



Propositions de la SoFECT

pour l'amélioration de
la prise en charge
médicale du
transsexualisme en
France

8 novembre 2010

Document d

Profondément soucieuse de parvenir non seulement à une solution acceptable par tous pour ce qui concerne la prise en charge médicale du transsexualisme en France, mais encore de l'inscrire de façon exemplaire dans une démarche d'évaluation et d'amélioration permanente de la qualité des soins, la SoFECT a rédigé le présent document de travail, qui contient ses réponses et ses propositions.

- La SoFECT (3)
- En accord avec le projet politique (5)
- Les propositions de la SoFECT (7)
- Les réponses aux demandes des associations (9)
- Les réponses aux propositions de la HAS (17)
- Charte de la SoFECT (36)
- Les équipes du réseau de la SoFECT (43)

La SoFECT

Créée en juillet 2010 (publication au J.O. du 26 août 2010), la **Société Française d'Etudes et de prise en Charge du Transsexualisme (SoFECT)** est une association scientifique qui a pour objet de réunir les professionnels de la prise en charge en France des problèmes relatifs à l'identité de genre, dans un but de recherche, d'enseignement, de formation, d'information, d'organisation, de coordination, d'évaluation et d'amélioration de cette prise en charge, dans le respect du code de déontologie médicale et de la législation française.

A côté de professions non médicales telles que psychologues, sociologues ou juristes, elle rassemble de façon transversale toutes les spécialités médicales et paramédicales concernées par la prise en charge du transsexualisme, en particulier : psychiatres, endocrinologues, chirurgiens plasticiens, urologues et gynécologues. Tous sont expérimentés dans la prise en charge du transsexualisme, qui existe en France depuis la fin des années 1970, à une époque où le sujet était très largement tabou.

Cette prise en charge se faisait jusque là dans l'ombre, par des médecins spécialistes traitant par ailleurs d'autres pathologies, et dans le cadre du service hospitalier public. L'organisation de cette prise en charge est fondée sur 6 réseaux régionaux. **La création de la SoFECT a permis de fédérer ces réseaux régionaux en un seul réseau national.**

Comme on le verra plus loin, cette création répond très exactement aux propositions du rapport de la Haute Autorité de Santé. La SoFECT est dorénavant la structure multidisciplinaire de **référence nationale** non seulement sur le plan médical et chirurgical, mais encore sur le plan éthique et juridique. Par sa Charte, que tous ses membres s'engagent à respecter et à faire évoluer, **la SoFECT uniformise les pratiques nationales** tant en matière de diagnostic que de prise en charge endocrinologique et chirurgicale du transsexualisme.

L'activité annuelle globale des membres de la SoFECT est la suivante, de septembre 2009 à septembre 2010 :

- 341 nouvelles demandes de consultations
- 1064 consultations de psychiatrie
- 154 transformations chirurgicales (81 dans le sens homme-femme, et 73 en sens inverse)
- 187 interventions complémentaires (implants, retouches, etc.)
- 329 nouveaux traitements hormonaux institués
- 1229 personnes suivies régulièrement en consultation d'endocrinologie.

Mais la SoFECT a des difficultés, non seulement d'ordre matériel mais encore des difficultés liées aux concepts en cours, à leur évolution et à leurs limites.

- La SoFECT a besoin d'aide matérielle pour pouvoir fonctionner efficacement. A cet égard, et de façon prioritaire, **l'organisation et la coordination des réseaux** nécessitent un minimum de 3 secrétaires médicales à temps plein. **L'accumulation annuelle automatique** de la cohorte des personnes suivies à vie en endocrinologie, et la progression actuelle de cette augmentation nécessitent de la même façon des vacances supplémentaires d'endocrinologues. De la même manière le renforcement des équipes de psychiatrie, de psychologie et de chirurgie est indispensable pour en assurer la pérennisation.
- **La SoFECT n'a pas encore toutes les solutions.**
 - D'une part parce que la SoFECT ne traite surtout que la partie médicale d'un problème de société beaucoup plus vaste. Certaines personnes transgenres ne demandent pas en effet une aide médicale mais une réponse juridique.
 - D'autre part parce qu'en matière médicale, plusieurs questions demeurent actuellement non résolues de façon consensuelle. C'est en particulier le cas des enfants de parents transsexuels, qu'ils soient nés avant ou après la transition. C'est aussi le cas de la stérilisation chirurgicale définitive, et celui des prélèvements de sperme avant transformation. Des débats multidisciplinaires approfondis sont nécessaires à l'échelle nationale pour approcher au mieux ces questions difficiles, où la médecine, l'éthique et la société ont leur mot à dire. **La SoFECT est la mieux placée pour organiser ces débats et ces colloques avec l'aide du Ministère.**

En accord avec le projet politique

La SoFECT récuse la notion de « centre(s) » et lui préfère celle de « réseau ».

Le modèle "du" ou "des" centres de référence, choisi pour les maladies rares ou les infections ostéo-articulaires, ainsi que sa procédure administrative de mise en place apparaissent aux membres de la SoFECT comme particulièrement théoriques et inadaptés à la prise en charge médico-chirurgicale du transsexualisme en France.

- La phase diagnostique du transsexualisme présente en effet deux spécificités :
 - le diagnostic positif est un autodiagnostic fait par la personne concernée. Le rôle essentiel des médecins psychiatres et endocrinologues est celui du diagnostic différentiel, qui est particulièrement difficile et indispensable dans ce domaine.
 - D'autre part, cette phase diagnostique, qui s'accompagne d'une évaluation pronostique, est de longue durée, voisine de un an.
- Par ailleurs, la notion de « gravité relative » des cas n'existe pas en matière de transsexualisme. Il n'existe pas de cas dont la gravité particulière justifie un centre de référence plus lourd ou mieux doté que les autres.

Le rapport de la HAS a été élaboré d'après les déclarations des experts, tous membres actuels de la SoFECT. Les propositions de ce rapport ne font donc que refléter la structure qui existe en France¹. La procédure ministérielle de rédaction d'un cahier des charges pour correspondre à ces propositions, suivie par un appel d'offre pour correspondre à ce cahier des charges, ne fait que suivre les projets de développement et de structuration ordonnée des soins.

Les médecins concernés sont déjà organisés depuis longtemps au niveau régional, mais ils manquent tous de moyens. Ce n'est pas en accréditant un centre de référence que la qualité de la prise en charge du transsexualisme pourra s'améliorer, bien au contraire, mais en accréditant une structure, la SoFECT. Cette dernière permet dorénavant d'harmoniser les pratiques des réseaux régionaux au niveau national.

Pour des raisons historiques, il n'existe en effet nulle part en France d'unité de lieu, et chacune des équipes régionales travaille elle-même depuis longtemps en réseau entre plusieurs hôpitaux. Un des buts de la SoFECT est de rassembler et de coordonner ces réseaux régionaux en un seul réseau national. Ce réseau doit toutefois être renforcé et aidé par l'Etat. Il faut observer que cette évolution

¹ « La Haute Autorité de Santé propose d'établir un protocole de soins pour le transsexualisme. La première phase consisterait en un diagnostic différentiel à partir des critères précisés dans les nomenclatures officielles, pour essayer d'éviter au maximum des transformations irréversibles injustifiées. Ensuite, une expérience en vie réelle permettrait d'étudier la capacité à vivre dans le rôle désiré. Le parcours de soins s'achèverait par l'hormonosubstitution et la chirurgie de réassignation sexuelle. La HAS préconise également de mettre en place un réseau de prise en charge organisé autour d'équipes multidisciplinaires dans des centres de référence. Chaque équipe comprendrait des psychiatres, des endocrinologues, et des chirurgiens. Un coordonnateur serait chargé de l'accueil et de l'orientation des transsexuels, de l'organisation des consultations et du suivi des patients. »

accompagne exactement celle des hôpitaux, et leur regroupement actuel en « GH », constitués chacun par plusieurs hôpitaux distincts mais complémentaires.

La notion de « réseau » en matière de prise en charge médicale du transsexualisme concerne non seulement les structures hospitalières, mais aussi le secteur libéral. En particulier, le suivi de l'hormonothérapie substitutive, à vie, est fait en relation avec les médecins traitants et/ou les endocrinologues de ville.

Le schéma général du parcours de soins est suffisamment consensuel au plan national et international pour ne plus être remis en question. Mais l'application de ce schéma peut certainement être améliorée, en particulier au niveau des délais et de l'information.

Les propositions de la SoFECT

Réunis en assemblée générale le 8 octobre 2010, les membres de la SoFECT ont voté à l'unanimité des voix la résolution suivante.

L'assemblée générale des membres de la Société Française d'Etudes et de prise en Charge du Transsexualisme (SoFECT), réunie à Paris le 8 octobre 2010 a pris acte des travaux qui sont en cours au ministère de la Santé concernant l'amélioration de la prise en charge médicale du transsexualisme, et en approuve le principe et le bien-fondé. Elle déplore toutefois l'absence délibérée d'information et d'association préalable du corps médical à l'instruction du dossier.

Les personnes transsexuelles demandent une aide médicale avec transformation hormono-chirurgicale. Les médecins qui constituent la SoFECT travaillent depuis des décennies à apporter cette aide, avec une réflexion et une expérience incontournables.

Les personnes transsexuelles sont à distinguer des personnes transgenres qui ont des demandes très variées, dont la plupart sont d'ordre sociétal, et non pas d'ordre médical. Il convient donc de dissiper un malentendu entre des revendications portées par certaines associations et les exigences de santé publique, de droit, de techniques et d'éthique médicales portées par la SoFECT.

Soutenue par les sociétés savantes de psychiatrie (AFP), d'endocrinologie (SFE), de chirurgie plastique (SoFCPRE), d'urologie (AFU) et de chirurgie gynécologique (SCGP), la SoFECT tient à apporter son concours à la démarche actuelle du ministère.

Profondément soucieuse de parvenir non seulement à une solution acceptable par tous pour ce qui concerne la prise en charge médicale du transsexualisme en France, mais encore de l'inscrire de façon exemplaire dans une démarche d'évaluation et d'amélioration permanente de la qualité des soins, la SoFECT demande au ministère de la santé :

- La reconnaissance et l'agrément non pas d'un centre, mais d'un réseau national de référence, avec plusieurs entrées régionales selon la structuration de la SoFECT (actuellement Bordeaux, Lyon, Marseille, Montpellier, Nice et Paris) comme cela existe en Europe et notamment en Belgique, avec 1 centre pour 10 millions d'habitants.
- Ceci suppose un financement destiné :
 - à la structuration et la coordination de ce réseau (secrétariat médical, infirmières de coordination),
 - à la création de postes de psychiatres, psychologues, endocrinologues, chirurgiens, assistantes sociales,

- à la création de postes d'assistants de recherche clinique pour la logistique du programme national de recherche et d'évaluation.
- Une réévaluation de l'activité médicale et chirurgicale liée à la prise en charge du transsexualisme, et de sa tarification.

Document de travail

Les réponses aux demandes des associations

Le site Internet de Act Up Paris (<http://www.actupparis.org/spip.php?article3975>) donne le compte-rendu suivant d'une assemblée générale qui s'était tenue à Paris le 25 avril 2010, soit deux jours avant une réunion au ministère de la Santé.

« L'Assemblée Générale des Trans à l'initiative de l'association **OUTrans** a réuni ce dimanche 25 avril 2010 une cinquantaine de participantEs, dont les associations **Chrysalide, Trans-Europe, l'Intertrans, ACTHE, le MAG, les Flamands Roses, les Panthères Roses, IdentiT, le comité Idaho, Act Up-Paris, Etudions Gayment, Mutatis Mutandis** et **OUTrans**, et une trentaine d'individu-e-s. D'autres associations et collectifs ont fait connaître leur position par procuration, comme le **GESt, Trans-Aide** et **Pink Freak'X**.

C'est dans un contexte pressant dû au calendrier imposé par le Ministère de la Santé sur le projet de Centres de Référence que s'est tenu cette Assemblée Générale.

