

OUTTRANS

association féministe d'autosupport trans

**HORMONES ET
PARCOURS
TRANS**



**AVEC LES RECOMMANDATIONS DE LA
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ 2025**

HORMONES ET PARCOURS TRANS

INTRODUCTION.....	4
QU'EST-CE QU'UNE TRANSITION?	6
TRANSITIONS MÉDICALES	8
TRAITEMENTS HORMONAUX.....	20
TRAITEMENTS HORMONAUX MASCULINISANTS	26
TRAITEMENTS HORMONAUX CHEZ LES MINEUR-E-S.....	60
SOINS COURANTS (ET REFUS DE SOINS)	65
SANTÉ SEXUELLE ET CONTRACEPTION	68
PARENTALITÉ TRANS	72
CHANGEMENT D'ÉTAT CIVIL	78
FOIRE AUX QUESTIONS	83
LEXIQUE	86
L'ASSOCIATION	94

ÉDITION 2.5.2 — RÉVISION MARS 2026

1^{re} édition : 2017

© OUTrans – Rédaction : bénévoles OUTrans

Relecture Dres Sophie Le Goff et Charlotte Mouton

Maquette: Anaïs — Illustrations: Alois Desoubries-Binet

Remarques et commentaires: contact@outrants.org

Les mots soulignés sont définis dans le lexique en fin d'ouvrage.



OUTrans.org

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

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

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

INTRODUCTION

Cette brochure répond à la nécessité de fournir aux personnes trans et/ou non-binaires vivant en France toutes les informations nécessaires pour **prendre des décisions éclairées** sur leurs parcours de transition, quelles que soient ces décisions. Le terme « trans » inclut toute personne qui vit ou souhaite vivre dans un genre différent de son assignation, recouvrant, comme le précise la HAS (Haute Autorité de Santé), « **l'ensemble des variances de genre** » et « **s'appuyant sur son autodétermination** ». Plus particulièrement, ces pages s'adressent aux personnes qui ont (ou souhaitent) entamé une transition (que celle-ci soit sociale, et/ou médicale, et/ou légale). Elles sont aussi utiles pour des personnes **intersexes** qui peuvent être amenées à partager des parcours communs avec les personnes trans.

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

Au-delà des informations pratiques et concrètes qu'elle entend présenter, cette brochure est aussi l'occasion pour OUTrans de **replacer au centre l'usager-e de soins comme acteur-ric principal-e dans les décisions prises pour sa vie** et sa santé, contrairement à certaines dérives

médicales. On peut évoquer à cet effet la notion d'expertise profane : il s'agit d'une parole associative fondée sur l'expérience et l'affirmation de notre capacité et légitimité à être intégré-e-s dans la production de la connaissance scientifique.

Ce livret **intègre ainsi les recommandations de bonnes pratiques de la HAS** pour la prise en charge des adultes trans (2025) élaborées dans une logique de démocratie sanitaire avec les associations de personnes concernées (dont OUTrans).

Elles sont en rupture avec la **psychiatriation et la pathologisation** qui prétendaient protéger les personnes trans mais au contraire les fragilisaient et les mettaient davantage en danger. Les différentes étapes des transitions ne doivent pas être soumises au bon vouloir de psychiatres ou de médecins, mal informé-e-s, voire maltraitant-e-s. OUTrans continue de revendiquer la dépathologisation et la dépsychiatriation effectives des transidentités, conformément à leur reclassification dans une catégorie non pathologisante de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans sa CIM 11 et les publications de la HAS.

À l'exigence de souffrance qu'implique le diagnostic de dysphorie de genre, nous opposons **l'autonomie** des parcours de transition basée sur le seul **consentement libre et éclairé**, loin des pressions sociales et médicales. Ce dernier nécessite une information détaillée à laquelle ce fascicule participe.

En outre, cette brochure a vocation à **être un support de qualité pour les professionnel-le-s de santé** qui souhaitent ainsi se former et nous accompagner dans nos parcours de transition.

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

- **Dicklit et T Claques**, sur la santé sexuelle à destination des personnes transmasculines et de leurs amants
- **OPÉ-TRANS**, sur les chirurgies trans



QU'EST-CE QU'UNE TRANSITION ?

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

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

Une transition ne nécessite pas forcément de parcours médicalisé.

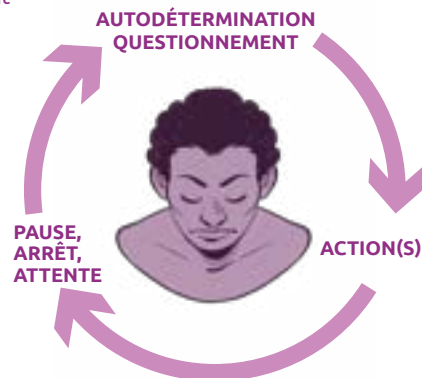
Chacun-e dispose librement de son corps et de son identité. Chacun-e a de fait le droit de les façonner comme il l'entend, c'est-à-dire avec ou sans modifications corporelles (ex : prise de TH ou chirurgie-s...). Ainsi, les personnes qui souhaitent avoir recours à des actes médicaux devraient pouvoir choisir librement lesquels, dans l'ordre qu'elles souhaitent et consulter un-e psychiatre ou psychologue pour les accompagner seulement si elles le désirent.



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

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

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



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

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

TRANSITIONS MÉDICALES

Dans ce chapitre, sauf précision, les phrases entre guillemets sont issues des recommandations de la HAS.

Une transition médicale n'est pas obligatoire. Elle s'engage exclusivement selon les besoins de la personne concernée et peut inclure (**ou non**) une prise d'hormones, des opérations chirurgicales diverses ou encore des soins annexes comme de l'épilation définitive, de l'orthophonie, le port de vêtements compressifs ou un suivi psy si souhaité.



LES RECOMMANDATIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS)

En juillet 2025, la Haute Autorité de Santé a publié des recommandations de bonnes pratiques « Transidentité: prise en charge de l'adulte ». Elles donnent aux professionnel·les de santé des **directives directement applicables** pour l'accompagnement des transitions médicales. Elles sont composées de 4 documents: les recommandations en tant que telles, l'argumentaire reprenant toutes les études sur lesquelles se basent les recommandations, une note décrivant les parcours de soins et une fiche pratique pour les médecins généralistes. Tous ces documents sont consultables sur le site de la HAS.



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

« L'accès aux soins de transition ne constitue **pas un "confort"**, mais un **enjeu vital** en termes de bien-être, d'image de soi, de vie personnelle, de santé globale et aussi de vie sociale. »

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

La transidentité ne doit pas faire l'objet d'un diagnostic. De même, « l'incongruence de genre évoquée dans la CIM-11 de l'OMS ne recouvre pas toutes les situations de transidentité ».

L'accompagnement doit être individualisé. « La prise en charge des personnes trans doit être globale et **centrée sur les demandes des personnes concernées**, en s'adaptant à la **diversité de leurs parcours**. »

ACCUEIL DES DEMANDES DE TRANSITION

Il n'existe pas d'équipes ou de centres spécialisés sur les transidentités. **Chacun·e est libre de construire son parcours**, y compris auprès de professionnel·les de santé libéraux·ales.

« **Le rôle du médecin généraliste est central** tout au long du parcours de soin: il accueille toute demande de soins quelle qu'elle soit, d'une personne trans. **Il peut primo-prescrire*** les traitements hormonaux d'affirmation de genre (...) et **coordonner les soins** tout au long de cette transition. »

* Au jour de la publication, l'ANSM, autorité compétente en la matière, limite la prescription initiale de testostérone à certaines spécialités: endocrinologues, urologues, gynécologues, andrologues et spécialistes de la reproduction. Pas de limite pour les traitements féminisants.

Il est important « d'accueillir la personne **sans jugement ou idée préconçue** quant à son identité de genre et ses besoins en matière d'accompagnement. »

Les professionnel·les de santé sont invité·es à « proposer un **environnement d'accueil bienveillant et adapté aux personnes trans**. (...) Cela passe par une **formation de toutes les professionnel·les** aux bonnes pratiques d'accueil des personnes trans. » OUTrans propose des formations à l'accueil des personnes trans (outrans.org/formations).

« **La reconnaissance pleine et entière du genre exprimé est une condition majeure pour assurer la qualité de l'accompagnement**. Les prénom et pronom d'usage sont utilisés dans toutes les communications. »

« L'enjeu est de **favoriser la capacité d'écoute** et la compréhension de la personne trans et de ses proches avec son accord notamment grâce à l'aménagement d'un espace préservé pour la rencontre et l'adoption de modes et supports de communication adaptés. »

« Le recours à des équipes de soins spécialisées (ou des RCP) n'est pas systématique, mais concerne les situations sortant des modalités habituelles d'accompagnement et présentant une complexité particulière (somatique ; psychologique ; éthique ; juridique...). »

Il subsiste des équipes hospitalières autoproclamées spécialisées sur les transidentités dont certaines n'ont toujours pas rompu avec des pratiques maltraitantes. C'est pourquoi la HAS précise que « d'autres réseaux de santé structurés en dehors d'équipes hospitalo-universitaires peuvent également remplir un rôle de recours ».

ORIENTATION ET COORDINATION DES PARCOURS

Le parcours de transition est personnalisé en prenant en compte les objectifs et les attentes de la personne, ainsi que les capacités, le rythme et les contraintes. **Ce parcours est adapté dans le temps en fonction de l'évolution des besoins.**

TABLEAU DES SPÉCIALITÉS (HAS 2025)

Actes possibles	Spécialités et professionnel·les
Prescription d'hormones	Médecin généraliste, endocrinologue, gynécologue, urologue, andrologue
Chirurgies (visage, pomme d'Adam, torse/poitrine, appareil génital)	Chirurgien·ne, urologue, gynécologue, ORL, autres...
Soins de suite	Kinésithérapeute, sage-femme, infirmier·e
Épilation définitive	Dermatologue
Acné	Dermatologue, médecin généraliste
Greffes capillaires, prothèses capillaires	Chirurgien·ne, dermatologue, prothésiste capillaire
Modification de la silhouette	Fabricant·es de vêtements spécialisés
Voix	Orthophoniste (chirurgien si nécessaire)
Accompagnement psychosocial	Professionnel·le de santé mentale, psychologue, médecin généraliste, association, pair aidance, services sociaux
Préservation de la fertilité	Médecins et centres de la reproduction et de la préservation de la fertilité

Selon les options de parcours, la personne se tourne, en coordination avec son·sa médecin généraliste, vers les professionnel·les de santé adapté·es (cf tableau).

VIE SOCIALE ET PROFESSIONNELLE

« Les personnes engagées dans un parcours de transition peuvent rencontrer des difficultés importantes dans leur vie professionnelle et avoir besoin d'**aménagement du temps ou du poste de travail**, d'arrêts maladie, d'**autorisations d'absences**. »

« Il est essentiel de réaliser une évaluation précise de la situation de chaque personne trans en prenant en compte divers aspects sociaux (état de santé, situation professionnelle, logement et vie personnelle, etc.). »

PREMIER RENDEZ-VOUS MÉDICAL

Ces éléments, qui devraient être la règle pour tout rendez-vous médical (y compris pour les personnes cis), permettent une prise en charge globale en matière de santé, de favoriser l'information, la prise de décision et l'autonomie. Ce rendez-vous peut intégrer :

- « l'histoire de la personne en lien avec l'incongruence de genre**, sa persistance et **les besoins de la personne en matière d'affirmation de genre** (soins médicaux, accompagnements, etc.) ;
- « l'évaluation des **facteurs de vulnérabilité en santé**, des violences subies, et co-occurrences psychiatriques (troubles anxieux, troubles dépressifs, idées suicidaires et tentatives de suicide, troubles d'usage de substance, trouble de stress post-traumatique, troubles des conduites alimentaires et trouble du spectre de l'autisme) ;
- « la **recherche de risques spécifiques** selon les demandes (prescription d'hormones, chirurgies, etc.) ;
- « une **information, adaptée** à l'âge et aux capacités de compréhension de la personne, sur les options de transition leurs bénéfices et leurs risques, ainsi que sur les résultats potentiels des différents traitements, afin d'éviter toute attente irréaliste (...) ;
- « une information sur les options de **préservation de la fertilité** et possibilités **alternatives de parentalité** ;
- « l'évaluation des **ressources et soutiens** (sociaux, associatifs, familiaux) et leur maintien lors de la transition ;
- « la recherche des **pratiques d'automédication, sans jugement**, pour en identifier les causes ;
- « l'évaluation de **l'autonomie** et la **capacité de la personne à consentir** de façon éclairée (...) ;
- « le recueil du **consentement libre et éclairé** aux soins proposés.

