). Situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge du transsexualisme. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-12/rapport_transsexualisme.pdf

Inspection générale des affaires sociales (IGAS). (2011). Évaluation des conditions de prise en charge médicale et sociale des personnes trans et du transsexualisme (RM2011-197P). <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000209.pdf>

JAFland: les affaires familiales. (2011). L'autorité parentale, les actes usuels et non usuels: c'est quoi, et à quoi ça sert lorsqu'on n'a pas la garde de l'enfant ? <http://www.jafland.info/post/2008/07/29/L-autorite-parentale%3A-c-est-quoi-et-a-quoi-ca-est-lorsqu-on-n-a-pas-la-garde-de-l-enfant>

Midnight, D. (2009). Holistic Health for Transgender & Gender Variant Folks. Ohlone Herbal Center. <http://www.sfherbalist.com/holistic-health-for-transgender-gender-variant-folks/>

Mira Goldberg, J. & Ashbee, O. (2006). Trans Care - Hormones: A Guide for FTMs <http://www.rainbowhealthontario.ca/>

wp-content/uploads/woocommerce_uploads/2014/08/Hormones-FTM.pdf

Organic Trans & Cie. <http://transitionss.tumblr.com/>

Scarabin, P., Oger, E., & Plu-Bureau, G. (2003). Differential association of oral and transdermal oestrogen-replacement therapy with venous thromboembolism risk. *The Lancet*, 362(9382), 428-432. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)14066-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(03)14066-4)

Skye, T. (2015). *Natural Transitioning: An FTM Alternative* (2nd ed.). Lulu.

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC). (2012). Options de premier recours en matière d'hormonothérapie : Œstrogènes transdermiques et progestérone micronisée. http://menopauseandu.ca/documents/Meno_TransdermalMDTool1206FR.pdf

STS - Support Transgenre Strasbourg. (2016). Les produits courants. http://www.sts67.org/html/det/endo/fr_detail_endo_produits_courants.html#estradiol_nonoral

Transgender Health Information Program. Puberty Blockers. <http://transhealth.phsa.ca/medical-options/hormones/puberty-blockers>

TransgenderZone. (2012). Puberty Blockers - GnRH analogues - Transgender Children and Adolescents. http://library.transgenderzone.com/?page_id=2794#.WBO01oUi11V

Weinand, J. & Safer, J. (2015). Hormone therapy in transgender adults is safe with provider supervision; A review of hormone therapy sequelae for transgender individuals. *Journal Of Clinical & Translational Endocrinology*, 2(2), 55-60. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcte.2015.02.003>

ANNUAIRE DES ASSOCIATIONS EN FRANCE ET EN EUROPE FRANCOPHONE

FRANCE – PAR VILLES :

Des associations se créent ou disparaissent, n'hésitez pas à vous renseigner.

BORDEAUX

Trans 3.0 //

www.trans3.fr

Permanences : 3ème samedi du mois (17h-19h)

CLERMONT-FERRAND

AQTIA (Agenre Queer Trans Intersexe Auvergnate)

Facebook : AQTIA

Permanences : non défini

GRENOBLE

RITA Grenoble

Facebook : Trans-Grenoble

Permanences : 2e mercredi du mois (16h-18h), alternance mixité/non-mixité

LILLE

C'est Pas Mon Genre !

www.cestpasmongenre.com

Permanences : 3ème mardi du mois (19h-21h)

LYON

Chrysalide

chrysalidelyon.free.fr

Permanences : 3ème samedi du mois (16h-19h)

MARSEILLE

T. Time Trans 13 (Groupe Trans PACA)

Facebook : TTIME-TRANS

Permanences : 1 fois par mois, pas de jour fixe, vérifier la date sur la page Facebook

MULHOUSE

L'Hêtre

www.associationlhetre.com

Rencontres : sur rendez-vous

NANTES

TRANS INTER action

Facebook : [trans.action.nantes](https://www.facebook.com/trans.action.nantes)

Permanences : 2ème samedi du mois (14h-18h)

NICE

ATCA (Association des Transgenres de la Côte d'Azur)

Facebook : [atca.asso](https://www.facebook.com/atca.asso)

Permanences : chaque lundi (17h-20h) et chaque dimanche en non-mixité (14h-17h)

PARIS

Acceptess-T

Facebook : [acceptess.transgenres](https://www.facebook.com/acceptess.transgenres)

Permanences : sur rdv (+ juridique : www.facebook.com/soutienjuridique)

OUTrans

www.outrans.org

Permanences : 3ème samedi du mois en non-mixité
(14h30-17h)

PASST (Prévention Action Santé Travail pour les Transgenres)

www.pastt.fr

Permanences : juridique, une fois par mois

RENNES

Ouest Trans

ouesttrans.wix.com/ouesttrans

Permanences : 1er samedi du mois en non-mixité (15h-18h)

SAINT-DENIS (RÉUNION)

OriZon

Facebook : Orizonable

Permanences : possibilité de rencontrer quelqu'un sur rendez-vous

STRASBOURG

STS (Support Transgenre Strasbourg)

www.sts67.org

Permanences : chaque jeudi (18h-19h)