Si l'Assemblée a voté majoritairement **contre le projet de centre de référence tel que proposé par la Haute Autorité de Santé** dans son Rapport sur la prise en charge du transsexualisme, elle entend bien néanmoins participer activement aux réunions de travail avec le Ministère de la Santé.

Des personnes représentantes de l'Assemblée ont été mandatées pour porter les points suivants auprès du Ministère :

1. absence de test de vie réelle,
2. libre-choix du médecin, possibilité de parcours hors-centre de référence et remboursements assurés,
3. absence de critères d'admission pour entrer dans ces centres,
4. élargissement des catégories professionnelles réunies dans ces centres par rapport aux équipes hospitalières existantes,
5. non-obligation de l'hormonothérapie réversible,
6. obligations des praticiens à contribuer à la communauté scientifique internationale, changement d'état-civil facilité,
7. place décisionnaire des associations de personnes concernées dans les centres de référence,
8. individualisation des parcours, y compris sur le plan corporel,
9. prise de modèle sur les Plannings Familiaux.
10. Par ailleurs, l'Assemblée Générale a voté la résolution suivante : **Pour mettre en œuvre la dépsychiatisation des transidentités, la prise en charge de la transition doit exclusivement se fonder sur une déclaration de consentement éclairé sans aucune forme d'évaluation ou de diagnostic.** »

Les réponses de la SoFECT à ces demandes sont les suivantes :

Absence de test de vie réelle

Cette demande est irréaliste. Les recommandations internationales (y compris celles de la WPATH) sont en général favorables à cette période qui, la plupart du temps, est mise en œuvre spontanément par les personnes diagnostiquées transsexuelles dans le but de se mettre en conformité d'apparence avec leur identité psychologique et dans leur environnement psychosocial. C'est de plus un indicateur de leur motivation au changement.

Cette période permet la mesure de la congruence, tant pour l'équipe médicale que pour la personne transsexuelle, de l'adaptabilité entre la demande et la mise en acte dans la vie réelle du sentiment identitaire. C'est une période favorable de travail vis à vis de l'acceptabilité de l'entourage en accompagnement avec l'équipe.

Les différentes sociétés savantes recommandent un an de test de vie réelle. Cette période est à adapter au cas par cas dans le parcours de soins intégré.

Libre-choix du médecin, possibilité de parcours hors-centre de référence et remboursements assurés

Le libre choix du médecin est un droit fondamental des patients, que chaque médecin a le devoir de respecter et de favoriser. Il faut toutefois souligner son caractère théorique dans certains cas, d'autant plus que la pathologie est rare et/ou que les compétences requises pour la prendre en charge sont ultra-spécialisées. C'est en particulier le cas pour la chirurgie du transsexualisme, mais aussi pour son diagnostic différentiel psychiatrique. Les spécialistes véritablement expérimentés y sont très rares, et sont par définition regroupés dans le cadre de la SoFECT.

Il faut en outre tenir compte du code de la sécurité sociale, et **des règles de remboursement qui s'appliquent aux transports et aux soins lorsque le patient choisit de se faire traiter loin de la région où il habite et où existe une possibilité équivalente de soins.** Dans la mesure où une organisation du réseau de soins peut être facilitée par le ministère de la santé en accordant aux centres régionaux les moyens qui leur sont nécessaires, les besoins seront couverts sur le sol national avec le libre choix du centre par la personne transsexuelle d'un centre de proximité, ce qui permettra d'éviter un nomadisme médical inadapté et coûteux.

Toutes les compétences médicales et chirurgicales existent en France depuis trente ans. **La situation actuelle n'est plus la même aujourd'hui qu'il y a 10 ou même 5 ans. Les équipes ont changé, les méthodes et les mentalités ont évolué.** Avec la structuration nationale qui est actuellement en cours avec la SoFECT, il n'y a plus aucune justification rationnelle pour un remboursement de la prise en charge à l'étranger, ni pour ce qui concerne l'offre de soins, ni pour ce qui concerne les techniques chirurgicales. **Le libre choix du médecin devrait donc obéir aux règles générales de l'assurance maladie sur le territoire national. Toute demande de dérogation à cette règle devrait être étayée par des faits et non par des opinions.**

C'est à la CNAM qu'il reviendra de trancher la question du remboursement. Il ne sert à rien d'agréer des centres de référence expérimentés si le remboursement de la prise en charge est indépendant du parcours de soins. Il semble aujourd'hui impossible de justifier de façon rationnelle de ne plus respecter les règles générales du remboursement de l'assurance maladie.

Absence de critères d'admission pour entrer dans ces centres

Cette demande d'absence de critères d'admission pour entrer dans ces centres est non fondée. Dans tous les centres de la SoFECT en effet, toutes les personnes qui en font la demande sont reçues et font l'objet comme dans toute procédure médicale :

- d'une période d'évaluation diagnostique d'éligibilité à un traitement, dans le cas présent hormono-chirurgical,
- et de la décision de la période favorable à l'éligibilité à la phase chirurgicale selon leur terrain psychologique, médical, et les conditions environnementales.

Élargissement des catégories professionnelles réunies dans ces centres par rapport aux équipes hospitalières existantes

Le vrai problème n'est pas en France d'augmenter le nombre des équipes de la SoFECT, mais de les renforcer, à différents niveaux, par des postes fléchés de secrétaires de coordination, psychiatres, pédopsychiatres, psychologues, endocrinologues, chirurgiens plasticiens, urologues et gynécologues, infirmières. Une aide concernant la recherche clinique et la maintenance du site Internet est par ailleurs indispensable pour remplir le cahier des charges de la HAS.

Parmi les priorités de la SoFECT, figure la formation continue des médecins généralistes, psychiatres, endocrinologues, et de tout médecin intéressé et concerné par la prise en charge et le suivi des personnes transsexuelles. Ces médecins ont naturellement vocation à intégrer le réseau de soins de la SoFECT. L'élargissement du réseau à des dermatologues (épilation électrique), ORL (cordes vocales, pomme d'Adam), orthophonistes, etc. est par ailleurs programmée.

Il est enfin souhaitable que des services sociaux et d'insertion, des associations travaillant avec l'ARS et en rapport avec des populations vulnérables puissent avoir place dans les unités fonctionnelles de diagnostic et d'évaluation de la SoFECT, ainsi que des ressources de conseil juridique.

Enfin, la SOFECT a déjà pris contact avec le Secrétariat d'Etat chargé de la Famille et de la Solidarité dans le but de souligner l'attention particulière ayant trait à 3 axes:

- protection des enfants
- information des jeunes
- acceptabilité des familles.

Non-obligation de l'hormonothérapie réversible

La phase d'hormonothérapie improprement dite « réversible » fait partie de la mise progressive sous traitement adapté à la personne, permettant de mesurer les réponses cliniques et biologiques pour une adaptation personnalisée du traitement ; elle est d'ailleurs intégrée dans la période d'expérience en vie réelle.

Les médecins de la SoFECT sont actuellement et de plus en plus souvent gênés dans leur démarche d'évaluation initiale, par l'arrivée (40% des cas environ) d'une population automédiquée ou incorrectement traitée selon les recommandations actuelles concernant l'instauration de l'hormonothérapie.

Cela devrait pouvoir faire l'objet de recommandations de la part du CNOM, de la CNAM, et de la DGOS, et d'un travail avec les associations pour réguler les messages d'automédications sur internet.

La formation continue des médecins à l'égard de la prise en charge médicale du transsexualisme fait enfin partie des missions de la SoFECT.

Obligations des praticiens à contribuer à la communauté scientifique internationale, changement d'état-civil facilité

Les médecins et chirurgiens membres de la SoFECT sont soumis comme tout le corps médical français à toutes les contraintes actuelles de la FMC, de l'EPP et du DPC. Sur le plan scientifique, la plupart assistent et communiquent aux congrès nationaux et internationaux dans le domaine de leur spécialité, et publient dans des revues à comité de lecture. Plusieurs sont membres de l'association internationale WPATH et entretiennent des relations internationales dans le domaine de leur spécialité (visites de centres étrangers, etc.). Cette tendance ne peut que se développer et s'amplifier avec la reconnaissance officielle du rôle de la SoFECT.

En outre, les membres de la SoFECT travaillent à la mise en place d'une FMC, et d'un enseignement universitaire réactualisés à la lumière de l'évolution actuelle des soins.

A côté des obligations déontologiques des médecins, il ne faut pas oublier l'importance du suivi chirurgical dans la période postopératoire, et du suivi endocrinien à vie. Ce suivi, qui est parfois oublié par les personnes prises en charge, est par ailleurs indispensable pour évaluer et améliorer la qualité de la prise en charge.

Pour ce qui concerne l'état-civil, les personnes prises en charge pour transsexualisme dans le cadre du réseau national de référence devraient certainement pouvoir bénéficier de procédures simplifiées et accélérées de changement d'état civil. La SoFECT a déjà entrepris des démarches dans ce sens auprès de la Direction des Affaires Civiles et du Sceau, au ministère de la justice.

Place décisionnaire des associations de personnes concernées dans les centres de référence

Le secret médical et le code pénal l'interdisent formellement. Le processus décisionnaire médical n'est pas celui d'un tribunal avec des procureurs et des avocats.

Mais il est certainement souhaitable que des associations puissent aider les personnes transsexuelles dans leurs parcours pour tout ce qui concerne ses aspects non médicaux. Un dialogue avec les représentants des usagers (Conférences Régionales de Santé) sera mis en place à cet égard.

Individualisation des parcours, y compris sur le plan corporel

Comme la médecine en général, le schéma proposé de la prise en charge médicale du transsexualisme est évidemment adapté à chaque cas, en fonction des conditions particulières.

Prise de modèle sur les Plannings Familiaux

La référence au planning familial comme modèle du "consentement éclairé" revient à comparer l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et la transformation hormono-chirurgicale (THC).

Cette comparaison de l'IVG et de la THC est malvenue. Après une IVG en effet, la femme n'a pas subi de transformation corporelle et ne nécessite pas un traitement et un suivi médical spécifique à vie, contrairement à la THC, qui implique une hormonothérapie substitutive à vie. De plus, une IVG n'entraîne pas de modifications de l'état civil.

Pour mettre en œuvre la dépsychiatisation des transidentités, la prise en charge de la transition doit exclusivement se fonder sur une déclaration de consentement éclairé sans aucune forme d'évaluation ou de diagnostic. »

La question de la « psychiatisation » est un faux problème qui interprète la place du transsexualisme dans les livres de psychiatrie comme un indicateur de maladie mentale, alors qu'il **ne s'agit que d'outils de diagnostics différentiels.**

La place du psychiatre et celle du psychologue se justifient dans la phase d'évaluation, au démarrage de l'éligibilité adaptée des soins, et dans le suivi des soins pour accompagnement adapté.

Cette place est nécessaire pour que l'équipe médicale et chirurgicale puisse mettre en place un traitement adapté chez des personnes correspondant aux critères du transsexualisme et en l'absence de contre indications.

Les chirurgiens qui prennent la responsabilité d'opérer, les endocrinologues qui prennent celle de prescrire l'hormonothérapie hors AMM, ont un besoin formel de l'évaluation psychiatrique, qui permet de réaliser un diagnostic différentiel.

Peut-on faire signer une déclaration de consentement éclairé sans avoir porté une indication de traitement ? Peut-on porter une indication de traitement sans évaluation diagnostique ? Le simple fait de délivrer une ordonnance sans avoir examiné le patient, simplement parce qu'il la demande, constitue une faute professionnelle pour un médecin.

La « transidentité » n'est revendiquée que par les militants « transgenres ». Le changement d'état civil sans intervention médico-chirurgicale est une question politique, qui concerne la société, et non la médecine.

Les personnes transsexuelles qui sont prises en charge par les médecins de la SoFECT demandent en effet toutes à être considérées socialement comme des hommes ou des femmes, et ne veulent aucunement afficher une « transidentité ». Toutes demandent une transformation hormono-chirurgicale.