Cet entretien peut être une opportunité pour proposer :

- « un **dépistage** et la délivrance de messages de prévention des IST et des conduites addictives ;
- « une **orientation vers des associations** afin de compléter l'information, d'intégrer des réseaux d'auto-support et de soutien, ou de bénéficier d'une pair-aidance ;
- « une **orientation des proches (parents, partenaire, enfants, etc.) vers des associations**, afin de leur offrir des informations adaptées et un soutien émotionnel.
- « un recours à un professionnel de santé mentale **sans entraîner un délai supplémentaire** à l'instauration de la transition médicale qui pourrait être dommageable pour la santé mentale de la personne. »

LE RÔLE DES ASSOCIATIONS

« **Les associations de personnes trans jouent un rôle important dans l'accès à la santé et l'amélioration du système de soins pour les personnes trans.** Elles assurent un lien utile entre les personnes trans et des professionnels compétents, tout en favorisant la pair-aidance, la diffusion d'informations fiables et l'accompagnement global en santé mentale, sexuelle et sociale. »

OUTrans propose des brochures d'information sur les transitions (Hormones et parcours trans, Opé-Trans) et sur la santé sexuelle (DTC). De même, l'association propose des groupes de parole pour les personnes trans et pour leurs proches (cf en fin d'ouvrage). D'autres associations trans proposent de la documentation et des ressources d'autosupport. N'hésite pas à te renseigner auprès d'elles.



DOIS-JE DEMANDER L'AUTORISATION À UN-E PSYCHIATRE ?

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

Longtemps, dans la pratique, un « diagnostic » était exigé sous couvert d'écarter un « diagnostic différentiel » psychiatrique « expliquant » (*sic*) l'expression d'une transidentité. Cette démarche psychiatisante se transformait en diagnostic, notamment d'une dysphorie de genre à travers la recherche d'une souffrance conditionnant la prise en soins de la transidentité.

Cette méthode est régulièrement dénoncée par les associations et par le Défenseur des Droits. Elle va aussi à l'encontre de la dépsychiatisation des transidentités entérinée par l'Organisation Mondiale de la Santé en 2019 et en vigueur depuis 2022.

La HAS précise bien qu'« il n'existe à ce jour aucune étude empirique évaluant l'intérêt d'un dépistage systématique ou standardisé des troubles psychiatriques chez les personnes trans.

« L'identité de genre ne doit pas faire l'objet d'une évaluation psychiatrique spécifique. »

« En cas de besoin, le recours à un professionnel de santé mentale ne doit **pas entraîner un délai de prise en charge supplémentaire** et doit s'organiser en parallèle du processus global de prise en charge. »

« Pour les personnes trans :

- **aucune psychothérapie n'est obligatoire** de façon systématique dans le cadre d'un parcours de transition ; (...)
- **les thérapies de conversion** ont montré leur effet délétère et sont interdites par la loi ;

- un soutien par un professionnel de santé mentale peut être nécessaire, il pourra comporter l'utilisation d'outils d'affirmation de soi, des techniques d'apprentissage de gestion du stress, une psychoéducation centrée sur la lutte contre les stéréotypes. »

Ainsi, aucun-e professionnel-le de santé ne peut exiger une évaluation psychiatrique ou le suivi par un-e psychiatre ou psychologue.

De plus en plus de praticien-ne-s n'exigent pas de certificat ou d'attestation pour prescrire un traitement hormonal. Ces pratiques sont théoriquement la règle, mais ne restent malheureusement peu répandues. Ces praticien-ne-s sont connu-e-s des associations trans locales qui peuvent fournir les contacts. Si tu connais des médecins accueillant-es, n'hésite pas à les indiquer aux associations d'autosupport (par exemple sur autosupport@outrans.org).

Les médecins en proximité peuvent être incités à monter en compétence sur nos enjeux (recommandations de la HAS, formations...). S'ils persistent à ne pas prendre en charge ou à exiger des attestations psychiatriques, ils peuvent être signalés pour refus de soin (cf *Soins courants*).



PRISE EN CHARGE



AFFECTION DE LONGUE DURÉE (ALD)

Les transitions médicales peuvent avoir une prise en charge à 100 % par la Sécurité sociale (hors dépassements et participation forfaitaire) grâce au protocole ALD (Affection de Longue Durée). Il s'agit d'un dispositif exonérant, visant à permettre la prise en charge de « pathologies » dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessitent un traitement prolongé et/ou particulièrement coûteux (art. L160-14 du code de la sécurité sociale — CSS).

L'ALD couvre la prise en charge du ticket modérateur (remboursement à 100 % sur la base du tarif de la Sécurité sociale) pour les seuls actes pouvant bénéficier de remboursement et figurant dans le protocole de soins.

L'ALD ne couvre pas :

- les dépassements d'honoraires (hors secteur 1, spécialistes, chirurgies, anesthésie...)
- les participations forfaitaires de 2 € pour les actes médicaux (consultations, analyses, examens...) plafonnées à 50 €/an
- la franchise médicale payée sur la délivrance de médicaments plafonnée à 50 €/an
- les médicaments ou actes sans base de remboursement (testo en gel par exemple).

Enfin, l'ALD n'a pas d'effet sur la prise en charge des opérations. Avoir une ALD ne présuppose pas un remboursement des actes chirurgicaux. Elle couvrira simplement les frais médicaux annexes (examens, consultations hors dépassements). À l'inverse, l'absence d'ALD n'exclut pas une couverture à 100 % d'une opération selon les règles de la Sécu.

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

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

DEMANDER UNE ALD

Toute personne concernée peut effectuer une demande d'admission en ALD par le biais d'un-e **médecin**. Il est important de lister dans le détail tous les actes qui pourraient constituer une transition, même si on ne pense pas les faire, afin de ne pas avoir à modifier sa demande. Le protocole de soins figure sur le volet 3 qui doit être demandé à son-sa médecin ou à son organisme de Sécurité

sociale quand l'ALD est acceptée. C'est le seul endroit listant les actes pris en charge.

L'ALD est généralement attribuée **pour 3 à 5 ans**. Elle peut être renouvelée indéfiniment. Il est possible de cumuler plusieurs ALD pour des motifs médicaux différents.

On constate à l'échelle nationale une disparité de traitement de la part des caisses départementales de Sécu qui n'imposent pas toutes les mêmes conditions pour délivrer leur accord et excluent parfois arbitrairement certains éléments, notamment le traitement hormonal (TH), de l'exonération du ticket modérateur. **Ce type de décision entraîne une inégalité territoriale et constitue un abus. De même, aucune attestation psychiatrique ne peut être exigée depuis 2010.**

Mais **avoir une ALD peut avoir des conséquences négatives** dans la vie quotidienne, comme par exemple des difficultés pour avoir un prêt (sauf les prêts immobiliers de moins de 200 000 € qui ne peuvent pas exiger un questionnaire médical).

Le fait de bénéficier d'une ALD est indiqué sur la carte Vitale, mais pas son motif. Cela peut ouvrir la porte à des questions indiscretes de la part des soignant-es pour des soins sans rapport avec sa transition. On est libre de ne pas y répondre.

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.

Les personnes trans ne représentant pas aux yeux des labos un marché suffisamment important, **l'ensemble des produits**

prescrits dans le cadre d'un TH à des personnes trans le sont « hors AMM » (avant un éventuel changement d'état civil). Une prescription en non-conformité avec les conditions du produit telles que mentionnées dans l'AMM ne se limite pas aux enjeux trans. Ainsi, beaucoup de prescriptions de médicaments en pédiatrie se font hors AMM.

La prescription hors AMM relève toutefois de la liberté de prescription des médecins. Dans la pratique, de nombreux-ses praticien-ne-s ne précisent pas cette mention sur les ordonnances. La prise en charge de ces prescriptions hors AMM par l'assurance maladie est aujourd'hui théoriquement exclue (art L.162-17 du CSS). Mais dans les faits, le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) sur « la santé et les parcours de soins des personnes trans » relève que **« dans les faits, les traitements sont le plus souvent pris en charge par les CPAM. »** (p. 5). Ainsi, dans la plupart des cas, le remboursement des TH est assuré, mais cette pratique n'est pas sécurisée. On peut espérer que l'adoption des recommandations de la HAS ouvre la porte à une intégration des traitements hormonaux dans les AMM ou une clarification de l'ANSM qui pourrait ouvrir le remboursement aux hormones pour les personnes trans suite aux recommandations de la HAS.

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

L'article L.324-1 du CSS permet une prise en charge à 100 % des actes prévus dans le protocole de soins même hors AMM dans le cadre d'une Affection de longue durée (ALD) (cf pages précédentes).

TRAITEMENTS HORMONAUX



« **La prescription d'hormones aux personnes trans qui la demandent** par des médecins formés, après une information éclairée et une évaluation personnalisée des bénéfices et des risques **est recommandée**, car elle peut contribuer dans ces conditions à **améliorer leur état psychique et leur qualité de vie**.

« Cette information permettra à la personne ayant formulé la demande de donner son consentement aux soins proposés avec une **prise de décision libre et éclairée** après un délai de réflexion raisonnable et proportionné. » R21/HAS

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 de déceler d'éventuelles contre-indications afin de prescrire au fil du temps un traitement **adapté à la physiologie et à la santé de chacun-e**. Chaque traitement est personnel. Ce qui fonctionne pour certain-es ne marche pas pour d'autres.

Les médecins généralistes ont la capacité à primo-prescrire des hormones ou renouveler un traitement. En revanche, la prescription initiale (primo-prescription) de certains produits masculinisants – essentiellement la testostérone qui peut notamment être utilisée à des fins de dopage – est réservée par l'ANSM aux spécialistes

en endocrinologie, en urologie, en andrologie, en fertilité ou en gynécologie. Si le renouvellement de ces prescriptions n'est pas restreint, tout-e généraliste effectuant un tel renouvellement s'engage toutefois auprès de la pharmacie à avoir vu l'ordonnance originale d'un-e spécialiste. Une pharmacie peut aussi en principe refuser de délivrer un produit prescrit par un-e généraliste en cas d'incapacité à présenter l'ordonnance originale.

La nécessité de formation inclut toute démarche engagée par le-la médecin pour se sentir compétent-e pour la prescription: auto-formation, documentation, échange d'expériences, formations par des pairs, formations associatives, formation continue... Un-e médecin refusant de prendre en charge une personne faute de formation et de faire une démarche personnelle d'information est **susceptible d'être poursuivi-e pour refus de soin** (cf. Soins courants).

Le Réseau Santé Trans (ReST) propose des formations d'une journée en présentiel ou en visio à la prescription d'hormones pour les médecins prescripteur-ices (reseausantetrans.fr).