TOULOUSE

AEC (Arc-en-Ciel - Asso LGBT avec permanences trans & inter)

www.aectoulouse.fr

Permanences : non défini

Différents lieux

ANT (Association Nationale Transgenre)

www.ant-france.eu

Permanences : Lille : 3ème samedi du mois (15h-16h30)

Limoges : 3ème jeudi du mois (14h-16h)

Collectif Intersexes et Allié.e.s

ciaintersexes.wordpress.com

AILLEURS EN EUROPE FRANCOPHONE :

BRUXELLES

Genres Pluriels

www.genrespluriels.be

Permanences : 1er jeudi du mois (18h30-22h30)

GENÈVE

Groupe Trans 360

association360.ch/trans/

Permanences : 1er mardi du mois et 3e mercredi du mois
(19h-21h30)

LAUSANNE

Agnodice

www.agnodice.ch

Permanences : non défini

TGNS (Transgender Network Switzerland)

www.transgender-network.ch/fr

Permanences : le mercredi (16h-18h)

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 changés par la mention du sexe/genre choisi. Le changement d'état civil en France passe par une procédure encore (trop) longue et (trop) coûteuse.

Cisgenre : Personne non trans (l'adjectif désuet « bio » est encore parfois employé). Pour les personnes cisgenres qui l'utilisent pour parler d'elles-mêmes, cet adjectif peut aussi impliquer une réelle réflexion sur leur propre identité de genre. « Cisgenre » et « transgenre » ne sont pas des termes inévitablement mis en concurrence, mais au contraire deux définitions de soi qui se font écho dans une réflexion sur le genre.

Équipes hospitalières / protocolaires : Équipes médicales pluridisciplinaires composées généralement d'un ou plusieurs psychiatres, endocrinologues et chirurgiens s'autoproclamant spécialistes de la question trans mais n'ayant aucune légitimité

réelle. Ces équipes sont reconnues par la Sécurité sociale, bien que le parcours de soins qu'elles proposent soit fondamentalement inadapté à la situation et aux besoins des personnes trans. Elles sont parfois qualifiées à tort d'« équipes officielles », par opposition au parcours libre (dit « privé »), mais n'ont rien d'officiel en réalité.

Intersexuation : Variation(s) notamment morphologique(s), hormonale(s) et/ou génétique(s) des caractères sexués. Les sciences biomédicales s'obstinent à faire de l'intersexuation un état pathologique, et imposent encore souvent aux personnes intersexes des protocoles qui ne répondent à aucune nécessité médicale mais visent à transformer ces corps jugés « anormaux » en corps « normaux », suivant les catégories de sexes « homme » et « femme ».

Ft* - FtM - FtX - FtU - Female to something : Personne assignée au regard des sciences biomédicales comme appartenant à la catégorie femelle et pour l'état civil au genre féminin, qui transitionne vers un genre masculin et/ou fluide. On dit « un FtM ».

Mt* - MtF - MtX - MtU - Male to something : Personne assignée au regard des sciences biomédicales comme appartenant à la catégorie mâle et pour l'état civil au genre masculin, qui transitionne vers un genre féminin et/ou fluide. On dit « une MtF ».

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

Pronoms : Par respect pour sa démarche, on parle d'une personne trans en utilisant les accords et les pronoms en adéquation avec l'identité qu'elle revendique, peu importe ses choix de transition. Par exemple : pour une MtF, on dira « elle », et pour un FtM, on dira « il ».

Trans : Une personne trans est une personne vivant ou souhaitant vivre dans une identité de genre différente de celle qui lui

a été assignée à la naissance en fonction de critères morphologiques, anatomiques, génétiques et/ou biologiques imposés par les sciences biomédicales.

Transidentités : Contrairement aux termes de transsexualisme ou de transsexualité, empruntés à la classification des maladies mentales des manuels de psychiatrie, nous préférons le terme de transidentités.

Il s'agit pour nous de souligner qu'il peut y avoir plusieurs parcours de transition, avec ou sans hormones, avec ou sans chirurgie, et une « constellation » d'identités trans hors des schémas sexistes qui nous classeraient dans deux seules catégories de genre stéréotypées.

Transphobie : La transphobie est le rejet des personnes trans et des transidentités. Elle peut prendre plusieurs formes : exclusion familiale, amicale ou professionnelle, refus de soin de la part du corps médical, stérilisation forcée exigée par les tribunaux pour obtenir le changement d'état civil.

Elle peut aller jusqu'à l'agression, voire au meurtre.

Le terme « d'identité de genre » a récemment remplacé celui « d'identité sexuelle », et est un motif de discrimination reconnu par la loi. 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.

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 problématique car il induit une confusion et un amalgame avec les questions de sexualité, alors que les transidentités relèvent par nature de l'identité. De la même manière, on préfère employer le mot « trans » plutôt que « transsexuelle ».

TH/THS : Traitement hormonal/traitement hormonal de substitution. C'est le fait, pour une personne trans et/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.

OUTTRANS

Vous pouvez soutenir l'association et nos différentes activités
en adhérant ou en faisant un don sur notre site internet :
www.outtrans.org

Merci !



Design by Trank Studio - www.trank-studio.fr