Réponses aux propositions du rapport de la HAS

La Haute Autorité de Santé a publié en février 2010 un rapport intitulé « *Situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge médicale du transsexualisme en France* ». (http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-12/rapport_transsexualisme.pdf)

Le dernier chapitre de ce rapport est intitulé « *Conclusions, propositions et perspectives pour une structure d'offre de soins et un parcours de soins* » (p. 145 à 158). Voici son texte intégral.

Les commentaires de la SoFECT qui y répondent sont encadrés en bleu. On pourra vérifier ainsi que la création de la SoFECT a permis de répondre point par point à toutes les propositions de la HAS.

« Les propositions présentées ci-après sont regroupées en deux chapitres : un premier décrivant la structure générale de l'offre de soins, un second le parcours des différents soins ».

I. PROPOSITION D'UNE STRUCTURE D'OFFRE DE SOINS

« Compte-tenu l'aspect multidisciplinaire, complexe et extrêmement spécifique des soins à offrir, il paraît très souhaitable que cette offre soit structurée en un réseau organisé autour d'équipes de référence pour dispenser des soins de grande qualité. Cette possibilité s'inscrit dans la proposition de directive 9948/10 relative à «*l'application des droit des patients en matière de soins transfrontaliers*» adoptée par la Commission européenne le 2 juillet 2008. Ce texte prévoit l'amélioration de la coopération européenne dans le secteur des soins par la mise en place de réseaux européens de référence réunissant des centres spécialisés dans différents états membres. »

La proposition de la SoFECT est celle d'un **réseau national**, structuré selon le réseau historique existant des équipes régionales, chacune fonctionnant elle-même en réseau.
Les 6 équipes régionales sont celles de Bordeaux, Lyon, Marseille, Montpellier, Nice, et Paris.

I.1. Equipes de référence multidisciplinaires

« Elles devraient être reconnues et constituées notamment de psychiatres (associés ou non aux psychologues), d'endocrinologues et de chirurgiens (plasticien, urologue, gynécologue) ».

Chacun des 6 centres régionaux de la SoFECT est constitué par une **équipe multidisciplinaire** associant de façon historique des psychiatres, des psychologues, des endocrinologues, et des chirurgiens plasticiens, urologues, et gynécologues.

Ce sont eux qui constituent les membres fondateurs de la SoFECT.

« A côté de ces professionnels et du personnel habituel des services (infirmier, assistante sociale, ...), le bon fonctionnement de chaque équipe serait favorisé par l'existence d'un coordinateur chargé de l'accueil et de l'orientation des transsexuels, de l'organisation des consultations, du suivi des patients, ainsi que du recueil des données en vue de la tenue d'un registre national qui permettrait d'acquérir des données qui font défaut aujourd'hui (voir ci-dessous) ».

Chaque équipe régionale de la SoFECT a déjà désigné en son sein une personne chargée de sa coordination : accueil et orientation des demandes, organisation des consultations.

La répartition géographique des centres sur le territoire national doit permettre de répondre à la majorité des demandes par l'intermédiaire de la coordination régionale de chaque centre. A défaut, et pour les cas particuliers, le secrétariat général de la SoFECT assurera la coordination nationale et la répartition dans les centres.

Quant à la préconisation de la tenue d'un registre national, elle s'apparente à la déclaration obligatoire de certaines maladies et apparaît incompatible avec la préconisation de l'absence d'obligation pour les transsexuels à s'adresser à une structure de référence (voir plus loin).

Les données recueillies dans les centres serviront à des publications scientifiques, de nature éventuellement épidémiologique.

« La participation d'un juriste dans les équipes pluridisciplinaires apporterait la fluidité nécessaire à la coordination entre le travail médical et les démarches administratives ».

Plus que la participation d'un juriste, la SoFECT souhaite une **simplification et une accélération des procédures juridiques de changement d'état civil pour les personnes prises en charge par son réseau.**

Elle a déjà entrepris des démarches dans ce sens auprès de la Direction des Affaires Civiles et du Sceau, au ministère de la justice.

« Dans ces équipes de référence, la question de l'infection par le VIH devrait aussi être traitée compte-tenu du pourcentage élevé de transsexuels présentant cette infection et des interactions pharmacologiques entre les antirétroviraux et les hormones. Une structure spécifique a d'ailleurs été recommandée par le rapport Yeni 2008 (99) ».

Dans l'expérience des médecins de la SoFECT, la notion de transsexualisme n'est ni synonyme d'infection par le VIH, ni synonyme de prostitution.

Le rapport de la HAS ne fait allusion qu'à deux méta-analyses concernant les Etats-Unis. **Les chiffres français de la prévalence du VIH parmi les personnes transsexuelles ne sont pas connus. Ils varient selon les sources et la méthodologie utilisée. C'est donc une recherche épidémiologique importante à entreprendre.**

La représentation de cette patientèle doit être étudiée à la lumière des critères diagnostiques et des milieux répondeurs (associatifs ou de suivi extra-hospitalier).

Quoi qu'il en soit, chacune des équipes régionales de la SoFECT travaille évidemment en collaboration avec un service hospitalier d'infectiologie compétent pour la prise en charge et le suivi de l'infection par le VIH.

« Le caractère multidisciplinaire des équipes semble indispensable pour une évaluation et une prise en charge globale de la personne transsexuelle d'une part et pour une coordination efficace des soins dispensés d'autre part ».

La SoFECT rassemble par ses statuts **toutes les professions concernées** par la prise en charge des personnes transsexuelles.

« Compte-tenu du caractère très spécifique des soins dispensés aux transsexuels, ces équipes multidisciplinaires peuvent être constituées dans des centres de référence dont le nombre doit à la fois répondre aux besoins de la population transsexuelle et avoir une distribution géographique pour couvrir les besoins sur le territoire national.

Cette organisation en équipes de référence multidisciplinaire est largement pratiquée dans différents pays d'Europe pour la prise en charge des transsexuels et plus généralement pour la prise en charge des situations cliniques rares et/ou complexes.

Il convient de réfléchir au nombre optimal d'équipes dans notre pays. Ce nombre est difficile à déterminer vu le manque de données épidémiologiques françaises. Ce qui importe toutefois, c'est qu'il y ait adéquation entre l'offre de soins et le nombre de transsexuels requérant des soins. Actuellement, les professionnels de santé et les transsexuels auditionnés décrivent une insuffisance substantielle de l'offre de soins et une insuffisance de coordination. Les équipes ne devraient pas être trop nombreuses pour avoir une activité suffisante afin d'acquérir puis de maintenir un bon niveau de compétences, en particulier pour la chirurgie. La qualité du service rendu par ces équipes devrait être assurée par différents moyens à déterminer précisément (autorisation, agrément, accréditation de l'équipe, de ses membres...).

Ces équipes pourront être les équipes publiques existant déjà actuellement ».

Le nombre actuel des équipes régionales multidisciplinaires constitutives de la SoFECT est de 6. La population française étant de 60 millions d'habitants, **ce nombre correspond exactement à celui de la Belgique**, qui est prise comme référence par la HAS, et où il existe un seul centre de référence pour une population de 10 millions d'habitants.

Le vrai problème n'est donc pas en France d'augmenter le nombre de ces centres, mais de renforcer chacune de leurs équipes, à différents niveaux.

« De nouvelles pourront également être constituées. Lors de la réalisation de ce travail, il n'est pas apparu d'éléments justifiant un exercice uniquement public pour les équipes qui pourraient donc être publiques, libérales ou mixtes. Le critère primordial étant la qualité des soins dispensés par ces équipes. La proposition faite ici n'est pas un *statu quo*. La notion d'équipe n'implique pas forcément une unité de lieu (par exemple tous les membres exerçant dans le même établissement) ; il faut néanmoins que les professionnels qui la composent puissent communiquer régulièrement et fréquemment pour coordonner leurs soins ».

Du moment que la qualité des soins est comparable, toutes les solutions sont possibles, et en particulier celle du Canada, souvent cité en exemple, où la prise en charge du transsexualisme est exclusivement privée, et où elle n'est pas prise en charge par l'assurance maladie. Il en va de même aux Etats-Unis et en Thaïlande.

La SoFECT souligne qu'il s'agit là d'un choix de société, d'une décision politique, et non pas médicale.

I.2. Réseau de soins

« Les centres de références multidisciplinaires devraient travailler en réseau avec les professionnels de santé, assurant le relais de la prise en charge à proximité du domicile du patient.

Le réseau entourant les équipes multidisciplinaires serait composé de professionnels de santé en lien étroit, régulier et formalisé avec elles. Ces correspondants participeraient en particulier au premier contact entre les transsexuels et le système de soins, au suivi des transsexuels éloignés géographiquement des équipes, au suivi des transsexuels avec des traitements stables, comme par exemple l'hormonosubstitution. Ils assureraient également un lien entre les équipes et les transsexuels. Les médecins traitants des transsexuels devraient évidemment faire partie de ce réseau, ainsi que tout professionnel de santé pouvant être amené à dispenser des soins « complémentaires » aux grandes étapes du parcours à savoir les chirurgiens maxillo-faciaux, les dermatologues, les orthophonistes... Actuellement, la réalisation de ces soins apparaît, au moins dans certains cas, isolée par rapport aux soins pratiqués dans les centres. L'intégration de ces professionnels leur permettrait d'avoir une connaissance plus complète du parcours déjà effectué par le transsexuel qui vient les consulter. Ce réseau comprendrait également des personnes de différents horizons désirant s'investir dans la prise en charge du transsexualisme ; les associations de transsexuels intéressées pourraient ainsi participer ; des travailleurs sociaux auraient également une plus value vu les difficultés que la société peut opposer aux transsexuels. Au final, le but de ce maillage réseau-centres est d'offrir des soins aussi complets que possible, de manière coordonnée ».

Dans son objet, la SoFECT a en particulier pour missions « l'enseignement, la formation, l'information, l'organisation, et la coordination de la prise en charge en France des problèmes relatifs à l'identité de genre ».

Parmi ses priorités figure la formation continue des médecins généralistes, psychiatres, endocrinologues, et de tout médecin intéressé et concerné par la prise en charge et le suivi des personnes transsexuelles. Ces médecins ont naturellement vocation à intégrer le réseau de soins de la SoFECT.

L'élargissement du réseau à des dermatologues (épilation électrique), ORL (cordes vocales, pomme d'Adam), orthophonistes, etc. est par ailleurs programmée.

Les règles du secret médical et le code pénal interdisent formellement aux associations de patients de participer au processus décisionnaire médical. **Mais il est certainement souhaitable que certaines associations puissent aider les personnes transsexuelles dans leurs parcours pour tout ce qui concerne ses aspects non médicaux.**

Il est enfin souhaitable que des services sociaux et d'insertion, des associations travaillant avec l'ARS et en rapport avec des populations vulnérables puissent avoir place dans les unités fonctionnelles de diagnostic et d'évaluation de la SoFECT, ainsi que des ressources de conseil juridique.

« Le premier contact avec le système de santé devrait faire l'objet d'une réflexion particulière. Les informations nécessaires à un premier entretien devraient être accessibles aux professionnels n'appartenant pas à un réseau ou à un centre. Cet entretien devrait représenter un moment d'écoute, de discussion et de réflexion, distinct du parcours de soins ».

La SoFECT s'est dotée d'un **site Internet** (www.sofect.org) dont la partie publique est destinée à la fois à l'information du grand public et à celle des professionnels n'appartenant pas à un réseau ou à un centre.

Le financement de ce site Internet, de sa maintenance et de son animation devrait donc faire partie des moyens octroyés.

« La préconisation de la mise en place d'un réseau de soins entourant quelques équipes de référence ne signifie nullement une obligation pour les transsexuels à s'adresser à cette structure, ce qui serait d'ailleurs contraire à la loi qui précise que chacun peut choisir librement son médecin. Cette préconisation signifie simplement que seraient mis à disposition des transsexuels des professionnels compétents pouvant répondre de manière coordonnée, sur l'ensemble du territoire, efficacement à leurs demandes ».