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

Le délai de réflexion **ne doit pas ouvrir à une forme de refus de mise sous hormones** en imposant des délais trop longs (*gatekeeping*) ayant un impact sur la santé mentale de la personnes concernée. Selon les personnes et leur niveau d'information, ce délai peut être de quelques jours à quelques semaines (pas plus d'un mois). Aussi, une personne déjà très informée sur les traitements et les impacts de ceux-ci sera parfaitement à même de prendre une décision libre et éclairée au premier rendez-vous.

La HAS précise que « l'appréciation globale des risques d'une prescription doit intégrer l'évaluation de l'ensemble des bénéfices/risques de celle-ci. Cela intègre les effets de la prescription elle-même, **mais aussi les risques de ne pas prescrire ou de différer la prescription.** »

Avant d'entamer un TH, différents bilans sont réalisés pour s'assurer de l'absence de contre-indications, ou, le cas échéant, pour permettre au médecin d'ajuster le traitement ou les dosages prescrits. Dans la plupart des cas, un bilan sanguin et hormonal, et la mesure de la taille et du poids sont suffisants pour entamer un TH. **Il n'existe pas de contre-indication à un TH qui soit spécifique aux personnes trans.** Seules s'appliquent les contre-indications inhérentes à chaque produit utilisé (indiquées dans la notice).

En cas de doute légitime sur d'éventuels risques, il est souhaitable de s'adresser à des spécialistes. Certain·es professionnel·les de santé demandent abusivement des examens complémentaires. Il convient de s'assurer qu'ils sont bien **strictement nécessaires**. Par exemple, en cas d'antécédents familiaux ou personnels rares, peuvent s'ajouter une mammographie, une échographie abdomino-pelvienne et/ou testiculaire, et parfois des tests cardiaques (électrocardiogramme, épreuve d'effort, etc.) ou un examen des chromosomes (caryotype). Le caryotype est dont le prix est très élevé, n'est jamais nécessaire, en dehors d'un questionnement sur une possible intersexuation à la demande de la personne concernée.

FAQ DES TRAITEMENTS HORMONAUX

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

Il est impossible de choisir les effets des hormones, qui dépendent avant tout des caractéristiques biologiques et génétiques de chacun·e. En revanche, il est possible d'adapter le dosage et/ou la posologie de son TH pour avoir des effets plus graduels, par exemple. C'est pourquoi il est essentiel de s'informer sur les résultats potentiels et les limites des différents traitements, afin d'éviter toute attente irréaliste.

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

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

L'article L1111-4 du code de santé publique rappelle que « toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. (...) Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne. (...) Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. »

Néanmoins, si ton·ta médecin pense que ton état de santé est incompatible avec la prise d'un TH, le plus simple est d'aller voir un·e autre médecin conseillé·e par les associations trans afin d'avoir un deuxième (voire un troisième) avis médical.

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

Face aux difficultés à trouver des praticien·ne·s et à l'absence de distribution de certaines spécialités hormonales, il peut être tentant d'acheter des médicaments sur internet : **cette démarche peut être lourde de conséquences.**

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

D'autre part, sans suivi médical, les effets de ces produits peuvent être néfastes. Seuls des bilans réguliers permettent de savoir si le TH mis en place est adapté. **Tous les professionnel·les de santé doivent prendre en compte les pratiques d'automédication, non pour les juger, mais pour les accompagner.**



Les pratiques d'automédication sont à rechercher pour en identifier les causes et **pour accompagner ces pratiques afin d'en réduire le plus possible les risques** : prescriptions de traitements ou de soins infirmiers, suivi biologique, information sur le matériel et les gestes d'injection, discussions sur les risques, examens cliniques, etc. » HAS, mise en œuvre du parcours de soin

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

PUIS-JE REVENIR EN ARRIÈRE ?

Prendre un traitement hormonal est toujours réversible. Il peut être arrêté (si on a toujours ses gonades) ou inversé, et doit l'être si on ne se sent pas à l'aise avec ses effets. Il est même essentiel de ne pas s'enfermer dans un stéréotype imposé par la pression et la norme sociales.

Arrêter son traitement (ou revenir en arrière) n'est en rien un échec et ne constitue pas forcément non plus une remise en cause de son genre.

Au contraire, les identités de genre sont évolutives. **Chacun·e doit se sentir libre à tout moment de s'identifier à un genre**, semblable ou non à son assignation, binaire ou non-binaire, en continuité ou non au genre précédemment revendiqué.

Il est essentiel de se préserver des paniques morales entretenues autour des transidentités et qui laissent entendre un fort taux de détransition. **Aucune étude ne va dans ce sens**, au contraire, malgré l'augmentation du nombre de personnes s'engageant dans des parcours des transitions, les taux restent les mêmes (1 à 3% selon ce qui est étudié). La pression sociale sur les personnes trans, contraintes à renoncer à vivre leur genre, reste de loin la première cause de détransition.

Toutefois, une personne ayant revendiqué une identité de genre peut, dans son développement personnel, évoluer vers une autre, celle de son assignation ou toute autre variation. Cela peut inclure,

ou non, des modifications corporelles (hormones, chirurgies, épilations, orthophonie...). **Les seuls actes irréversibles sont les opérations génitales.**

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

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

Il existe des équipes médicales qui accompagnent des personnes mineures et peuvent prescrire des bloqueurs de puberté et/ou des hormones (voir chapitre « Les TH chez les mineur·e·s »).

De la même façon, les personnes de 60 ans ou plus peuvent tout à fait prendre des hormones et/ou prévoir des opérations chirurgicales. Il n'y a pas de contre-indication majeure liée à l'âge, même passé l'âge théorique de la ménopause/andropause. Toutefois, les risques en matière de santé peuvent être plus élevés (cardio-vasculaires par exemple) nécessitant une réévaluation régulière du rapport bénéfice-risque. À ce jour, **aucune étude n'indique une difficulté à continuer un traitement passé l'âge de la ménopause/andropause.**

DOIS-JE PRENDRE DES HORMONES À VIE ?

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



TRAITEMENTS HORMONAUX MASCULINISANTS

LA TESTOSTÉRONE ET SES DIFFÉRENTES FORMES

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

PRINCIPAUX EFFETS MASCULINISANTS

Les effets réversibles

Effet	Temps moyen
Augmentation de la libido	1-3 mois
Modification des odeurs corporelles	1-3 mois
Peau grasse / acné	1-3 mois
Augmentation de la croissance, épaisseur, longueur des poils sur les jambes, bras, thorax, dos, abdomen	1-6 mois
Sécheresse et diminution de l'élasticité vaginale	1-3 mois
Arrêt des menstruations	1-18 mois
Redistribution de la masse graisseuse	3-6 mois
Augmentation de la masse musculaire	3-12 mois

Les effets durables

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

Effet	Temps moyen
Accroissement clitoridien	1-3 mois
Pousse graduelle de la barbe	1-6 ans
Mue de la voix	3-18 mois
Calvitie	>12 mois

Les délais dépendent fortement des individus et du traitement pris (un microdosage ralentit l'apparition des effets).

LES EFFETS DE LA PRISE DE TESTOSTÉRONE

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

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

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 avec une activité sportive régulière.

La testostérone augmente souvent la **libido**, qui peut se stabiliser après un certain temps de TH.

La testostérone peut réduire la production de mucus, entraînant **une sécheresse vaginale** et une fragilité des muqueuses comparables à la ménopause. Cela peut causer irritations, douleurs, ou risque accru d'infections, notamment lors des rapports. Un suivi médical et un traitement local à base d'estrogènes peuvent soulager l'inconfort ainsi que l'usage de lubrifiants.

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.

De façon générale, l'augmentation du taux de testostérone peut induire une augmentation de la **tension artérielle** et par conséquent, de la température corporelle (moins de sensibilité au froid), ainsi que des **risques cardiovasculaires**. Il faut donc rester vigilant·e et limiter autant que possible les autres facteurs de risque (tabac, alcool, diabète, cholestérol, poids, 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/ou que les habitudes alimentaires ne changent pas.

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

LES CONTRE-INDICATIONS

Il existe **peu de contre-indications** aux traitements hormonaux à base de testostérone. Elles sont propres à chaque spécialité et sont indiquées dans les notices.

Certaines sont toutefois **absolues** : cancer androgéno-dépendant, hypercalcémie associée à un cancer, antécédents personnels de tumeur hépatique.

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

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

La prise de testostérone n'est pas compatible avec une grossesse. Le traitement devra être arrêté si une grossesse est découverte.

LE BILAN SANGUIN INITIAL

Avant de commencer tout traitement, un bilan sanguin initial doit être effectué. Il peut comporter :

- Testostérone, estradiol
- NFS (numération formule sanguine : globules rouges, globules blancs, plaquettes)
- Glycémie à jeun
- Bilan lipidique
- ASAT, ALAT, gamma-GT (bilan hépatique : enzymes du foie)
- Béta-hCG (test de grossesse en cas de doute)
- Dépistage des IST (infections sexuellement transmissibles)



LES DIFFÉRENTS TYPES DE TRAITEMENT

La testostérone peut être prise sous différentes formes.

INJECTION D'ÉNANTHATE DE TESTOSTÉRONE : ANDROTARDYL 250 MG/ML

C'est le traitement le plus courant en France. Il s'administre sous la forme d'une injection intramusculaire (qui peut être effectuée seul·e ou par un·e infirmier·e) ou en sous-cutanée, à une **fréquence habituelle de 7 à 21 jours**. Le produit se compose de 250 mg d'énanthate de testostérone, mélangés à 1 ml d'huile de ricin (attention en cas d'allergie).

Le rythme et le volume de l'injection sont adaptés à chaque personne 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).

INJECTION D'UNDÉCANOATE DE TESTOSTÉRONE : NEBIDO OU TESTOSTERONE BESINS 1000 MG/4 ML

L'undécanoate de testostérone a une durée de vie dans l'organisme plus longue que l'énanthate de testostérone. Cela permet d'**espacer les injections de 10 à 14 semaines** en moyenne et d'éviter les variations du taux de testostérone. Lors de l'initiation, une deuxième injection est recommandée à 4 semaines, puis toutes les 6 à 14 semaines.

Le laboratoire Besins distribue la spécialité (Testostérone Bésins) avec **prise en charge par la Sécurité sociale**. Le Nébido est cher (entre 100 € et 180 €) et n'est pas remboursé par la Sécurité sociale.



GEL : ANDROGEL OU FORTIGEL

La testostérone peut aussi être administrée sous forme de gel, qui doit être **appliqué quotidiennement** (sur les épaules, le ventre et les bras) de préférence le matin. Ce type de gel n'a pas d'effet

local, c'est-à-dire qu'appliquer le gel sur le ventre ne le rendra pas plus poilu que le reste du corps.

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

Ce traitement est assez peu utilisé à cause de son prix et de 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.

Attention aussi au risque de transfert de testostérone en cas de contact avec la peau d'une autre personne. Pense à recouvrir la zone ou à la laver avant tout contact intime (au plus tôt 6 h après l'application).

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



QU'EST-CE QUE LE MICRODOSAGE ?

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

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

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

COMMENT SAIT-ON SI ON A LE BON DOSAGE ?

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

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

Une sensation de fatigue prononcée, particulièrement en fin de cycle, peut révéler un **sous-dosage**.

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

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 inexistantes.

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

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

Pour les **injections**, on pourra agir sur la dose ($\frac{1}{4}$, $\frac{1}{2}$ ou ampoule entière) et/ou la fréquence des injections (1 à 4 semaines pour l'Androtardyl®, 6 à 14 semaines l'undécanoate).