Le libre choix du médecin est un droit fondamental des patients, que chaque médecin a le devoir de respecter et de favoriser. Il faut toutefois souligner son caractère théorique dans certains cas, d'autant plus que la pathologie est rare et/ou que les compétences requises pour la prendre en charge sont ultra-spécialisées. C'est en particulier le cas pour la chirurgie du transsexualisme, mais aussi pour son diagnostic différentiel psychiatrique. Les spécialistes véritablement expérimentés y sont très rares, et sont par définition regroupés dans le cadre de la SoFECT.

Il faut en outre tenir compte du code de la sécurité sociale, et des règles de remboursement qui s'appliquent aux transports et aux soins lorsque le patient choisit de se faire traiter loin de la région où il habite et où existe une possibilité équivalente de soins. Dans la mesure où une organisation du réseau de soins peut être facilitée par le ministère de la santé en accordant aux centres régionaux les moyens qui leur sont nécessaires, les besoins seront couverts sur le sol national avec le libre choix du centre par la personne transsexuelle d'un centre de proximité, ce qui permettra d'éviter un nomadisme médical inadapté et coûteux.

Enfin, **cette recommandation rend illusoire celle qui concerne la tenue d'un registre national** (voir plus haut).

I.3. Moyens nécessaires

« Les moyens nécessaires aux équipes et au réseau devraient être mis à disposition des soignants, qu'il s'agisse de personnel, de formation, de locaux, de matériels... pour pouvoir prendre en charge les transsexuels dans de bonnes conditions et dans des délais raisonnables et éviter ainsi que les étapes ne soient pas allongées, en particulier la phase diagnostique, pour des raisons de rendez-vous trop éloignés, que certains ne se fournissent en hormones hors du réseau sécurisé des pharmacies et ne s'adressent à des praticiens isolés et / ou ne possédant pas la compétence nécessaire ».

Pour améliorer la qualité de la prise en charge médicale du transsexualisme et offrir à tous des délais raisonnables, le vrai problème n'est pas en France d'augmenter le nombre des centres, mais de renforcer chacune de leurs équipes, à différents niveaux.

Afin de pouvoir se structurer en unités fonctionnelles d'évaluation et de mise en place d'un traitement hormono-chirurgical, les équipes doivent en effet être pourvues de **postes fléchés** de secrétaires médicales, psychiatres, pédopsychiatres et psychologues, endocrinologues, chirurgiens plasticiens, urologues et gynécologues, infirmières.

« Des actions devraient être menées pour que les équipes et le réseau soient connus des transsexuels et des autres professionnels de santé, afin que les patients puissent être rapidement pris en charge et que les membres de ces équipes soient reconnus par leurs collègues, leurs pairs et leurs administrations. Les professionnels nous ont en effet non seulement alertés sur le manque patent de moyens mais aussi sur un certain ostracisme du système de santé, ainsi que sur la difficulté à recruter de nouveaux praticiens. Il semble donc opportun de fournir à ces professionnels de santé un soutien financier et moral ; et de sensibiliser les professionnels de santé à ce sujet lors de leur formation initiale ou continue ».

Après plusieurs dizaines d'années de travail dans l'ombre, sans aucun moyen spécifique, les médecins et chirurgiens de la SoFECT **acceptent toute forme de reconnaissance matérielle et morale** de la part des pouvoirs publics.

« Les moyens mis à disposition des équipes et du réseau devraient permettre de fédérer l'ensemble des professionnels français et de les insérer au niveau international en partageant leur expérience par la participation à des formations, aux congrès internationaux, à des projets de recherches multicentriques, ou par la publication de leurs résultats. Très peu de publications de qualité ont en effet été identifiées lors de l'élaboration de ce rapport. Par cette activité internationale, les professionnels français pourraient donc prendre une part active dans les groupes de travail et publications européennes et internationales, puis participer à l'élaboration des futures versions des nomenclatures et recommandations internationales ».

Les travaux de recherche clinique et les publications nécessitent du temps et des moyens. On ne peut faire reproche aux praticiens français de manquer des deux, tout entièrement occupés qu'ils sont par les soins. Une aide fléchée des pouvoirs publics est donc indispensable pour atteindre cet objectif.

Il ne faut pas oublier pour autant que **les médecins et chirurgiens membres de la SoFECT sont soumis comme tout le corps médical français à toutes les contraintes actuelles de la FMC, de l'EPP et du DPC. Sur le plan scientifique, la plupart assistent et communiquent aux congrès nationaux et internationaux dans le domaine de leur spécialité, et publient dans des revues à comité de lecture.** Plusieurs sont membres de l'association internationale WPATH et entretiennent des relations internationales dans le domaine de leur spécialité (visites de centres étrangers, etc.).

Cette tendance ne peut que se développer et s'amplifier avec la reconnaissance officielle du rôle de la SoFECT.

« La formation des professionnels est un autre point clef et on ne peut que préconiser une formation au niveau européen dans des domaines aussi spécialisés, notamment concernant la chirurgie. Ce type d'organisation ne peut qu'améliorer la qualité des soins et il pourrait s'appuyer sur des structures existantes ».

Les médecins et chirurgiens de la SoFECT ne peuvent plus accepter aujourd'hui de tels sous-entendus, qui sont proches de la diffamation.

En particulier les rares chirurgiens de la SoFECT ont à cœur leurs obligations déontologiques. Ils n'ont pas attendu les recommandations de la HAS pour se former de façon continue, notamment par les voyages et les visites d'équipes, européennes et mondiales, et la participation aux congrès internationaux de leurs spécialités.

La constitution de la SoFECT, structure d'échange d'information, d'enseignement et de formation, est une preuve indirecte supplémentaire de l'engagement volontaire des praticiens dans une telle démarche.

« En échange de ses moyens mis à disposition, ces équipes et ce réseau devraient régulièrement attester de la bonne qualité de leur fonctionnement et de leurs soins, par un système d'accréditation, certification, labellisation, ..., comparable à ceux mis en place dans d'autres situations ».

La culture de l'évaluation est entrée dans les mentalités des médecins français, qui s'y plient dorénavant en permanence. Les membres de la SoFECT seront donc particulièrement heureux de pouvoir participer à un système d'accréditation et d'évaluation de la qualité de leur travail. Encore faut-il que la première partie de la phrase précédente soit réalisée, c'est-à-dire **que les moyens de travail qu'ils réclament leurs soient effectivement accordés.**

I.4. Soins à l'étranger

« En attendant que ce système se mette en place, se pose la question d'accepter des interventions faites à l'étranger. Tant que l'offre de soins ne sera pas suffisante, cela semble opportun, à condition toutefois qu'il existe une coopération entre les équipes françaises et les équipes étrangères dans lesquelles seront reçus les transsexuels français et que l'accès à des soins de qualité soit assuré et encadré par les pouvoirs publics français. Ce recours à des soins à l'étranger peut également s'envisager pour des techniques chirurgicales non réalisées en France ».

Les médecins et chirurgiens de la SoFECT ne peuvent plus accepter aujourd'hui de tels sous-entendus.

Toutes les compétences médicales et chirurgicales existent en France depuis trente ans. **La situation actuelle n'est plus la même aujourd'hui qu'il y a 10 ou même 5 ans. Les équipes ont changé, les méthodes et les mentalités ont évolué.** Avec la structuration nationale qui est actuellement en cours avec la SoFECT, il n'y a plus aucune justification rationnelle pour un remboursement de la prise en charge à l'étranger, ni pour ce qui concerne l'offre de soins, ni pour ce qui concerne les techniques chirurgicales.

Le libre choix du médecin devrait donc obéir aux règles générales de l'assurance maladie sur le territoire national. Toute demande de dérogation à cette règle devrait être étayée par des faits et non par des opinions.

I.5. Aspects juridico-administratifs

« Le présent rapport met en évidence les problèmes administratifs, d'ordre judiciaire et en lien avec l'Assurance maladie principalement, qui compliquent la prise en charge médicale des transsexuels et contribuent substantiellement au mécontentement exprimé par certains d'entre eux. Il serait donc souhaitable que la structure de l'offre de soins pour les transsexuels intègre ces aspects. Dans cette réflexion globale, devraient notamment être inclus les points suivants qui méritent d'être améliorés :

- la variabilité de traitement selon la juridiction ;
- la nécessité de recourir à une expertise médicale pour l'obtention de ces papiers alors que le patient vient d'être pris en charge par une équipe médicale ;
- l'obtention complexe et lente des nouveaux « papiers d'identité » (carte nationale d'identité, état-civil, numéro de sécurité sociale), laissant les personnes avec des papiers ne correspondant pas à leur genre apparent pendant plusieurs années ;
- la variabilité de traitement selon la caisse primaire d'Assurance maladie, pour tous les soins non inscrits sur les listes de produits ou d'actes pris en charge ; la prise en charge financière des soins prévus dans le parcours de soins ne devant pas aboutir pour la chirurgie « périphérique » à la prise en charge des interventions de pure esthétique ;
- le remboursement de l'hormonothérapie hors-AMM ;
- l'absence de tarification de la chirurgie de réassignation dans la CCAM, la limitant de fait aux établissements publics ;
- le remboursement des soins *via* une mise en ALD, aujourd'hui limitée à certains transsexuels seulement (ceux avec des troubles d'identité de genre précoce) et *via* une ALD ressentie comme stigmatisante, celle des « affections psychiatriques de longue durée ».

La SoFECT a déjà pris contact avec la CNAMTS, le CNOM, et la Direction des Affaires Civiles et du Sceau au ministère de la justice, dans le but d'obtenir :

- une simplification et un raccourcissement de la durée des formalités juridiques de changement d'état-civil pour les personnes prises en charge par son réseau
- une revalorisation du GHM chirurgical lié au transsexualisme
- une clarification des règles de prescription et de remboursement de l'hormonothérapie

I.6. Acquisition de nouvelles données

« Ce rapport a permis de constater que sur de nombreux aspects, très peu de données avaient fait l'objet de publications scientifiques permettant d'assurer une certaine solidité des connaissances. Des études devraient donc être mises en place, par exemple en ce qui concerne :

- les données épidémiologiques et sociologiques sur les transsexuels ;
- l'apport des tests psychologiques à la phase diagnostique ;
- les effets à long terme des traitements hormonaux et leur amélioration ;
- les possibles interactions médicamenteuses pouvant survenir lorsqu'un transsexuel sous hormonothérapie doit parallèlement être traité pour une pathologie ; parmi ces pathologies, devraient être vue prioritairement l'infection par le VIH (données non disponibles en France) ;
- la rééducation orthophonique nécessaire à la plupart des transsexuels MtF ;
- les techniques chirurgicales, notamment les plus nouvelles ;
- les données à long terme sur l'hormonothérapie, la chirurgie de réassignation et la transition en général.

La tenue d'un registre national par les équipes et le réseau permettrait de répondre à ces questions ».

La tenue d'un registre national par le réseau n'a de sens épidémiologique que s'il est exhaustif, ce qui est une exigence incompatible avec la préconisation de l'absence d'obligation pour les transsexuels à s'adresser à une structure de référence.

La SoFECT souligne le fait qu'il y a là un choix politique, et non médical.

On ne peut pas avoir tout et son contraire. Soit le transsexualisme est considéré comme devant être à déclaration obligatoire quelle que soit la structure de soins, soit le statu quo relatif à la méconnaissance des données épidémiologiques est maintenu.

Le nombre des cas pris actuellement en charge dans les centres français, ainsi que les informations relatives aux demandes de remboursement de soins par l'assurance maladie permettent d'estimer **le nombre réel des demandes de prise en charge médicale du transsexualisme à environ 350 nouveaux cas par an en France**. Aucun chiffre officiel ne permet de démentir cette estimation.

« Au total, une bonne coordination entre les trois acteurs que sont le système de santé (= l'offre de soins), l'Assurance maladie (= la prise en charge financière des différents soins prévus dans le parcours), voire la Sécurité sociale (le numéro de sécurité sociale) et le système judiciaire (carte nationale d'identité, état-civil) semble indispensable pour mettre en place une prise en charge globale satisfaisante. Plus généralement, des actions aboutissant à une meilleure acceptation des transsexuels dans la société devraient être menées ; la pression sociale peut en effet constituer un facteur de mauvais pronostic. A titre d'exemple, le système de santé anglais vient de rédiger un guide pour que les transsexuels travaillant pour lui, soient mieux intégrés dans leur milieu professionnel (157) ».

Consciente de l'importance de cette coordination, la SoFECT a déjà pris contact avec la CNAMTS, la Direction des Affaires Civiles et du Sceau au ministère de la justice, le Ministère du Travail, et le Conseil national de l'Ordre des Médecins.

Mais la SoFECT attend aussi un soutien et une reconnaissance de sa démarche médicale de la part du ministère de la Santé.

II. PROPOSITION D'UN PARCOURS DE SOINS

« Le parcours de soins proposé ci-dessous est fondé de l'analyse critique de la littérature, notamment les Recommandations internationales de la WPATH (31), de la position du groupe de travail, des remarques des transsexuels, et des parcours de soins mis en place dans d'autres pays. Le parcours de soins décrit ici débute lorsque le transsexuel rencontre pour la première fois un professionnel de santé, au sein d'une équipe ou au sein d'un réseau.

Le parcours de soins proposé ci-dessous est le parcours « habituel » qui est à adapté en fonction des individus et des situations. Les principales étapes du parcours de soins sont présentées schématiquement dans la Figure 2.

Il n'a pas été identifié de consensus fort au niveau international pour limiter la prise en charge du transsexualisme aux « jeunes adultes » en excluant les personnes plus âgées, mariées (ou l'ayant été) ou ayant des enfants ; il en est de même pour leur orientation sexuelle. L'analyse faite dans ce rapport montre que, sur des bases déontologiques, certains praticiens et/ou équipes peuvent à titre personnel limiter leur prise en charge à des patients « jeunes adultes ». Néanmoins, au niveau national, il semble légitime que le système de soins assure la prise en charge de l'ensemble des transsexuels pour ne pas créer de discriminations ».

Le parcours de soins proposé par la HAS repose essentiellement sur ce que les experts du groupe de travail, tous membres de la SoFECT, lui ont expliqué. **Ces recommandations, fondées sur leur propre expérience et sur les règles internationales, ne souffrent pas de contestation médicale sérieuse. Elles sont à la base de la Charte de la SoFECT, qui est reproduite en annexe, à la suite de ce texte de la HAS.**

II.1. Phase diagnostique : le diagnostic différentiel

L'organisation d'une prise en charge permettant de répondre à l'ensemble des patients ne signifie pas pour autant qu'elle soit dispensée sans un diagnostic différentiel solidement assuré, en particulier lorsqu'il s'agit d'actions irréversibles.

Malgré le peu de données disponibles, il est important de signaler que **quelques personnes, 1 % selon une revue systématique, manifestent un regret quant à leur transformation**. Compte-tenu du caractère irréversible des dernières étapes de la prise en charge, la phase diagnostique doit avoir pour objectif de limiter les risques de regret.

La phase diagnostique – et notamment le diagnostic différentiel – est donc indispensable pour essayer d'éviter autant que faire se peut des transformations irréversibles injustifiées. La nécessité de cette phase, qui par essence prend un certain temps et a recours à des nomenclatures médicales, doit actuellement être expliquée car elle est très critiquée par certains, qui y voient une « psychiatrisation » du transsexualisme et une limitation de l'accès aux soins, voire un refus de soins. Les psychiatres disposent à ce jour de critères de diagnostic précisés dans les deux nomenclatures officielles : la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) et le manuel Diagnostic et Statistique des troubles Mentaux (DSM IV). Pour améliorer la prise en charge thérapeutique du patient et lui offrir l'assistance la mieux adaptée et la plus grande sécurité, **l'utilisation de ces critères de diagnostic prédéfinis est indispensable**, tout en sachant que ces classifications ont leurs limites et qu'aucun caractère discriminant pour le transsexuel (concept de trouble mental, marginalisation selon des normes socioculturelles préétablies) ne saurait leur être associé. Ces nomenclatures sont reprises dans les Recommandations en vigueur de la WPATH.

La première étape de la prise en charge des patients consiste à **diagnostiquer et évaluer le trouble de l'identité sexuée**, selon les critères spécifiés dans une des deux nomenclatures officielles déjà citées. Diagnostic et évaluation doivent être effectués par des professionnels qualifiés au sein de l'équipe de référence.

Dans tous les cas, **plusieurs entretiens d'évaluation étalés sur quelques mois** en fonction de la situation clinique, afin de réunir données psychiatriques, cliniques et psychométriques sont nécessaires. Ce bilan peut s'appuyer sur l'interprétation de tests réalisés par des psychologues pour évaluer les modalités de fonctionnement psychique et l'identification sexuée chez les patients.

La présence d'une psychopathologie peut constituer un facteur de mauvais pronostic quant aux effets du traitement. Une comorbidité doit donc être recherchée systématiquement lors du bilan psychologique et traitée si nécessaire.

Dans cette phase, le psychiatre peut donc s'entourer de psychologue mais aussi de professionnels de santé, comme le médecin traitant, connaissant bien et depuis longtemps le transsexuel.

Cette phase diagnostique représente aussi pour le transsexuel un temps de réflexion sur la conviction de la demande de transition, sur les différentes étapes de la transition à venir, sur la notion d'irréversibilité de certains des traitements (hormonaux ou chirurgicaux), les diverses conséquences de cette transition (médicales et sociales notamment),

Habituellement, cette phase diagnostique dure de 6 à 9 mois, avec de 2 à 10 séances avec le psychiatre et / ou le psychologue. Cette durée est évidemment à adapter au cas par cas.

II.2. L'expérience en vie réelle

Son but doit être bien expliqué au patient car, comme la phase diagnostique et pour les mêmes raisons, elle est parfois mal comprise et mal admise. Le moment de réaliser cette phase relève du transsexuel, accompagné de l'équipe.

Elle se situe avant les deux autres étapes (hormonosubstitution irréversible et chirurgie) ; néanmoins une hormonosubstitution réversible et/ou des interventions légères (épilation, ...) peuvent être pratiquées assez rapidement, 3 mois en général, voire dès le début lorsque le physique du transsexuel est incompatible avec une apparence du sexe souhaité. Cette décision, notamment la

prescription d'hormones, est prise de manière collégiale par l'équipe pluridisciplinaire et le transsexuel. Elle est précédée d'un bilan et formalisée par un certificat médical remis au patient.

L'expérience en vie réelle étudie la capacité à vivre dans le rôle désiré. Elle permet de mettre à l'épreuve la persistance de la demande pour poursuivre le parcours de soins, malgré certaines déceptions. Une décision de report ou d'arrêt de la transition à l'issue de cette phase ne peut donc pas être imposée au transsexuel. Pendant cette expérience, le patient vit en permanence dans le rôle du sexe désiré dans les activités quotidiennes, sociales et professionnelles et montrer son intégration sociale dans ce rôle. Il choisit un nouveau prénom et informer les membres de la famille du changement prévu.

Un temps prolongé d'évaluation et d'observation, notamment lors de l'expérience en vie réelle, est nécessaire avant d'envisager la transformation irréversible hormonochirurgicale. La durée habituelle de l'expérience en vie réelle est de un an.

L'absence d'expérience en vie réelle ou une expérience peu satisfaisante pourraient constituer des facteurs de regret.

II.3. Hormonosubstitution

Les traitements hormonaux consistent à fournir aux patients des hormones exogènes afin de supprimer les caractères sexuels secondaires du sexe d'origine et induire ceux du sexe opposé le plus complètement possible.

L'hormonosubstitution peut être divisée en deux parties : réversible d'abord, puis irréversible. Il est important d'informer les patients de toutes les significations de l'irréversibilité des traitements et de la nécessité d'un suivi médical tout au long de l'hormonosubstitution, pour adapter au mieux le traitement afin d'optimiser son efficacité et de limiter les effets indésirables. Cette information devrait également rappeler tous les risques que font courir l'auto-prescription et l'achat des hormones hors pharmacie.

Il convient ici de préciser que dans la liste des parties prenantes à sensibiliser à la prise en charge des transsexuels, devraient être inclus les laboratoires pharmaceutiques dont certaines spécialités hormonales sont utilisées dans ce cadre sans développement spécifique, sans suivi de pharmacovigilance et sans AMM. Cette discussion avec les laboratoires devrait permettre de mettre à disposition des transsexuels et des médecins les spécialités hormonales dans de bonnes conditions de choix, d'efficacité et de sécurité.

II.3.1. Information du patient et évaluation médicale initiale

– Avant le démarrage du traitement hormonal, le praticien doit s'assurer que le patient a bien compris son rapport bénéfice/risque, ses limites et le fait qu'il s'agit d'un traitement à long terme. Cette compréhension est formalisée au mieux par la signature d'un **consentement éclairé**.

– **L'évaluation médicale initiale** (interrogatoire, examen clinique et examens biologiques) vise d'une part à s'assurer de l'absence d'intersexualité et de contre indication médicale au traitement hormonal, d'autre part à obtenir les données de base permettant de suivre et d'adapter le traitement.

II.3.2. Prescription, suivi et précautions d'emploi

– **La prescription et le suivi** doivent être effectués par un médecin formé et/ou ayant une expérience de la prise en charge du transsexualisme, dans le cadre d'une équipe de référence. Il est recommandé que l'intervention directe d'un endocrinologue soit assurée à des moments clés de l'hormonosubstitution : l'introduction, l'adaptation des doses avant la chirurgie de réassignation jusqu'à l'obtention des doses optimales après la chirurgie. Au-delà, le relais peut être pris par le médecin traitant, si celui-ci et le transsexuel le souhaitent. Une consultation au moins annuelle avec l'endocrinologue est recommandée. Quelle que soit l'étape, l'endocrinologue et le médecin traitant devront travailler en étroite collaboration, en s'informant mutuellement.

– **Le choix du traitement et son dosage** doivent tenir compte des souhaits du patient, de son âge, de ses comorbidités et de sa sensibilité individuelle au traitement. Il n'y a pas actuellement de

traitement type recommandé au niveau international : les molécules utilisées, les doses et la voie d'administration sont variables d'une équipe à l'autre.

– Dans tous les cas, le prescripteur doit **tenir compte des contre-indications** des produits utilisés et identifier les interactions médicamenteuses possibles.

II.3.3. Principes du traitement des MtF

II.3.3.1. Déroulement

– **Avant orchidectomie**, le traitement hormonal des MtF comporte deux étapes :

_ une première étape de dévirilisation : l'acétate de cyprotérone est le plus souvent proposé à doses de 50 à 100 mg/j. Les anti-androgènes non stéroïdiens ou les analogues de la GnRH peuvent être proposés en cas de contre-indication à l'acétate de cyprotérone ;

_ une deuxième étape de féminisation au cours de laquelle sont introduits les estrogènes, associés aux anti-androgènes. Le 17 b estradiol doit être préféré à l'éthinyl-estradiol en raison du risque moindre d'accidents thrombo-emboliques ; la voie transdermique doit être privilégiée après 40 ans ou en cas d'antécédent de maladie thrombo-embolique. L'existence d'antécédent personnel de thrombose veineuse profonde ou d'embolie pulmonaire et/ou une thrombophilie contre-indique l'utilisation d'éthinyl-estradiol.

La survenue d'une thrombose veineuse pendant le traitement hormonal doit conduire à reconsidérer les modalités de l'estrogénothérapie.

– **Après orchidectomie**, l'hormonosubstitution est maintenue, les doses d'estrogènes sont réduites mais doivent être suffisantes pour préserver le capital osseux et maintenir la féminisation. L'anti-androgène sera généralement interrompu.