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

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

ÉVALUER APPROXIMATIVEMENT MA DOSE

Les informations du tableau sont données à titre informatif, le dosage peut être différent en fonction de la réaction de chaque personne au traitement et doit être évalué et adapté avec son-sa médecin. Il est difficile de faire une équivalence entre le traitement par injection et le gel, car les effets et dosages peuvent être différents. Le traitement par injection peut être adapté en jouant sur l'espacement entre les prises et/ou la dose injectée.

	Enanthate de testostérone Androtardyl	Undécanoate de testostérone Névido, T Bésins	gel
Grosse dose	1 fl/15 j ou $\frac{3}{4}$ fl/10 j	1 fl/10 semaines	100 mg/j
Dose "normale"	$\frac{3}{4}$ fl/21 j ou $\frac{1}{2}$ fl/15 j ou $\frac{1}{3}$ fl/10 j	1 fl/14 semaines	50-40 mg/j
Petite dose	$\frac{1}{2}$ fl/21 j	$\frac{1}{2}$ fl/14 semaines	30 mg/j
Microdosage	$\frac{1}{2}$ fl/mois		20 mg/j ou -

fl: flacon — j: jour



TABLEAU DES HORMONES

Les informations suivantes sont **effectives à la date de la publication de la brochure** (début 2026) et sont donc susceptibles de changer. Ne pas hésiter à se renseigner sur internet ou auprès d'une association d'autosupport trans.

La prescription initiale (primo-prescription) de certains produits masculinisants – essentiellement la testostérone qui peut notamment être utilisée à des fins de dopage – **est légalement réservée aux spécialistes** en endocrinologie, en urologie, en andrologie, en fertilité ou en gynécologie. Un-e généraliste peut renouveler la prescription et certain-es font des primo-prescriptions. Une pharmacie peut toutefois en principe refuser de délivrer un produit prescrit par un-e généraliste, en cas d'incapacité à présenter la première ordonnance faite par un-e spécialiste.

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

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



PRINCIPAUX PRODUITS DITS MASCULINISANTS PRESCRITS EN FRANCE

Principe actif (molécule)	Nom commercial	Forme et voie d'administration	Posologie et mode d'administration	Prix	Prise en charge SECU
Énanthane de testostérone	Androtardyl 250 mg/ml	Ampoule d'1 ml Solution injectable : voie intramusculaire ou sous-cutanée	Une injection tous les 7 à 21 jours d'une part ou de la totalité de l'ampoule	7,14 €	65%
	testostérone Desma 250 mg/ml			6,01 €	
Undécanoate de testostérone	Nebido 1 000 mg/4 ml	Solution injectable : intramusculaire	Une injection toutes les 10 à 14 semaines, d'une part ou de la totalité de l'ampoule	Prix libre de 100 € à 180 €	0%
	Testostérone Besins 1 000 mg/4 ml			21,88 €	65%
Testostérone en gel	Androgel 1,62%, 16,2 mg/g	Gel en flacon avec pompe doseuse (70 doses, 1 dose = 20,25 mg) : voie transdermique	1 à 4 pressions à appliquer sur la peau une fois par jour à la même heure, de préférence le matin.	Prix libre de 40 € à 80 €	0%
	Testaván 20 mg/g	Gel en flacon avec pompe doseuse (70 doses, 1 dose = 23 mg) : voie transdermique	1 à 3 pressions à appliquer sur la peau une fois par jour à la même heure, de préférence le matin.	Prix libre	0%

MA PREMIÈRE INJECTION

Pour une injection d'Androtardyl (à adapter pour la Testostérone Besins).

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

LE MATÉRIEL

Liste du nécessaire à injection :

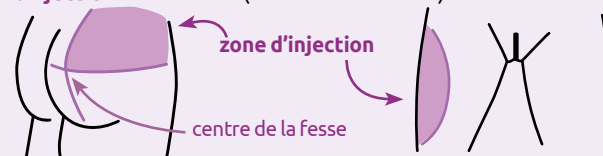
- 1 ampoule avec le produit
- 1 seringue 2 ou 2,5 mL
- 1 aiguille pour le prélèvement: rose (18G - 1,2 x 40 mm)
- 1 aiguille pour l'injection selon la zone d'injection et la corpulence: rose (18G - 1,2 x 40 mm) pour la cuisse ou la fesse, bleue (23G - 0,6 x 30 mm) pour la cuisse ou l'épaule (volume max 2 ml)
- boîte à aiguilles usagées DASRI (Déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés) à récupérer en pharmacie
- des compresses stériles désinfectantes (type chlorhexidine)
- 1 pansement

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

LA PROCÉDURE D'INJECTION

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

- 4 Ouvre l'emballage de **l'aiguille** rose côté embase (à l'opposé de la pointe de l'aiguille). Rapidement, fixe l'aiguille dans l'embout de la seringue, en veillant à manipuler les deux à travers le papier.
- 5 **Casse ensuite l'ampoule** au niveau du point bleu, en faisant attention à protéger tes doigts (avec par exemple la partie d'emballage interne de la seringue).
- 6 Avant de plonger l'aiguille rose dans l'ampoule, veille à chasser l'air de la seringue en appuyant sur le piston. Puis **aspire lentement** le produit avec la seringue.
- 7 Retire et **jette l'aiguille** rose dans la boîte à aiguille DASRI. Remplace l'aiguille rose par l'aiguille noire ou bleue, chasse la bulle d'air si besoin.
- 8 Imbibe une compresse avec du désinfectant et frotte **la zone où l'injection** va être faite (la cuisse ou la fesse).



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

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

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

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

TRAITEMENTS COMPLÉMENTAIRES OU ALTERNATIFS À LA TESTOSTÉRONE

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

STOPPER LES MENSTRUATIONS

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

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

Plusieurs types de médicaments peuvent être prescrits.

LE DANATROL

Cet antigonadotrope bloque la sécrétion de FSH (hormone folliculo-stimulante) et LH (hormone lutéinisante). De ce fait, les taux d'hormones « femelles » (estrogènes 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 simultanément.

PRENDRE LA PILULE CONTRACEPTIVE EN CONTINU

C'est la méthode la plus simple et la plus courante pour arrêter le cycle menstruel. On utilise les pilules microprogestatives ou oestro-progestatives selon les cas, prises en continu elles stoppent les menstruations.

STÉRILET OU DIU HORMONAL (MIRENA® OU KYLEENA®)

Parmi les contraceptifs intra-utérins, ces stérilets ou Dispositifs intra-utérins (DIU) hormonaux entraînent une diminution des règles dans les trois-quarts des cas. Contrairement aux idées reçues, ce stérilet hormonal n'est pas forcément réservé aux personnes au-dessus d'un certain âge et/ou ayant déjà enfanté. Toute personne pratiquant la gynécologie est apte à le poser même s'il peut être difficile d'en qui accepte. C'est pourtant une méthode peu invasive avec peu d'effets indésirables et facilement enlevable.

LES INJECTIONS DE DEPO PROVERA

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

AUTRES PRODUITS À EFFET LOCAL

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

L'ANDRACTIM

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

LE MINOXIDIL

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

LES ESTROGÈNES À EFFET LOCAL

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

TRANSITIONS « NATURELLES »

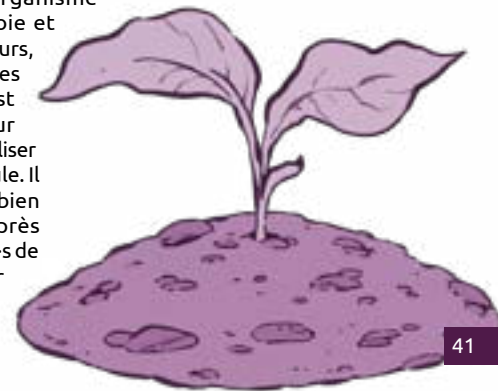
Transition n'est pas synonyme de prise d'hormones de synthèse. Certaines personnes **transmasculines** choisissent ainsi d'explorer d'autres voies pour se sentir bien dans leur corps (parfois en complément d'un **TH** à base de produits **androgènes** de synthèse).

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

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

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

Quant aux **compléments** utilisés, on retrouve fréquemment les plantes **phytoandrogènes**. Certains programmes préconisent le recours à de nombreux compléments coûteux, dont les résultats très limités varient en fonction du patrimoine génétique de la personne, et qui peuvent affecter sensiblement l'organisme (notamment le foie et les reins). Par ailleurs, le niveau de preuves scientifiques n'est pas suffisant pour recommander d'utiliser cette méthode seule. Il importe donc de bien se renseigner auprès de professionnel·e·s de santé et de rester à l'écoute de son corps.



BILAN ET SUIVI

Un bilan hormonal accompagné de la surveillance de certaines constantes est généralement pratiqué **tous les 3 mois de traitement jusqu'à atteindre le confort et/ou les valeurs de référence**, puis tous les ans :

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

Tous les ans : testostérone, NFS, bilan hépatique (ASAT, ALAT, gamma-GT), IST et selon l'âge et les facteurs de risque glycémie à jeun et/ou bilan lipidique.

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

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

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



TRAITEMENTS HORMONAUX FÉMINISANTS

INTRODUCTION

Le plus souvent, le recours à des hormones de féminisation fait appel aux **estrogènes**, et en particulier à l'estradiol, auxquels peuvent éventuellement s'ajouter la progestérone et/ou différents **anti-androgènes** pour contrer les effets de la testostérone.

LES EFFETS DU TRAITEMENT FÉMINISANT

L'**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 plus au niveau des hanches et moins au niveau abdominal, les traits du visage sont légèrement adoucis. La prise d'**estrogènes** provoque également la **croissance de la poitrine**, qui commence au bout de quelques semaines, et peut s'étaler sur quelques années. Cet effet est le seul à être persistant après arrêt du traitement.

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

Cette baisse de testostérone affine les muscles, ce qui peut entraîner des courbatures et une **perte musculaire**. Un minimum d'exercice physique peut limiter cette perte, notamment chez les personnes sportives. La modification de la posture et de la répartition des graisses peut entraîner une légère baisse de la taille et de la pointure de chaussures.

La **pousse des cheveux** est favorisée par l'estradiol et leur qualité peut changer. En parallèle, la baisse de la testostérone **arrête la calvitie** sans toutefois provoquer de repousse sur les zones déjà touchées.

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

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

moins nombreuses, ces dernières peuvent devenir douloureuses, surtout si elles sont espacées. La concentration en spermatozoïdes diminue, mais la fertilité sous TH ne peut complètement être écartée.

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



Des flatulences peuvent apparaître. Le TH entraîne aussi une modification de la transpiration et des **odeurs**.

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

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

PRINCIPAUX EFFETS FÉMINISANTS

Effets	Temps moyen
Modification des odeurs corporelles	1-3 mois
Modification de la libido	1-3 mois
Arrêt de la calvitie (pas de repousse)	1-3 mois
Diminution des érections spontanées	1-3 mois
Diminution de la production de spermatozoïdes	1-3 mois
Peau plus douce, plus fine, moins grasse	1-3 mois
Diminution de la masse musculaire	1-3 mois à 2 ans
Redistribution des graisses et augmentation de la masse grasse	1-3 mois
Développement mammaire*	3-6 mois
Diminution du volume testiculaire*	3-6 mois
Modification de la pilosité (ralentissement de la croissance, poils plus fins...)	6-12 mois

* effets durables après arrêt du traitement féminin

LES CONTRE-INDICATIONS ET RISQUES

Il existe **peu de contre-indications** majeures à la prise d'un traitement hormonal féminin, hormis un cancer hormono-dépendant.