L'adjonction de progestatifs peut se discuter en fonction de l'existence de mastodynies ou d'éventuels troubles de l'humeur.

II.3.3.2. Modifications induites par le traitement MtF

Ces modifications sont physiques (redistribution des graisses, diminution de la masse musculaire, diminution de la pilosité, augmentation du volume mammaire, diminution de la taille des testicules, diminution des érections), psychologiques (troubles de l'humeur, labilité émotionnelle) et biologiques (diminution des taux sanguins de gonadotrophines et de testostérone, augmentation de l'oestradiol sanguin). **Certains de ces changements peuvent être irréversibles** (hypertrophie mammaire, atrophie testiculaire).

II.3.3.3. Complications du traitement féminisant (estrogènes et anti-androgènes)

Elles sont principalement représentées par les accidents thrombo-emboliques ; l'impact précis de l'hormonosubstitution sur le risque cardio-vasculaire reste à évaluer.

L'hyperprolactinémie est le plus souvent modérée et réversible à l'arrêt du traitement ou lors de la diminution des doses. Le développement d'un adénome à prolactine, possible mais rare, est à rechercher en cas d'hyperprolactinémie importante persistante.

Une augmentation des enzymes hépatiques est le plus souvent transitoire. Le risque de pancréatite reste à évaluer, ainsi que le risque de diabète ; toutefois, il est indiqué de contrôler la glycémie, d'éviter la prise de poids et de limiter l'usage de progestatifs.

A ce jour, il n'est pas possible d'apprécier le risque de cancer lié au traitement hormonal chez les MtF.

Le risque de développement d'une ostéoporose apparaît faible si la substitution en estrogènes est suffisante.

Les **désordres psychologiques** induits par le traitement hormonal féminisant, quoique difficiles à évaluer, doivent être recherchés de manière systématique chez le sujet traité.

II.3.4. Principes du traitement des FtM

II.3.4.1. Déroulement

– **Avant ovariectomie**, le traitement hormonal des FtM comporte deux étapes :

_ une première étape de déféminisation : les progestatifs de synthèse (dérivés pregnane et norpregnane) peuvent être utilisés au cours de cette étape en raison de leurs propriétés antigonadotropes ; ils permettent de bloquer les cycles menstruels ;

_ une deuxième étape de virilisation au cours de laquelle est introduite la testostérone. Celle-ci doit être administrée de préférence par voie intramusculaire ou percutanée.

– **Après ovariectomie**, les doses de testostérone doivent rester suffisantes pour préserver le capital osseux et maintenir la virilisation.

II.3.4.2. Modifications induites par le traitement FtM

Les modifications induites sont physiques (redistribution des graisses, augmentation de la masse musculaire, augmentation de la pilosité, modification de la voix, hypertrophie clitoridienne, aménorrhée, diminution du volume mammaire) ; psychologiques (augmentation de la libido, excitabilité) et biologiques (diminution des taux sanguins de gonadotrophines, d'oestradiol et de progestérone et augmentation de la testostéronémie).

Certains de ces changements peuvent être irréversibles (voix, pilosité faciale, calvitie, hypertrophie clitoridienne).

II.3.4.3. Complications rapportées chez les FtM traités par androgènes

Elles sont principalement métaboliques (perturbations du bilan lipidique).

L'augmentation potentielle du risque cardiovasculaire liée à ces perturbations impose de mettre en place des mesures hygiéno-diététiques adéquates.

A ce jour, il n'est pas possible de quantifier précisément le risque d'ostéoporose ni d'apprécier le risque de cancer du sein et du col de l'utérus lié à l'utilisation prolongée d'androgènes. En revanche, une fréquence plus importante d'ovaires polykystiques a été mise en évidence.

Des troubles psychologiques – labilité émotionnelle, augmentation anormale de la libido, agressivité pathologique, voire syndrome psychotique – peuvent être révélés par le traitement masculinisant.

II.4. Chirurgie de réassignation

La plupart des transsexuels souhaitent en bénéficier. Néanmoins, certains patients présentent des contre-indications médicales aux interventions ou estiment que cette étape ne leur est pas nécessaire et que l'hormonosubstitution, la chirurgie « périphérique », la rééducation orthophonique... suffisent à leur assurer une apparence conforme à l'autre sexe en leur permettant d'être reconnus comme tels par la société, sans chirurgie de réassignation génitale donc. Ce souhait peut aussi avoir pour origine la grande difficulté technique et les effets secondaires des interventions, en particulier les phalloplasties. Ce souhait de ne pas poursuivre l'étape chirurgicale peut ne concerner que certaines interventions. Pour reprendre l'exemple des phalloplasties, certains FtM ne les demandent pas, alors qu'ils souhaitent néanmoins une mastectomie.

Bien qu'il soit évident que quiconque ne peut être contraint contre sa volonté de subir une intervention chirurgicale, se pose alors la question d'accorder le changement de sexe dans l'état civil à des personnes conservant les organes génitaux d'origine, mais présentant un aspect en accord avec le genre désiré (ce qui correspond aux définitions habituelles du transsexualisme) et donc en désaccord avec le sexe indiqué sur l'état civil.

Cette question a été tranchée différemment en fonction des pays, par décision législative. Ainsi l'Espagne ne requiert plus depuis quelques années de chirurgie de réassignation sexuelle pour délivrer des papiers d'identité avec la mention du sexe désiré (une hormonothérapie de 2 ans est demandée). Ceci semble aussi être le cas au Royaume-Uni. En France, les différents jugements rendus ne concluent pas toujours de la même manière. Récemment, le Commissaire aux droits de l'Homme du Conseil de l'Europe, a recommandé aux états membres de ne pas exiger une chirurgie de réassignation sexuelle.

Dans le parcours de soins, la chirurgie de réassignation intervient habituellement deux ans après le début du parcours de soins. La procédure chirurgicale de réassignation n'est habituellement pas menée avant que le patient n'ait vécu dans le rôle souhaité de façon socialement intégrée durant au moins 1 an.

Des résultats peu satisfaisants de la chirurgie (fonctionnels ou esthétiques) pourraient constituer des facteurs de regret.

II.4.1. Chirurgie MtF

– **La castration avec pénectomie** (ablation des corps caverneux et d'une partie du corps spongieux du pénis) est comparable techniquement aux procédures thérapeutiques pratiquées pour le traitement de certaines pathologies testiculaires ou prostatiques.

– **Une chirurgie reconstructrice** visant à créer des organes génitaux externes de type féminin y est associée, presque toujours dans le même temps opératoire.

La création d'un néo-vagin repose le plus souvent sur l'utilisation d'un lambeau cutané pénien inversé, pouvant être complétée par une greffe de peau et, beaucoup plus rarement par un lambeau intestinal car cette dernière technique présente de sérieux désavantages. La technique du lambeau pénien inversé est la plus documentée. La littérature disponible ne permet pas de recommander une technique plus qu'une autre, et l'indication repose sur les désirs du patient et les techniques maîtrisées par le chirurgien.

Ces procédures sont le plus souvent associées à la création d'une néovulve et d'un néoclitoris utilisant le gland.

– **Le résultat esthétique et fonctionnel** est le plus souvent considéré comme satisfaisant. Cependant, des complications urinaires, digestives, génitales et hémorragiques sont possibles. La sensibilité génitale et l'orgasme sont presque toujours présents.

– **La chirurgie mammaire reconstructrice** est possible en complément de l'hormonosubstitution

– Il est recommandé de fournir au patient **une information complète** afin de permettre un choix éclairé.

II.4.2. Chirurgie FtM

– **L'hystérectomie avec annexectomie bilatérale** est identique à celle effectuée à titre thérapeutique en cas de pathologie utérine ou ovarienne.

– **Plusieurs techniques de création d'une verge** ont été décrites. Elles sont de complexité variable et offrent des résultats esthétiques et fonctionnels différents. La littérature disponible ne permet pas d'en recommander l'une plus que l'autre, et l'indication repose sur les désirs du patient et les techniques maîtrisées par le chirurgien. Il est recommandé de fournir au patient une information complète afin de permettre un choix éclairé. Toutefois le lambeau libre d'avant bras est le plus évalué et pratiqué par les équipes les plus expérimentées. Elle présente néanmoins des complications, essentiellement urinaires et les cicatrices de l'avant-bras restent visibles.

– La reconstitution d'un urètre est possible, mais le taux de complications est supérieur à 50 %. **Il n'est pas possible de garantir au patient que la miction en position debout sera possible** ; la possibilité d'uriner en position debout peut n'être que de 50 %, en fonction de la technique de reconstruction.

– **La possibilité d'obtenir des érections repose sur la pose d'une prothèse.** La littérature disponible ne permet pas d'en préciser les indications. L'évaluation des résultats est très incomplète. Si le patient choisit cette option, il est recommandé de l'informer sur le taux d'échec et de complications. Toutefois l'orgasme et la sensibilité peuvent être presque toujours obtenus avec le lambeau libre d'avant bras.

– La chirurgie de reconstruction de la verge apparaît au final comme une chirurgie extrêmement complexe avec des résultats incertains (plastiques, urinaires et sexuels) ; elle doit donc être réalisée par une équipe de très haut niveau.

– **Les résultats esthétiques de la mastectomie sous-cutanée** et de la reconstruction aréolaire dépendent de la morphologie de départ.

II.5. L'accompagnement psychologique

Distincte du processus d'évaluation, il n'est pas considéré comme une condition d'éligibilité au traitement hormonal et chirurgical. Il est cependant recommandé au cours du parcours de soins, voire même dans la période post-chirurgicale, pour aider à s'adapter au nouveau rôle et à la nouvelle identité. Le psychothérapeute n'est pas systématiquement le professionnel de santé mentale ayant procédé à l'évaluation initiale.

Toutefois, une collaboration étroite avec les autres membres de l'équipe thérapeutique est essentielle.

II.6. L'accompagnement de l'entourage

Un accompagnement peut également être proposé à l'entourage du transsexuel, notamment, le cas échéant, à son conjoint et à ses enfants, pour que par des discussions avec une personne extérieure, ses personnes comprennent la situation et la transformation de leur proche.

II.7. Communication entre les professionnels de santé et les transsexuels

Le parcours de soins étant long, complexe et multidisciplinaire, une information permettant un choix éclairé devrait être fournie aux transsexuels.

Cette information doit notamment comporter, en plus des différentes étapes avec leur durée habituelle, la balance bénéfique/risque de l'hormonosubstitution, la signification de l'irréversibilité de l'hormonosubstitution et de la chirurgie, ainsi que les techniques chirurgicales pratiquées par l'équipe.

Cette information peut-être centralisée par une personne *ad hoc* de l'équipe (assistante sociale, psychologue, ...) ; pourraient également participer des associations de transsexuels, intéressées par ce travail collaboratif.

Bien qu'à chacune des étapes, un membre de l'équipe ait un rôle primordial (psychiatre, endocrinologue, chirurgien), l'ensemble des membres de l'équipe devrait être impliqué tout au long de la prise en charge. Ainsi, les spécialités « en aval » (endocrinologues, chirurgiens, ...) devraient participer à la communication avec le patient dès la première phase (diagnostique) de la prise en charge pour que le transsexuel ait dès ce moment une vue d'ensemble sur son parcours.

II.8. Etapes du parcours de soins à approfondir

Ce rapport propose les grandes lignes d'un parcours de soins pour les transsexuels. Des étapes n'ont pas, ou très peu, été abordés (intervention et chirurgie du visage et du cou, rééducation orthophonique, autres interventions permettant de modifier l'apparence corporelle [épilation, ...] – ces interventions nécessaires à la transformation devant être distinguées de la chirurgie uniquement esthétique qui ne relève pas du parcours de soins), notamment faute d'études précises publiées.

Suite, ou parallèlement, à la mise en place de la structure de l'offre de soins et du parcours de soins proposés dans ce rapport, pourrait être initié de nouveaux travaux pour apporter une réponse à ces aspects. Vu le manque de littérature, ce travail s'appuiera très certainement sur l'avis d'experts, au mieux à un échelon international, pour obtenir un nombre d'avis suffisant. Ceci pourrait prendre place dans une éventuelle mise à jour des Recommandations de la WPATH dont la dernière version date de 2001.

Devraient également être mieux précisées les modalités de prise en charge des personnes qui ne se relèvent pas être transsexuelles ou qui décident d'arrêter leur transition, des transsexuels ayant débuté une hormonosubstitution ou des interventions chirurgicales hors d'un parcours de soins, ou encore des mineurs qui s'adressent aux professionnels de santé du réseau ou des équipes des références. D'autres points encore pourraient être développés dans ces travaux futurs, comme ceux indiqués par les répondants à la consultation publique (Annexe 5). La tenue d'un registre national permettrait de colliger ces données.

Au total, le système de soins à mettre en place devrait promouvoir la santé, le bien-être et un fonctionnement social réussi des transsexuels, ainsi que l'illustre la définition de la santé selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : « état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »

Charte de la SoFECT (oct.2010)

Avant toute prise en charge d'une dysphorie de genre à type de transsexualisme, un diagnostic différentiel et un diagnostic d'éligibilité à un Traitement Hormono-Chirurgical (THC) sont établis par une équipe pluridisciplinaire spécialisée.

Le processus de diagnostic et la prise en charge du transsexualisme correspondent aux propositions du rapport de la Haute Autorité de Santé de 2009.

INTRODUCTION

Les aspects concernant le diagnostic, les décisions thérapeutiques et les soins sont divisés en 7 phases :

1. Phase d'évaluation diagnostique et pronostique
2. Expérience de vie réelle
3. Éligibilité à l'hormonothérapie
4. Hormonothérapie
5. Confirmation collégiale d'éligibilité au traitement chirurgical : phase préopératoire
6. Réassignation sexuelle chirurgicale
7. Phase post opératoire

La compréhension par les personnes prises en charge de la nécessité d'une transmission de l'information entre les différents membres de l'équipe est une condition préalable importante.

En l'état actuel de nos connaissances, seul le Traitement Hormono-Chirurgical (THC) a montré son efficacité dans le soulagement de la souffrance des personnes transsexuelles. Les bouleversements que le THC suppose (d'ordre corporels, psychologiques, affectifs, familiaux, sociaux, professionnels..) imposent une adaptation de la durée de la phase d'évaluation à chaque cas particulier.

1. Phase d'évaluation diagnostique et pronostique

a) Définitions

De multiples définitions du transsexualisme existent dans la littérature. L'obtention d'une définition précise et complète semble donc difficile. D'un point de vue clinique, nous retenons les plus consensuelles à l'heure actuelle :

- **Celle de la version 10 de la Classification Internationale des Maladies (CIM10)** qui décrit le transsexualisme comme : « *Le désir de vivre et d'être accepté en tant que personne appartenant au sexe opposé. Ce désir s'accompagne habituellement d'un sentiment de malaise ou d'inadaptation envers son propre sexe anatomique et du souhait de subir une intervention chirurgicale ou un traitement hormonal afin de rendre son corps aussi conforme que possible au sexe désiré* »
- **Celle de la Cour Européenne des Droits de l'homme**, selon laquelle : « *On entend par transsexuelles les personnes qui, tout en appartenant physiquement à un sexe, ont le sentiment d'appartenir à un autre ; elles essaient souvent d'accéder à une identité plus cohérente et moins équivoque en se soumettant à des soins médicaux et à des interventions chirurgicales afin d'adapter leurs caractères physiques à leur caractère psychique. Les transsexuels ainsi opérés forment un groupe assez bien déterminé et déterminable.* »
- **Celle du Diagnostic and Statistical Manual de l'American Psychiatric Association (DSM IV) :**
 - *Identification intense et persistante à l'autre sexe (ne concerne pas exclusivement le désir d'obtenir les bénéfices culturels dévolus à l'autre sexe)*
 - *Sentiment persistant d'inconfort par rapport à son propre sexe ou sentiment d'inadéquation par rapport à l'identité de rôle correspondante (apparition du concept d'incongruence dans le DSM V encours de révision)*
 - *L'affection n'est pas concomitante d'une affection responsable d'un phénotype hermaphrodite*
 - *L'affection est à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.*

b) Rôles de l'équipe médicale :

Rôles des psychiatres et des psychologues :

Phase d'évaluation diagnostique

Il s'agit de la confirmation du diagnostic de Trouble de l'Identité de Genre (TIG) tel qu'il est défini dans les classifications diagnostiques. Le but est de distinguer le transsexualisme, qui relève du THC, et les autres troubles de l'identité sexuée. La distinction entre ces différents troubles est indispensable à une prise en charge adaptée, mais elle est complexe.

La démarche diagnostique s'appuie notamment sur les « éléments biographiques » recueillis auprès de la personne prise en charge et, idéalement, de sa famille. Il s'agit le plus souvent d'un autodiagnostic, la personne prise en charge se définissant dès la première consultation comme transsexuelle en demande d'un THC. L'évaluation clinique confirme souvent ce diagnostic mais elle peut parfois mettre en évidence des diagnostics différentiels, parmi lesquels il faut citer :

- épisode psychotique avec thématique délirante de transformation corporelle
- transvestisme fétichiste
- problématique identificatoire générale, non uniquement sexuelle

- simple non-conformité au stéréotype comportemental lié au rôle sexuel
- Orientation sexuelle mal assumée
- ambiguïté sexuelle
- dysmorphophobie

Ces troubles nécessitent d'autres traitements que la réassignation sexuelle hormono-chirurgicale du transsexualisme. Une évaluation diagnostique approfondie des troubles de l'identité de genre est donc indispensable afin d'éviter des transformations d'autant plus injustifiées qu'elles sont irréversibles.

Phase d'évaluation pronostique

Les éventuels facteurs de vulnérabilité mis en évidence lors de cette évaluation doivent inciter à la prudence et à des aménagements de la prise en charge, sans toutefois constituer en eux mêmes des contre-indications formelles. Ils doivent d'une part inciter à un renforcement du suivi médical avant, pendant et après la transformation et, d'autre part, guider la prise en charge de façon personnalisée. Ces facteurs fragilisant peuvent faire l'objet d'un conseil de prise en charge psychothérapique en dehors de l'équipe d'évaluation et de diagnostic, que ce soit pour renforcer des ressources psychologiques personnelles ou pour travailler à la solution de problèmes contextuels.

Au-delà des difficultés diagnostiques, des travaux de recherche ont par ailleurs mis en évidence des **facteurs pronostiques** qui seraient associés à des résultats non satisfaisants du THC, à une satisfaction moindre, à des regrets, à des troubles dépressifs et des comportements suicidaires persistants, s'aggravant ou apparaissant après l'intervention. Ces facteurs pronostiques doivent être dépistés durant l'évaluation :

- Troubles psychologiques/psychiatriques (trouble thymique, trouble de la personnalité, comportements suicidaires, psychose, abus de substances, etc.)
- Carences affectives et familiales
- Précarité sociale
- Vulnérabilités adaptatives
- Compréhension insuffisante de la personne vis-à-vis des conséquences et des limites du traitement hormono-chirurgical
- Ambivalence par rapport à la réassignation sexuelle.

Les fausses croyances et les attentes irréalistes vis-à-vis du THC peuvent induire un sentiment de frustration, d'insatisfaction, et des regrets postopératoires et des revendications. Beaucoup de personnes pensent que la réassignation sexuelle résoudra toutes leurs difficultés mais la pratique clinique, les témoignages de personnes opérées et les études de suivi montrent qu'il s'agit d'attentes irréalistes, avec un risque accru de regrets. Il faut donc aider les personnes prises en charge à prendre conscience que certaines de leurs difficultés ne dépendent pas de leur TIG et ne peuvent être résolues par la seule réassignation sexuelle.

Le psychiatre doit informer la personne prise en charge et discuter avec elle :

- des facteurs pronostiques négatifs et positifs qui ont été mis en évidence par l'évaluation psychiatrique
- des bénéfices et des risques éventuels du THC dans son cas personnel
- d'une prise en charge spécifique et personnalisée en fonction des facteurs de vulnérabilité éventuellement mis en évidence lors de l'évaluation

Le travail ainsi réalisé par les psychiatres et les psychologues de l'unité n'est donc pas une psychothérapie mais **un processus d'évaluation et d'accompagnement**. En fonction des fragilités psychologiques soulignées lors de cette évaluation, l'équipe peut être amenée à conseiller un travail psychothérapique conduit par un professionnel **extérieur** à l'équipe et ciblé sur ces fragilités. La psychothérapie n'a donc pas pour objectif de traiter le trouble de l'identité de genre.

Cette phase d'évaluation de la personne en demande de THC dure **au moins** six à douze mois.

Rôles des autres membres de l'équipe

- **Un membre de l'équipe des psychologues** rencontre la personne prise en charge à plusieurs reprises, dès le début de l'évaluation. Il réalise en particulier une évaluation de la personnalité pour détecter les indicateurs de psychopathologie et/ ou des vulnérabilités psychologiques.
- **Un membre de l'équipe des endocrinologues** reçoit la personne prise en charge pour recueillir ses antécédents médicaux afin de dépister une éventuelle ambiguïté sexuelle ou des éléments médicaux limitant l'hormonothérapie. Un examen clinique ainsi que des prélèvements sanguins sont réalisés. Le médecin informe la personne prise en charge de la nature, des modalités, des bénéfices et des risques éventuels du traitement hormonal; il s'assure également que ces données ont été assimilées et en particulier qu'en cas d'instauration d'un traitement hormonal, un suivi à vie sera nécessaire.
- **Un membre de l'équipe des chirurgiens** examine la personne prise en charge et lui apporte les informations relatives aux interventions de réassignation sexuelle : nature et techniques, résultats attendus, modalités d'hospitalisation, aléas thérapeutiques et risques de complications, contre-indications éventuelles. Le chirurgien doit aussi détecter les attentes irréalistes afin d'éviter les déceptions postopératoires.

Chaque membre de l'équipe peut se mettre en relation avec les médecins traitants habituels de la personne prise en charge afin d'obtenir des informations complémentaires. Un dossier coordonné est tenu dans lequel est consigné l'ensemble des données la concernant et utiles à sa prise en charge par l'équipe.

S'ils le souhaitent, et en accord avec la personne prise en charge, ses proches peuvent rencontrer l'équipe pour poser leurs propres questions et parler de leurs éventuelles inquiétudes.

2. Expérience de vie réelle

Durant cette période, la personne prise en charge est censée vivre progressivement dans le rôle du sexe désiré dans les activités quotidiennes sociales et professionnelles; les membres de la famille doivent être informés des changements imminents, et un nouveau prénom est choisi.

Cette expérience en vie réelle permet de tester la capacité à vivre dans le rôle désiré et la persistance d'une motivation à poursuivre la démarche de réassignation malgré les difficultés qu'elle peut induire. Elle permet à la personne intéressée d'apprécier les conséquences à la fois légales, économiques, socio-familiales et personnelles du changement d'identité avant de procéder à des changements physiques irréversibles. Bien que cette étape soit parfois jugée longue et coûteuse par les personnes prises en charge, cette période de transition permet de mesurer les modifications de leurs rapports familiaux, amicaux et professionnels, et de mesurer leur capacité adaptative.

La durée de cette phase doit être fonction de ce but. La décision de la réaliser et le moment où elle doit commencer sont à discuter entre la personne prise en charge et l'équipe. Pour éviter un désaccord préjudiciable au but recherché entre l'apparence physique et le genre désiré, des soins entraînant des transformations réversibles ou légères peuvent être prescrits pendant cette phase (hormonothérapie visant à supprimer les caractères sexuels du sexe refusé, épilation...). La durée recommandée de cette expérience est habituellement de 1 an, mais peut être adaptée en fonction de chaque cas. Pendant cette période, l'endocrinologue s'assure de la bonne tolérance au traitement par un examen clinique et des dosages hormonaux.