Le développement mammaire peut faire tendre le risque de cancer du sein très faible d'un homme **cis**, vers celui, plus élevé, d'une femme **cis**, **sans toutefois le dépasser**. Les campagnes de dépistage prévues pour les femmes s'appliquent donc (à partir de

50 ans sauf en cas d'antécédent personnel ou familial de maladie du sein qui nécessite un avis et un suivi spécialisé parfois plus tôt dans la vie). Les autres risques de cancer **correspondent à ceux des organes présents** (prostate, testicule) et souvent diminués par le TH.

Lorsqu'il existe des facteurs de risque cardiovasculaires (masse corporelle, tabac, facteurs familiaux), l'utilisation d'estradiol par voie transcutanée (gel ou patches) en première intention est recommandée du fait d'une potentielle diminution du surrisque thromboembolique (HAS).

Il n'est pas nécessaire d'arrêter le traitement hormonal féminisant avant la chirurgie (HAS).

LE BILAN SANGUIN INITIAL

Avant de commencer tout traitement, un bilan sanguin initial doit être effectué. Il doit comporter :

- Testostérone, estradiol
- Glycémie à jeun
- Bilan lipidique
- Dépistage des IST

En cas de mise sous Spironolactone :

- Ionogramme sanguin (potassium)
- Créatinine (évalue la fonction rénale)

En cas de mise sous bicalutamide ou androcur

- ASAT, ALAT, gamma-GT (bilan hépatique: enzymes du foie)



LES HORMONES

LES ESTROGÈNES : L'ESTRADIOL

La principale hormone féminine entrant dans les traitements féminisants est l'estradiol. Il existe plusieurs voies d'administration. Il est important de **choisir celle qui est le plus en adéquation avec son mode de vie** afin de prendre le traitement avec le plus de régularité possible. En effet, l'estradiol a une demi-vie (période d'efficacité) très courte (de l'ordre de 8 h à 12 h pour les gels ou les cachets), qui nécessite plusieurs prises par jour et peut rapidement entraîner des effets de manque.

Les **estrogènes** sont relativement peu chers en France (moins de 10€ par mois), et **peuvent être pris en charge par la Sécurité sociale** (sauf les injections qui ne sont pas distribuées ni remboursées).

TABLEAU DES ÉQUIVALENCES

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

PRISE PAR VOIE TRANSDERMIQUE

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

La voie transdermique **évite le passage par le foie**, ce qui écarte les risques de thromboses, d'accidents cardio-vasculaires, d'embolie pulmonaire et d'infarctus. Elle ne fait monter ni la tension, ni le cholestérol, ni les triglycérides. **Parmi les formes distribuées en pharmacie, c'est la voie privilégiée par la HAS**, en particulier pour les personnes « de plus de 37 ans, ou lorsqu'il existe des facteurs de risques thromboemboliques (IMC, tabac, facteurs familiaux) ».

L'absence de risques sur la santé (y compris les risques de cancer) a été confirmée par de nombreuses études, mais qui concernent plutôt les femmes **cis** ménopausées. On ne peut que regretter le manque d'études qui intègrent les femmes **trans** avec leurs spécificités.

Sous forme de gel (Estreva Gel®, Cestrodose®)

Dans l'idéal, il s'applique **plusieurs fois par jour (2 à 3)** sur une petite zone à la peau fine vascularisée (scrotum, intérieur des poignets...) afin d'augmenter la concentration du produit et son efficacité. Plus la zone d'application est petite, plus la concentration sera importante durant les premières heures suivant l'application. Il faudra dès lors moins de produit, mais parfois des applications plus rapprochées pour avoir un taux constant.

Les notices, écrites pour des femmes **cis** à la ménopause, prévoient à l'inverse des grandes zones d'application (avant-bras, cuisse, abdomen) pour réduire la concentration, et d'étaler avec les mains (ce qui réduit la dose effective). Certain-es médecins prescrivent une seule prise par jour, ce qui peut contribuer à rester



sur un taux d'estradiol dans le sang faible malgré des doses parfois élevées.

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

Le dosage peut varier de 1,5 mg à 6 mg par jour, selon la zone d'application et la façon dont la personne réagit au traitement. La quantité d'estradiol assimilée par l'organisme est très faible par rapport à la teneur du gel.

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

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

Il existe différents dosages, du 25 au 100 µg/24 h. Le dosage moyen est 200 µg/24 h, mais, comme avec le gel, tout va dépendre de la facilité de pénétration du produit à travers la barrière cutanée, notamment selon l'épaisseur de peau. Les formes disponibles étant sous-dosées, il est souvent nécessaire d'en utiliser plusieurs à la fois.

Le patch résiste plusieurs jours aux bains et à la douche. En cas d'allergie à la colle, choisir un autre modèle qui convient mieux selon ses critères : pas de marques, taille, pas d'allergie, transparent et discret, qui adhère bien... Il est aussi possible de se faire prescrire des films adhésifs remboursés par la sécu pour protéger les patches.

PRISE PAR VOIE ORALE ET SUBLINGUALE

Les **estrogènes dits bio-identiques** (17-bêta-estradiol) restent disponibles en comprimés (**Provames®, Oromone®**), et sont parfois prescrits sous cette forme chez des personnes jeunes et en bonne santé, c'est-à-dire sans facteur de risque identifié

par rapport à ces traitements (fragilités hépatiques, risques thromboemboliques, etc.). La demi-vie des comprimés étant courte, ils doivent souvent être pris **plusieurs fois par jour**.

Les pilules contraceptives œstroprogestatives, type Diane par exemple, **ne doivent pas être utilisées** pour un traitement féminisant, car elles contiennent de l'éthinylestradiol, forme d'estrogènes non bio-identique contrairement au 17-béto-oestradiol. Si les effets des diverses formes disponibles d'estrogènes sont assez similaires à long terme, les risques sont sensiblement différents.

L'estradiol pris par voie orale (avalé) a tendance à se transformer, ce qui en atténue les effets. Ce mode d'administration passant par le foie est à déconseiller pour les personnes ayant des antécédents hépatiques. La voie orale est la seule qui **peut causer des thromboses** veineuses.

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

PRISE PAR INJECTION

L'estradiol peut également être administré par injection intramusculaire ou sous-cutanée, mais il n'est **pas commercialisé en France** sous cette forme. Cela permettrait d'obtenir des résultats comparables aux autres voies.

Il y a un avantage théorique à l'utilisation des injectables par rapport à l'adhésion au traitement (injection hebdomadaire, bi hebdomadaire).

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

La HAS incite les médecins à rechercher ce type d'automédication « pour **accompagner ces pratiques afin d'en réduire le plus possible les risques**: prescription de traitements ou de soins infirmiers, suivi biologique, information sur le matériel et les gestes d'injection, discussions sur les risques, examens cliniques, etc. »

AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS DES DIFFÉRENTS MODES DE PRISE D'ESTRADIOL

Avantages	Inconvénients
Comprimés par voie orale	
Discrétion, rapidité de prise	Risques cardio-vasculaires et hépatiques, absorption variable, efficacité courte (prise quotidienne), variabilité dans le temps
Comprimés en sublingual	
Bonne absorption, évite risque hépatique, discrétion, rapidité de prise	Effet pic, efficacité courte (plusieurs prises par jour), variabilité dans le temps
Gel sur grande zone	
Discrétion	Efficacité faible et courte (prises quotidiennes), doses élevées, temps de séchage long, contamination par contact, variabilité dans le temps
Gel sur petite zone (poignets, scrotum)	
Bonne efficacité, discrétion, doses plus faibles	Effet pic, efficacité courte (plusieurs prises par jour), contamination par contact, variabilité dans le temps
Patchs	
Taux stable, peu contraignant (remplacement 1 à 2 fois par semaine)	Plusieurs patchs nécessaires, peut se décoller, irritation locale, ruptures de stocks ou de gamme
Injections	
Taux stable, peu contraignant (une injection par semaine, quinzaine ou mois), efficacité anti-androgène	Non disponible en France, pas de contrôle, difficultés d'approvisionnement, piqûres

LA PROGESTÉRONNE

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

Plusieurs formes existent, mais la progestérone naturelle micronisée, également appelée *bio identique*, présente un risque d'effets secondaires beaucoup plus faible que les progestatifs de synthèse. **Le dosage est de 200 mg par jour.** À 400 mg/jour, les effets secondaires sont plus importants et les effets féminisants plus faibles. Le traitement se prend par voie orale, mais aussi **par voie rectale** pour une meilleure efficacité et limiter les effets inconfortables. Certaines personnes peuvent ressentir un effet planant et des somnolences après la prise, c'est pourquoi il est conseillé de la prendre au coucher. Ces produits sont assez peu chers et bien remboursés par la Sécurité sociale.

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



LES ANTI-ANDROGÈNES

La prise d'œstrogènes seuls a des effets anti-androgéniques. Pour cette raison, **la prise d'anti-androgènes est inutile** dans le cadre d'un traitement hormonal féminisant.

Toutefois, **si le traitement à base d'œstrogènes n'est pas suffisant**, ou en début de transition, des anti-androgènes peuvent être prescrits afin de réduire les effets des androgènes produits naturellement chez les personnes de profil hormonal « mâle » (en particulier ceux de la testostérone et de la DHT).

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

Il existe plusieurs formes d'anti-androgènes :

- ceux qui bloquent la production de testostérone (Decapeptyl®, Androcur®)
- et ceux qui bloquent les récepteurs de testostérone (Bicalutamide®, Spironolactone®, Finastéride®...) donc sans réduire le taux de testostérone dans un bilan hormonal

BLOQUER LA PRODUCTION DE TESTOSTÉRONNE

Agonistes de la GnRH

On peut **inhiber la sécrétion** de testostérone en supprimant la production de FSH et de LH qui commandent la production de testostérone. C'est ce que font les agonistes de la GnRH par exemple la triptoréline (Decapeptyl LP®), qui est très cher (283,20€ pour 3 mois), mais pris en charge par la sécu. Il consiste en une **injection tous les mois, tous les trois ou tous les six mois.** C'est ce traitement qui est donné pour bloquer la puberté. La semaine suivant la première injection, le taux de testostérone augmente fortement (effet *flare-up*) avant de chuter aux niveaux recherchés. Aussi, il peut être combiné avec un autre anti-androgène pour la première semaine.

Acétate de cyprotérone (Androcur®)

On peut aussi **bloquer la production de testostérone** en empêchant les androgènes (la DHT en particulier) de se fixer sur leurs récepteurs. C'est ce que fait par exemple l'acétate de cyprotérone (Androcur®). Attention cependant, cette substance aux effets puissants, utilisée par ailleurs comme « castrateur chimique », provoque souvent un déficit hormonal à éviter. **La prise régulière d'androcur peut avoir d'autres effets indésirables potentiellement dangereux**, comme un risque de survenue de méningiome.

Ce médicament ne doit pas être pris à la légère et toujours avec un suivi médical renforcé : il ne peut être prescrit sans examens complémentaires préalables. Il nécessite une IRM cérébrale avant le début du traitement, puis à cinq ans, puis tous les deux ans. Un consentement signé par la personne et son-sa médecin doit être renouvelé tous les ans et produit à la pharmacie pour délivrance. Pris en **microdosage** (un quart de comprimé tous les 2 jours par exemple), il peut avoir les effets anti-androgènes recherchés en limitant les effets secondaires.

BLOQUER LES RÉCEPTEURS DE TESTOSTÉRONNE

Spironolactone

La spironolactone est utilisée contre l'hypertension. C'est un diurétique qui retient le potassium. Son usage nécessite une surveillance du taux de potassium (ionogramme). Il nécessite aussi une surveillance de la pression artérielle qui peut chuter pendant le traitement. Sa prescription est intéressante en début de traitement, pour accompagner la chute du taux de testostérone par les effets de l'estradiol.

Inhibiteurs de la 5-alpha-réductase (Finastéride®)

La finastéride est initialement prescrite pour réduire la taille de la prostate, mais les effets indésirables peuvent être nombreux, en particulier une forte augmentation des symptômes dépressifs et des idées suicidaires. Son utilisation n'est pas recommandée par la HAS.

Bicalutamide

À l'inverse, la bicalutamide est un anti-androgènes avant tout, mais n'est pas sans risques, même si peu d'études existent sur les effets sur les personnes trans. Dans tous les cas, cette substance charge le foie, ce qui demande une surveillance attentive (prises de sang). La HAS ne recommande pas en première intention.

TABLEAU DES HORMONES

Les informations suivantes sont effectives **à la date de la publication de la brochure** (fin 2025) et sont donc susceptibles de changer. Ne pas hésiter à se renseigner sur internet ou auprès d'une association d'autosupport trans.

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

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

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



Principe actif	Nom commercial	Forme, voie d'administration	Posologie, mode d'administration	Prix	Prise en charge
Estradiol (en gel transcutané)	Estreva 0,1 % gel	0,5 mg d'estradiol par pression. 100 pressions par flacon	Gel à appliquer sur zone à la peau fine et vascularisée	6,13 €	65 %
	Oestrodose 0,06 %	0,75 mg d'estradiol par pression. 64 pressions par flacon		5,94 €	
Estradiol (en patch transcutané)	Dermestril	25 µg/24 h, 50 µg/24 h ou 100 µg/24 h - boîte de 8 patches	1 patch à remplacer tous les 3,5 jours		
	Dermestril Septem	25 µg/24 h, 50 µg/24 h ou 75 µg/24 h - boîte de 4 patches	1 patch à remplacer tous les 7 jours		
	Femsept	50 µg/24 h, 75 µg/24 h ou 100 µg/24 h - boîte de 7 patches	1 patch à remplacer tous les 7 jours	6,89 €	65 %
	Thais	25 µg/24 h boîtes de 8 patches	1 patch à remplacer tous les 3,5 jours		
	Thaïssept	25 µg/24 h ou 50 µg/24 h boîte de 4 patches	1 patch à remplacer tous les 7 jours		
Estradiol en pilule	Provames Oromone	1 mg ou 2 mg Boîte de 28 à 30 comprimés.	Voie orale ou sublinguale de 1 à 8 mg/jour	2,76 €	65 %

Principe actif	Nom commercial	Forme, voie d'administration	Posologie, mode d'administration	Prix	Prise en charge
Progesterone	Estima Progestan	100 mg Voie orale ou rectale Boîte 30 à 90 capsules		5,01 € (30) 12,07 € (90)	
	Progesterone (générique)	200 mg voie orale ou rectale Boîte de 15 à 45 capsules	200 mg/jour par voie orale ou rectale le soir de préférence (risque de somnolence)	4,94 € (15) 11,85 € (45)	65 %
	Utrogestan	100 mg Voie orale ou rectale Boîte 30 à 90 capsules		6,12 € (30) 15,44 € (90)	
Bicalutamide	Bicalutamide 50 mg Casodex 50 mg	Boîtes de 30 comprimés pelliculés	1 à 3 comprimés par jour	7,03 € (15) 18,05 € (45)	100 %
		25 mg Boîte de 30 à 90 comprimés		38,36 € 4,35 € (30) 11,80 € (90)	
Spirolactone	Spirolactone Aldactone	50 mg Boîte de 30 à 90 comprimés	100 et 300 mg/jour	4,11 € (30) 11,08 € (90)	65 %
		75 mg Boîte de 30 à 90 comprimés		4,66 € (30) 13,29 € (90)	
Finastéride	Finastéride 5 mg	Boîtes de 28 comprimés	1 comprimé par jour	11,94 €	65 %
Triptoréline	Decapeptyl LP	3 mg - 1 injection	1 injection IM par mois	93,63 €	
		11,25 mg - 1 injection	1 injection IM tous les 3 mois	269,16 €	65 %
Acétate de cyprotérone	Gonapeptyl	3,75 mg - 1 injection	1 injection IM par mois	88,13 €	
	Androcur	50 mg - boîtes de 20 comprimés	½ comprimés (25 mg) tous les 2 jours	9,50 €	30 % 65 %

COMMENT SAIT-ON SI ON A LE BON DOSAGE ?

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

Il n'est pas forcément nécessaire de pratiquer un bilan hormonal trop régulier, **le ressenti est aussi important que les chiffres.**

- En cas de jambes lourdes, de gonflements, de fortes douleurs au niveau des seins... C'est peut-être que la dose est trop forte.
- En cas de bouffées de chaleur, c'est souvent signe que la dose est trop faible.

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

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

Parfois, les effets attendus peuvent être lents, faibles ou inexistant. Une prise de sang permet de mesurer le taux d'estradiol. S'il demeure très faible malgré un dosage du traitement élevé, c'est peut-être que le produit passe mal la barrière cutanée ou est mal assimilé.

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

BILAN ET SUIVI

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

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

- Estradiol : **entre 55 et 400 pg/ml**, soit 200 à 1500 pmol/l. On considère qu'autour de 100 pg/ml, le taux est suffisant.
- Testostérone : **entre 0,1 et 0,9 ng/ml** soit entre 0,35 et 3,12 nmol/l. Des effets masculinisants peuvent revenir au-dessus de 0,5 ng/ml.

Un bilan hormonal accompagné de la surveillance de certaines constantes est généralement pratiqué **tous les 3 mois de traitement jusqu'à atteindre le confort et/ou les valeurs de référence**, puis tous les ans :

- Testostérone, estradiol
- Si spironolactone : ionogramme (potassium) et créatinémie
- Si bicalutamide : bilan hépatique (ASAT, ALAT, gamma-GT)
- En cas de céphalées (mal de crâne), de galactorrhées (écoulement de lait) ou de troubles visuels : prolactine

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

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



TRAITEMENTS HORMONAUX CHEZ LES MINEUR·E·S

Il n'y a pas d'âge pour vivre son genre. Respecter le genre déclaré par un·e enfant, c'est respecter le droit de l'enfant au libre développement de sa personnalité. Une transition sociale (reconnaissance de son genre, prénom d'usage) peut se faire dès le plus jeune âge, en ouvrant toujours la possibilité de naviguer entre les genres.

Il existe un **consensus scientifique sur la prise en charge des personnes trans mineures**. Il passe par la **reconnaissance du genre** dès qu'il est manifesté. C'est un facteur **contribuant positivement à la santé mentale des enfants** concernés.

À l'inverse, tout acte visant à forcer une personne trans, quel que soit son âge, à **« explorer » son genre d'assignation** – qui a largement été « exploré » dans les années précédant le coming-out – **peut être associé à une thérapie de conversion**. Celles-ci sont délétères pour la santé des personnes concernées et **interdites par la loi** française depuis 2022.

Une transition médicale ne commence qu'avec la puberté. Avant, aucune modification corporelle (chirurgie, hormone) n'est pertinente médicalement. Un nombre croissant de professionnel·les de santé, en milieu hospitalier et libéral, s'ouvrent désormais à l'accueil des personnes mineures en France. Certaines structures, outre la prescription de bloqueurs de puberté et/ou de traitements hormonaux, proposent aussi un accompagnement pour faciliter la vie quotidienne des jeunes, y compris dans la sphère scolaire. Les associations d'autosupport trans sont les

plus aptes à renseigner sur les interlocuteur·ices disponibles à l'échelle locale et nationale.

La transidentité n'étant pas un trouble mental, **il n'y a aucune obligation à avoir une attestation psychiatrique**, y compris pour les jeunes trans.

Dans l'évaluation du bénéfice/risque chez les personnes mineures, les recommandations internationales insistent pour prendre en compte « d'une part, les conséquences irréversibles d'une décision d'un traitement hormonal », **mais aussi, « d'autre part, [le fait qu'un] report de ce traitement en raison de la progression irréversible du développement des caractères sexuels masculins ou féminins peut conduire à une consolidation de la souffrance [...]** et donc à une aggravation et une chronicisation d'un état de souffrance [...]. »

Enfin, à tout âge, il est important de recueillir le consentement libre et éclairé avant tout traitement médical. Pour les personnes mineures, les études montrent que la prise de décision informée est aussi solide chez les adolescent·es que pour les adultes. D'autres études démontrent que **l'identité de genre des jeunes trans est aussi stable que pour les jeunes cis**.

Les campagnes politiques anti-jeunes trans se développent portées par des idéologies réactionnaires. Elle ont obtenu la limitation des recommandations de la HAS de 2025 aux seul·es les adultes contrairement à la commande initiale. Des recommandations pour les personnes trans mineures doivent être élaborées.

MINORITÉ, AUTORITÉ ET CONSENTEMENT PARENTAL

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

Elle est légitimée par la protection de l'enfant « dans sa sécurité, sa santé, sa vie privée et sa moralité ». Comme nier une identité de genre entraîne un fort risque pour la santé mentale, l'autorité parentale devrait permettre l'épanouissement de l'enfant dans son genre revendiqué.

De plus, selon l'article 371-1 du code civil, l'autorité parentale s'exerce « dans le respect dû à [l'enfant] » et « sans violences physiques ou psychologiques ». **Ne pas reconnaître l'identité de genre d'un-e enfant est considéré comme une violence psychologique et un manque de respect envers sa personne.**

AUTORITÉ PARENTALE ET RENDEZ-VOUS MÉDICAUX

Il est possible pour une personne trans mineure de consulter un-e médecin sans en avertir ses parents. Mais **la prescription d'un traitement hormonal ou toute opération ne peuvent se faire qu'avec l'accord de tous les détenteurs de l'autorité parentale.**

Le code civil dispose que :

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

Les traitements hormonaux ne rentrent pas dans la catégorie des actes usuels : ils correspondent à des actes importants, qui rompent avec le passé ou engagent l'avenir de l'enfant. L'accomplissement d'un tel acte en accord avec l'un des parents nécessite l'accord de l'autre parent. Il est toutefois possible de demander au juge aux affaires familiales de donner l'autorité parentale exclusive à un seul parent pour engager le traitement hormonal.

Même si cela ne semble pas avoir été jusqu'alors invoqué pour des mineur-e-s trans, le code de la santé publique, dans son article 1111-5,



prévoit que « par dérogation à l'article 371-1 du code civil, le médecin ou la sage-femme peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé ». Cet article est très utilisé pour les IVG. Il est difficilement applicable pour un traitement hormonal, car les effets des hormones peuvent être rapidement visibles, mettant la personne trans jeune en situation d'outing.

LES BLOQUEURS DE PUBERTÉ (ANALOGUES DE LA GNRH)

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

LE PRINCIPE

L'idée derrière ces traitements est de « **mettre sur pause** » la **puberté**, permettant ainsi à l'adolescent-e trans de mûrir sans avoir à vivre l'expérience d'une « mauvaise » puberté. Cela lui donne **également le temps de choisir** quand iel souhaite déclencher une puberté qui correspond à son identité.

Cette suspension est effectuée **en début de puberté** bien que cela puisse varier selon les personnes (en fonction de l'âge d'apparition des seins ou de l'augmentation du volume testiculaire, premiers signes de développement pubertaire). Ce traitement empêche l'apparition des caractères sexuels secondaires (pilosité, voix,

modifications corporelles, etc.), mais bloque aussi un certain nombre d'autres phénomènes liés à la puberté, tels que la libido, la calcification des os et la fertilité. Un suivi au minimum tous les 6 mois permet de surveiller la survenue de tout risque.

L'action des bloqueurs est réversible, ce qui signifie que si ces derniers sont arrêtés, la puberté reprend là où elle a été stoppée. Durant cette période, la croissance de l'adolescent·e se poursuit à une vitesse de type prépubère, 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 le profil génétique.

LES TRAITEMENTS

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

Les médicaments les plus prescrits dans ce cadre sont la Leuproréline et la Triptoréline. Ils se prennent sous forme d'injections intramusculaires, à raison d'une injection tous les mois initialement. Ils sont aussi utilisés pour les adultes trans (Décapeptyl) pour bloquer les androgènes dans un traitement hormonal féminisant (cf traitements hormonaux féminisants).

LES TRAITEMENTS HORMONAUX

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

SOINS COURANTS (ET REFUS DE SOINS)



Cela paraît une évidence, mais la HAS est obligée de rappeler dans ses recommandations que **les personnes trans doivent bénéficier d'« un suivi et [d']une prise en charge comparables à ceux de la population générale pour les soins courants.**

Les personnes trans ont les mêmes besoins en soins de santé globale que la population générale,

en prenant en compte les facteurs de vulnérabilité en santé, les obstacles à l'accès aux soins et la physiologie de la personne.»

Le principe est, pour les professions de santé, « d'adapter l'application des recommandations, protocoles et documentations en matière de santé afin de les rendre inclusifs de la diversité des personnes » **en se basant sur les organes et les caractéristiques physiologiques** de chacun·es.

Par exemple, « le dépistage des cancers sera adapté au profil de la personne trans en fonction de ses organes, de ses antécédents personnels (médicaux et chirurgicaux) et familiaux ».

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

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

D'autres adaptations sont à prendre en compte, de manière non-exhaustive : les traitements contre-indiqués aux personnes enceintes ne doivent pas être prescrits à une personne trans-masculine enceinte, une infection urinaire chez une personne transféminine sera traitée comme une prostatite, car elle conserve sa prostate (même après vulvoplastie)...

REFUS DE SOINS

De nombreux professionnel·les de santé se déclarent incompétent·es pour prendre en charge la santé courante des personnes trans. Ils sont pourtant formé·es à la médecine humaine et ont toute compétence dans le domaine.

Un·e médecin ne peut pas légalement refuser de soigner un·e patient·e trans pour des raisons personnelles, car l'identité de genre est un motif discriminatoire. Ceci est explicitement interdit par le code pénal et le code de la santé publique.

« Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins.

« Un professionnel de santé ne peut refuser de soigner une personne (...) pour l'un des motifs visés au premier alinéa de l'article 225-1 » du code pénal qui inclut expressément l'identité de genre. Article L1110-3 du code de la santé publique

Le refus de soins discriminatoire peut se manifester de manière :

- **directe** : lorsque **le professionnel de santé refuse de te recevoir ou te traite de façon différente** parce que trans (mégenrage, curiosité déplacée, examens abusifs...);

- **indirecte** comme l'**errance médicale**, c'est-à-dire l'orientation répétée ou abusive sans justification médicale vers un autre professionnel, un rendez-vous dans un délai anormalement long au regard des délais habituellement pratiqués ou des dépassements d'honoraires disproportionnés et exceptionnels.

Ne pas avoir « une attitude correcte et attentive envers la personne examinée » est contraire au code de déontologie des médecins (article 7 ou article R.4127-7 du code de la santé publique).

COMMENT PORTER PLAINTE ?

Un recours pour refus de soin peut être fait auprès de la CPAM (caisse départementale) ou auprès du conseil de l'ordre départemental dont dépend le·a professionnel·le de santé en cause.

Pour saisir sa CPAM, la démarche est détaillée sur la page outrans.org/refus

EN CAS DE PROBLÈME AVEC MA CAISSE D'ASSURANCE MALADIE

Régulièrement, la Sécurité sociale (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) peut causer directement ou indirectement des difficultés : non-remboursement, édition de carte vitale suite à un changement d'état civil, dossier administratif, demande injustifiée d'attestation psychiatrique, refus d'ALD, exigence d'entente préalable, nouveau numéro de sécu...

Dans ce contexte, un service dédié aux personnes en parcours de transition a été créé par l'Assurance Maladie. Il peut être contacté :

- Par téléphone au **0806 060 106** (service gratuit + prix de l'appel) entre 8 h30 et 12 h30 ou entre 13 h30 et 16 h30.
- Par mail en écrivant à parcourstrans@assurance-maladie.fr

Les associations, les professionnels de santé, les établissements de santé publics et privés et les partenaires de l'Assurance Maladie peuvent également contacter ce service si besoin.



SANTÉ SEXUELLE ET CONTRACEPTION

SANTÉ SEXUELLE

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

En fonction des pratiques sexuelles, il est important de penser au **dépistage du VIH/sida, des IST** et des hépatites. Le dépistage

des IST doit prendre en compte toutes les parties du corps qu'on peut utiliser (vagin, verge, anus, bouche). L'idéal est de trouver un CeGIDD (centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic), un planning familial, un centre de santé sexuelle ou un-e médecin qui mettent suffisamment à l'aise pour parler clairement des pratiques et des parties du corps utilisées, pour que les dépistages proposés soient bien adaptés à notre physiologie et à nos pratiques.

La PrEP est un médicament permettant d'éviter la contamination par le VIH. Elle n'a pas d'interactions avec la prise d'hormones, par contre, le mode de prise (en continu ou à la demande) doit être adapté aux types de pratiques et aux parties de son corps que l'on utilise ou non. Par exemple, une personne transmasculine qui utilise son vagin pour des rapports sexuels devra forcément adopter la prise en continu (la prise à la demande ne permettant pas une imprégnation suffisante du médicament au niveau des muqueuses vaginales, de ce fait, la protection n'est pas optimale).

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

Les papillomavirus humains, aussi appelés Human PapillomaVirus (HPV), regroupent plus de 200 types de HPV, dont environ 40 peuvent infecter les organes génitaux. Certains peuvent être à l'origine de lésions précancéreuses et de cancers, d'autres sont tout à fait bénins. Il existe **un vaccin pour les personnes ayant un utérus, mais aussi celles qui n'en ont pas** afin d'éviter les cancers oropharyngés et anaux et/ou limiter la transmission à leurs partenaires. Ce vaccin est remboursé pour toutes de 11 à 26 ans.

Pour les personnes transmasculines qui ont toujours un utérus, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande



de faire, en fonction de l'âge, un frottis cervico-utérin tous les 3 ans ou un dépistage du HPV tous les 5 ans.

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

CONTRACEPTION

Une hormonothérapie ne constitue pas un moyen de contraception, même si la fertilité est généralement altérée. Il est donc possible de tomber enceint-e ou d'être à l'origine d'une grossesse chez une autre personne. Avant une gonadectomie (retrait des testicules après orchidectomie ou vulvoplastie) ou hystérectomie (retrait de l'utérus), il convient d'envisager une contraception adaptée à sa physiologie et son mode de vie.

CONTRACEPTION TRANSFÉMININE

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

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

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

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

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

CONTRACEPTION TRANSMASCULINE

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

Toutes les méthodes de contraception utilisées pour les personnes qui produisent des ovocytes sont compatibles avec la prise de testostérone. Y compris la contraception d'urgence et les contraceptions hormonales. Il est important de prendre en compte le confort (sécheresse vaginale, rythme, rapport au corps...) pour le choix de la contraception la plus adaptée.

PARENTALITÉ TRANS



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

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

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

SANS ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION

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

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

Les personnes qui prennent des hormones peuvent **arrêter leur traitement le temps nécessaire à retrouver leur fertilité**.

Celle-ci ne revient toutefois pas systématiquement. Les études montrent qu'un retour de fertilité pour les personnes produisant des ovocytes est très presque systématique, quelle que soit la durée de traitement hormonal, alors qu'il est plus compliqué pour les personnes produisant des spermatozoïdes, surtout après plusieurs années de traitement. C'est pourquoi une préservation de la fertilité peut être nécessaire.

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

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

LES PERSONNES TRANS PEUVENT ALLAITER

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

AVEC ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION (PMA)

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

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

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



Une personne transféminine peut profiter de l'AMP si elle est en couple avec une femme cis (qui portera l'enfant). Il sera alors possible d'utiliser les gamètes préservés avant sa transition, même si le changement d'état civil a été effectué depuis.

POSSIBILITÉS DE PROJET PARENTAL SELON SA SITUATION

Personne transmasculine après changement d'état civil (CEC)

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

Personne transmasculine sans changement d'état civil (CEC)

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

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

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

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

PRÉSERVATION DE LA FERTILITÉ

Il est possible de préserver sa fertilité auprès des centres de préservation de la fertilité ou 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 cette préservation :

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

code de la santé publique, article L2141-11

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

Dans le cadre d'un parcours transidentitaire, **la préservation est réalisée pour raison médicale**, ce qui implique qu'il n'y a pas de frais de conservation exigés en cas de préservation non-médicale (auto-conservation), ni de contraintes d'âge.

POUR LES PERSONNES TRANSMASCULINES

Pour les personnes transmasculines souhaitant préserver leur fertilité, il est recommandé d'effectuer la procédure **avant d'entamer un TH**, car les effets de la testostérone sur les ovaires et/ou les gamètes sont encore mal connus (quelques études semblent indiquer un impact assez faible et une capacité de préservation jusqu'à 12 mois après le début du traitement).

Les techniques de préservation les plus courantes sont :

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

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

POUR LES PERSONNES TRANSFÉMININES

La façon la plus simple de préserver sa fertilité pour les personnes produisant du sperme est d'effectuer une auto-masturbation réalisée au centre de préservation. Le prélèvement doit être réalisé **avant de démarrer un TH**, car la qualité du sperme est rapidement 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 ne permet pas encore la réutilisation du tissu prélevé, mais elle pourrait l'être dans un futur proche.

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

CHANGEMENT D'ÉTAT CIVIL



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

d'aucune législation sur l'accès au changement d'état civil.

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

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

CHANGEMENT DE PRÉNOM-S

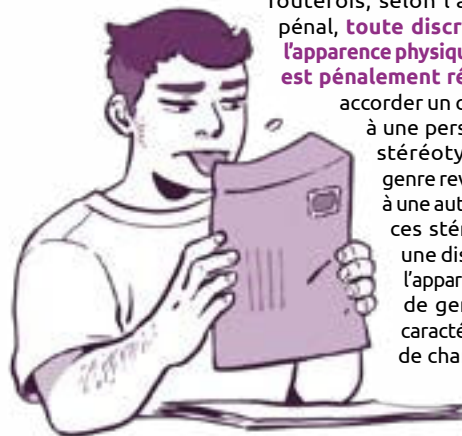
Le changement de prénom-s (articles L60 et L61-4 du code civil) peut être demandé **par tout-e citoyen-ne majeur-e** ou, pour les mineur-e-s, avec l'accord de tous les dépositaires de l'autorité parentale, **auprès de la mairie de son domicile ou de naissance**.

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

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

Toutefois, selon l'article 225-1 du code pénal, **toute discrimination fondée sur l'apparence physique ou l'identité de genre est pénalement répréhensible**. Dès lors,

accorder un changement de prénom à une personne qui présente des stéréotypes conformes à son genre revendiqué, mais le refusé à une autre qui ne rentre pas dans ces stéréotypes constituerait une discrimination fondée sur l'apparence physique et l'identité de genre, et ne saurait ainsi caractériser la « non-légitimité » de changer de prénom.



Afin de justifier l'intérêt légitime, un

simple texte explicatif doit suffire. Dans les faits, il est souvent demandé d'autres documents : preuves d'utilisation du ou des prénoms (cartes d'abonnement, factures, etc.), témoignages de proches (amis, parents, etc.) ou sociaux (employeurs, écoles, etc.). **Un document médical ne peut pas légalement être exigé.**

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

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

Une note à destination des officier-es d'état civil est disponible sur outrans.org/prenoms. Elle liste les principaux freins opposés à ces demandes et expose le cadre juridique permettant de faire valoir ses droits.

CHANGEMENT DE LA MENTION DE SEXE À L'ÉTAT CIVIL

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

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

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

d'identité sur laquelle le prénom a déjà été changé, etc.). Depuis mars 2026, **la démarche nécessite un timbre fiscal de 50 €** sauf si on peut bénéficier de l'aide juridictionnelle. Le recours à un-e avocat-e n'est pas obligatoire pour cette demande. L'intéressé-e pourra être auditionné-e par les juges avant que la décision ne soit prise. Cette audition est généralement très courte (moins de 5 minutes).

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

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

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

Certains tribunaux proposent sur leur site web des formulaires pour cette demande. Les associations disposent aussi de **requêtes types** qui permettent de faciliter cette démarche. Certaines proposent aussi des permanences juridiques gratuites.



EFFETS DES CHANGEMENTS D'ÉTAT CIVIL

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

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



QR-code vers
ants.gouv.fr

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

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

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



FOIRE AUX QUESTIONS

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

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

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

Dans la mesure où tout traitement hormonal est susceptible de provoquer assez rapidement des changements d'apparence qu'il peut être relativement difficile de cacher à ses proches

(pousse de la barbe, pousse des seins, etc.), il peut être judicieux d'**anticiper des interrogations**, inquiétudes et autres réactions de la part de ton entourage.

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

JE SUIS EN SITUATION PRÉCAIRE, COMMENT FINANCER MA TRANSITION ?

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

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

N'hésite pas à te renseigner en parallèle sur ameli.fr et auprès des associations **trans** locales.

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

Le simple fait d'être neuroatypique ou d'avoir une maladie neurologique ou psychiatrique n'est **en rien incompatible** avec la prise d'un **TH**. Toutefois, certain·e·s psychiatres sont réticent·e·s à faire primer l'autodétermination des personnes neuroatypiques

et cherchent à s'assurer que leur demande de transition n'est pas le symptôme d'un autre trouble.

Au contraire, les études démontrent que la reconnaissance de l'identité de genre améliore la santé mentale des personnes. Beaucoup de troubles psychiatriques sont le résultat de la stigmatisation des personnes **trans**. C'est en ce sens que la HAS recommande que « en cas de besoin, **le recours à un professionnel de santé mentale ne doit pas entraîner un délai de prise en charge supplémentaire** et doit s'organiser en parallèle du processus global de prise en charge » (R125).

Le sujet principal est la capacité de la personne à prendre une décision libre et éclairée. Cette exigence peut amener certain·e·s professionnel·les de santé psychophobes à ne pas prendre en compte l'autodétermination des personnes neuroatypiques et/ou ayant des troubles psychiatriques. Il convient alors de changer de médecin.

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.



LEXIQUE

ALD

Affection de Longue Durée. Dispositif exonérant de la Sécurité Sociale, 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 hors dépassements).

ANDROGÈNES

Substances hormonales provoquant l'apparition des caractères sexuels secondaires dits mâles,

tels que la pilosité, dont (mais pas exclusivement) la testostérone.

ANSM

Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé, agence gouvernementale en charge de la réglementation sur la commercialisation des médicaments.

CEC

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

par la mention du sexe/genre et/ou le/les prénoms choisis. Communément, le terme CEC est plus utilisé pour désigner le changement de la mention de sexe à l'état civil que le changement de prénom.

DEADNAME / MORINOM

Prénom de naissance d'une personne trans qui a pu être changé en usage ou légalement. Le demander ou le rappeler constitue une attitude transphobe, car peut être perçue comme invalidante de la transidentité de la personne.

DYSPHORIE DE GENRE

La dysphorie de genre est un terme psychiatrisant qui décrit la souffrance que certaines personnes peuvent ressentir en marge de leur transidentité. Selon le DSM V de l'Association des Psychiatres Américains, elle suppose une détresse cliniquement significative en plus de la transidentité. La dysphorie est ainsi souvent utilisée en raccourci par les médias et des professionnel-le-s de santé pour résumer à tort la transidentité. Même si de telles souffrances sont réelles, il est important de rappeler qu'elles ne sont ni systématiques, ni obligatoires pour justifier d'une prise en

charge médicale et sont très loin de résumer la transidentité. De plus, bien souvent, la souffrance est due au regard des autres et à la cisnormativité de la société.

ESTROGÈNES (ŒSTROGÈNES)

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

EUPHORIE DE GENRE

En opposition à la dysphorie de genre, ce terme est utilisé pour décrire le sentiment de plénitude d'une personne trans quand elle vit son genre.

GAMÈTES

Spermatozoïdes ou ovocytes (qui deviennent ovules après maturation).

GONADES

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

HÉPATITES

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

HYSTÉRECTOMIE

Intervention qui consiste à retirer une partie ou la totalité des organes génitaux internes dits femelles. Il est possible de réaliser une incision au fond du vagin pour évacuer l'utérus et les ovaires. Si les ovaires sont retirés, la sécrétion d'œstrogènes chutera brutalement. Il est possible de garder un ovaire pour l'équilibre hormonal. Il est également possible de garder le col de l'utérus, mais attention aux risques de cancers, à surveiller avec dépistages réguliers et suivi médical. Pour plus d'informations, voir notre brochure « OPÉ-TRANS ».

IST

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

Les huit IST les plus fréquentes :

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

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

MÉGENRER/MÉGENRAGE

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

prénom de naissance au lieu du prénom d'usage.

OUTING/(S)'OUTER

L'outing est le fait de révéler, sans le consentement de la personne, le fait qu'elle soit intersexe et/ou non hétéro et non-cis.)

À l'inverse, s'outer (faire son coming-out) est le fait de révéler soi-même volontairement son sexe, son orientation sexuelle et/ou son identité de genre. Certaines personnes ne s'outent que dans certains cercles. Il faut faire attention à ne pas révéler leur identité sur leur consentement.

PASSER/PASSING

Ce terme issu à l'origine des luttes antiracistes (être perçu-e comme blanc-he) est également utilisé pour désigner le fait, pour une personne trans, d'être perçue comme un homme ou une femme cis et non comme une personne trans. Il est nécessaire d'utiliser ce terme avec précautions s'agissant d'un jugement sur l'apparence d'une personne. Il est aussi important de se rappeler que certaines personnes trans recherchent un « passing » pour leur sécurité (éviter les agressions, les discriminations).

Son usage par des personnes cis à propos des personnes trans est problématique. Toutes les personnes trans ne prendront pas forcément bien qu'on les « complimente » sur leur passing (« on dirait pas » = « il est souhaitable que ça ne se voie pas »), ni qu'on les incite à avoir un meilleur passing.

PERSONNE CIS

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

PERSONNE INTERSEXE

Les personnes intersexes naissent avec des caractères sexuels primaires et/ou secondaires, internes et/ou externes, qui ne correspondent pas aux définitions binaires types des corps dits masculins ou féminins. Le terme « intersexe » s'emploie pour décrire une large gamme de variations naturelles du corps (plus de 40 ont été recensées), qui se révèlent à tout moment de la vie.

Aujourd'hui encore, des enfants et adolescent·e·s intersexes subissent des traitements hormonaux et chirurgicaux pour effacer leurs traits intersexes et les faire ressembler à des personnes dyadiques (non intersexes). Ces actes graves ne répondent à aucune urgence vitale ni aucun problème de santé. Ces pratiques ont été reconnues comme torture par l'ONU et nous les dénonçons. Certaines personnes intersexes font le choix d'une transition, d'autres non. Nous invitons les personnes souhaitant davantage d'informations à consulter les associations intersexes.

PERSONNE NON-BINAIRE/ NON-BINARITE

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

PERSONNE TRANS

Personne qui vit ou qui souhaite vivre dans un genre différent de celui qui lui a été assigné à la naissance. Cela englobe toute personne s'incluant dans un genre opposé à son assignation,

mais aussi dans la diversité des variances de genre. Pour de multiples raisons, certaines personnes trans ne font pas de transition, cela ne retire pas leur transidentité.

PERSONNE TRANSMASCULINE/ HOMME TRANS

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

PERSONNE TRANSFÉMININE/ FEMME TRANS

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

PREP

Prophylaxie = éviter une infection.
Préexposition = le traitement doit se prendre avant (et après) un éventuel contact avec le VIH.
La PrEP s'adresse aux personnes qui n'ont pas le VIH et consiste

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

QUEER

« Étrange » en anglais, terme parapluie qui englobe toutes les identités de genre ou orientations sexuelles et romantiques qui diffèrent de la norme hétéro et cis. Il s'agissait à l'origine d'une insulte, que la communauté LGBTQIA+ s'est réappropriée.

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.

TRANSIDENTITÉS

Ce terme permet de mettre l'accent sur l'identité sociale plutôt que sur la sexualité. Il nous paraît plus adéquat que les termes de transsexualisme ou de transsexualité, empruntés à la classification des maladies mentales des manuels de psychiatrie.

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

TRANSPHOBIE

Rejet ou haine des personnes trans et/ou des transidentités. Elle peut s'exprimer de manière ouverte et violente (agressions, harcèlement, exclusion familiale, amicale ou professionnelle, refus de soin de la part du corps médical...) ou de manière plus insidieuse (civilités ou prénoms non respectés, accès à l'emploi, accueil médical). La négation des identités de genre ou des transidentités est aussi clairement transphobe et peut inciter certain·e à des actes de haine.

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

TRANSSEXUEL·LE

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

TRANSSEXUALISME

Terme désuet et pathologisant vécu comme péjoratif par la plupart des personnes trans. Les dictionnaires médicaux parlent de

« syndrome de transsexualisme », de personnes « atteintes de transsexualisme ».

TRANSSEXUALITÉ

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

VIH OU VIRUS DE L'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE

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

CETTE BROCHURE T'A ÉTÉ UTILE ? FAIS UN DON

OUTrans finance sur ses fonds propres l'impression des brochures et documents d'information afin de les rendre accessibles et gratuits. Tu peux soutenir cet effort en faisant un don à l'association sur OUTrans.org/don



L'ASSOCIATION

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

AUTOSUPPORT

UN MAIL POUR DES RÉPONSES

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

Ecris à autosupport@outrans.org, un·e bénévole te répondra.

CINQ GROUPES DE PAROLE

Retrouve les dates, horaires et lieux sur outrans.org

- **Pour les personnes trans et/ou en questionnement**, en non-mixité, le 3^e samedi du mois
- **Pour les personnes trans et leurs proches**, le 4^e samedi du mois
- **Pour les mineur·es et ados trans** (et leurs proches), un dimanche par mois
- **Personnes trans « avancées » en non-mixité**, tous les deux mois
- **Personnes trans et partenaires**, tous les deux mois



FORMATIONS & SENSIBILISATIONS

Une offre complète de formation à l'accueil des personnes trans, à destination des associations, des institutions, des collectivités, des adultes de l'éducation nationale, des établissements d'enseignement supérieur, des entreprises, des professionnel·les de santé...



ÉDITION DE BROCHURES

Disponibles en téléchargement sur OUTrans.org ou sur commande.

- **Dicklit et T Claques** : santé sexuelle pour les personnes transmasculines et leurs amants
- **Opé-Trans** : opérations possibles dans les parcours masculinisants ou féminisants
- **Bingo** : toutes les phrases, déplacées qu'une personne trans endure au quotidien tous les jours.



ACTION MILITANTE & PLAIDOYER

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

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

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

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

OUT TRANS

association féministe d'autosupport trans