3. Eligibilité à l'hormonothérapie

Les dossiers sont examinés lors des réunions de concertation pluridisciplinaires, au cours desquelles l'équipe s'assure :

- que le diagnostic de transsexualisme est confirmé et s'accompagne d'une détresse psychologique justifiant une prise en charge spécialisée
- que la motivation de la personne prise en charge pour changer d'identité sexuée est stable, qu'elle accepte la phase d'évaluation et en comprend la nécessité.
- Que le consentement de la personne prise en charge à s'engager volontairement dans les différentes étapes thérapeutiques est confirmé et éclairé par son information.
- qu'il n'existe aucune contre indication au traitement hormonal
- que les éventuels facteurs de vulnérabilité ne nécessitent pas une durée plus importante d'observation et/ou de stabilisation.

Une décision collégiale est alors prise:

- Si la personne prise en charge est éligible : instauration du traitement hormonal induisant les caractères sexuels du sexe désiré.
- Si des facteurs de vulnérabilité pourraient compromettre le traitement : poursuite de la phase d'évaluation et de l'accompagnement.

- Si le diagnostic de transsexualisme n'est pas confirmé : le traitement hormono-chirurgical n'est pas préconisé. La personne prise en charge se verra proposer un accompagnement si elle le souhaite.

Cas particuliers :

- Les personnes mineures peuvent être acceptées dans la phase d'évaluation mais elles doivent être majeures lors de l'instauration du traitement hormonal.
- Dans le cas d'enfants jeunes refusant leur sexe biologique il faut être prudent, car on constate que, dans un grand nombre de cas, ce refus disparaît au cours d'un travail psychologique avec l'enfant et ses deux parents (Zucker).
- Lorsque la personne qui demande un THC est parent d'enfants encore mineurs, une évaluation doit être faite au cas par cas, en tenant compte en particulier de l'intérêt de ces enfants.

4. L'Hormonothérapie

L'administration des hormones du sexe désiré induit des modifications dont certaines peuvent être irréversibles. Débutée avant la chirurgie l'hormonothérapie doit être poursuivie à long terme pour maintenir les effets féminisants ou masculinisants et préserver la minéralisation osseuse.

La personne prise en charge doit être informée de toutes les significations du risque d'« irréversibilité » du traitement et de la nécessité d'un suivi médical régulier par l'endocrinologue, conjointement si elle le souhaite avec son médecin traitant.

Avant de débiter l'hormonothérapie l'endocrinologue doit s'assurer que la personne prise en charge a bien compris son rapport bénéfices/risques et ses limites ; il doit également la mettre en garde contre les risques d'automédication. Cette compréhension est formalisée par un consentement éclairé.

Le choix du traitement et son dosage doivent tenir compte de l'âge de la personne, de ses comorbidités et de sa sensibilité individuelle au traitement.

5. Confirmation d'éligibilité au traitement chirurgical : phase pré-opératoire

Si l'évolution est favorable, que toutes les conditions favorables à une transformation sont réunies (stabilité psychologique, affective et socio-professionnelle, absence de pathologie organique intercurrente, compréhension des risques et des limites du traitement chirurgical), et que la motivation de la personne persiste, le traitement chirurgical peut être envisagé, après réunion collégiale.

Un certificat conjoint est rédigé par le psychiatre, l'endocrinologue, et le chirurgien qui ont suivi la personne prise en charge. Il est envoyé à la Caisse d'Assurance Maladie pour demande d'entente préalable de prise en charge. Lorsque cette dernière est accordée l'intervention peut être programmée.

6. Réassignation sexuelle chirurgicale

Dans le cas des transsexuels Masculins-Féminins (MF), l'intervention de réassignation a pour buts :

- D'une part l'ablation de la verge et des deux testicules,
- d'autre part la création d'une vulve aussi proche que possible de la normale (aidoiopoïèse, dite « vaginoplastie »), associant en particulier :
 - une cavité vaginale tapissée en règle par la peau de la verge, complétée ou non par une greffe de peau totale,
 - un néo-clitoris vascularisé et sensible,
 - un méat urétral.

Dans le cas des transsexuels Féminins-Masculins (FM), les interventions de réassignation ont pour buts :

- d'une part l'ablation des seins, de l'utérus, et des ovaires
- d'autre part la réalisation éventuelle d'une phallopoïèse (dite « phalloplastie »).

7. Phase post opératoire

Le suivi après l'intervention concerne :

- La chirurgie :
 - à court terme, jusqu'à la cicatrisation
 - A moyen terme, jusqu'à l'obtention du résultat optimum sur les plans esthétique et fonctionnel, en connaissant la possibilité de retouches éventuelles.
 - A long terme, pour surveiller prostate et seins
- La psychiatrie, si la personne prise en charge le souhaite, dans le cadre d'un accompagnement psycho-social de sa nouvelle vie.
- L'endocrinologie : l'hormonothérapie de substitution doit impérativement être surveillée à vie, en liaison éventuelle avec le médecin traitant.

Les équipes du réseau de la SoFECT

La SoFECT fédère en un seul réseau national 6 réseaux régionaux.

Situés à Bordeaux, Lyon, Marseille, Montpellier, Nice, et Paris, chacun de ces 6 réseaux est doté d'un coordinateur. Visible sur Internet (www.sofect.org), l'ensemble de ces réseaux est coordonné par le secrétariat général de la SoFECT (secretariat@transsexualisme.info).

La composition et les lieux d'exercice du réseau de la SoFECT sont les suivants, par ordre alphabétique.

BORDEAUX

L'équipe de Bordeaux a été créée au début des années 80, par le Pr. Jacques Baudet (Chirurgien plasticien), le Pr. Marc Bourgeois (Neuropsychiatre), le Pr. Patrick Roger (Endocrinologue) et le Dr. Nadine Grafeille (Psychiatre et Sexologue).

Depuis son origine elle fonctionne en réseau, qui rassemble aujourd'hui **3 hôpitaux** :

- Hôpital Charles Perrens (CHS de Bordeaux) : pour le suivi psychiatrique.
- Hôpital du Haut Leveque à Pessac (CHU de Bordeaux) : pour l'endocrinologie.
- Centre François-Xavier Michelet (Groupe Hospitalier Pellegrin) CHU de Bordeaux : pour la prise en charge chirurgicale des réassignations Homme > Femme et Femme > Homme, ainsi que pour la chirurgie esthétique, la chirurgie maxillo-faciale et l'ORL, et pour le suivi psychiatrique.

Formalisation depuis 2006 d'une équipe pluridisciplinaire appelée : « Groupe Transgender » rattaché au pôle des spécialités chirurgicales`Centre François-Xavier Michelet (Groupe Hospitalier Pellegrin) et officiellement reconnu par le CHU de Bordeaux depuis 2009. Elle est constituée par **10 personnes** :

- Médecins psychiatres : Pr Marc Bourgeois, Drs Nadine Grafeille, Sophie Boulon
- Psychologue : Mlle. Anne-Sophie Boulas
- Médecin endocrinologue : Pr. Patrick Roger
- Chirurgien plasticien : Pr. Vincent Casoli
- Chirurgien urologue : Pr. Philippe Ballanger
- Avocat : Maitre Philippe Roger
- Médecins intervenants extérieurs : Drs. P. Martin et M. Donadille

L'équipe se réunit 4 à 6 fois par an, pour des réunions d'indications thérapeutiques.

Contact : vincent.casoli@chu-bordeaux.fr

LYON

L'équipe de Lyon a été créée en 1982 autour des Drs A. Leriche, B Mazenod et JP Vignat associés à des juristes à la suite des travaux de l'équipe de Baltimore. Elle forme une association sous le nom du "GRETTIS" (Groupe de Recherche, d'Etude et de Traitement des Troubles de l'Identité Sexuelle).

Il s'agit d'un réseau qui rassemble des médecins issus de **5 hôpitaux** :

- Hôpital Henry Gabrielle : pour la psychiatrie, la psychologie et la chirurgie de réassignation dans les 2 sens (MtF et FtM).
- Hôpital Lyon Sud : pour les consultations d'anesthésie préopératoire, l'endocrinologie et l'hospitalisation
- Hôpitaux Est (HFME et Louis Pradel): pour l'endocrinologie.
- Hôpital Saint Jean de Dieu : pour la psychologie
- Hôpital du Vinatier : pour la psychiatrie

L'équipe suit des patients en collaboration avec les équipes de Marseille, Montpellier et Nice.

Elle est constituée de 10 personnes :

- Psychiatres : Dr Patrick Blachère, Dr Pierre Lamothe, Dr Patrice Schoendorff,
- Psychologue : Mme Charlotte Leriche.
- Endocrinologues ; Pr Hervé Lejeune, Dr Bruno Mazenod, Dr François Robert.
- Chirurgiens : Dr André Bouillot (plasticien), Dr Nicolas Morel Journal (urologue)
- Secrétaire coordinatrice : Mireille Bonnet-Jacquemet
- Coordinateur : Dr Nicolas Morel Journal

L'équipe se réunit 6 à 8 fois par an pour examiner les nouveaux dossiers des patients faisant une demande de réassignation sexuelle et pour suivre les patients en cours de traitement ou après leurs traitements. Ces réunions se déroulent dans le cadre de Réunion de Concertation Pluridisciplinaire au sein des Hospices Civils de Lyon. Plusieurs questionnaires d'évaluation des traitements réalisés ainsi que des tests pour évaluer la sensibilité sont actuellement utilisés et permettent d'évaluer la pratique clinique. De même l'équipe s'est entourée de sociologues pour mieux comprendre son propre fonctionnement et pour progresser dans la connaissance du transsexualisme.

Contact : ls.grettis@chu-lyon.fr

MARSEILLE

L'équipe de Marseille a pris naissance dans les années 70 avec les travaux du Pr Jean Vague (endocrinologue) et son association avec le Pr Henri Bureau (chirurgien plasticien). En 2002, l'équipe

se structure solidement et officiellement avec la création, par le ministère de la santé, de postes hospitaliers dédiés au transsexualisme (psychiatre , psychologue et chirurgien).

L'équipe pluridisciplinaire jouit d'une **unité de lieu de consultations coordonnées** pendant la procédure d'évaluation et de suivi, ce qui permet une concertation diagnostique et thérapeutique permanente dans le Service de Psychiatrie de l'Hôpital Sainte-Marguerite (Service du Professeur Lançon). **Les interventions chirurgicales sont quant à elles réalisées à l'hôpital de la Conception** (Services de Gynécologie du Professeur Gamerre et de Chirurgie réparatrice du Professeur Magalon).

L'équipe principale est constituée de 16 personnes :

- Médecins psychiatres coordonnateurs : Dr Mireille Bonierbale, Dr Audrey Gorin –Lazard
- Psychologues : Aude Michel, Noelle Magaud-Vouland, Aurélie Maquigneau, Stéphanie Gebleux
- Médecin Endocrinologue : Dr Frédérique Albarel-Loy
- Médecin Anesthésiste : Dr Martine François Legrix
- Chirurgiens Gynécologues : Pr Ludovic Cravello, Dr Alexandre Lazard
- Chirurgien Urologue : Dr Evelyne Ragni
- Chirurgien Plasticien : Dr Anne Sophie Perchenet
- Chirurgien ORL : Pr Giovanni
- Infirmière de coordination: Marie-Hélène Henric
- Assistante sociale: Carine Finiels
- Avocate : Me Vanina Cianfarani

L'équipe se réunit en commission collégiale tous les 4 mois afin de discuter de l'éligibilité des patients à un traitement hormono-chirurgical et commencer la prise en charge coordonnée.

Pour les patients FtM suivis par l'équipe, réassignés, ayant obtenu le changement d'état civil et vivant en couple stable depuis deux ans, une coordination a été établie avec l'équipe du CECOS de l'hôpital de la Conception pour les procédures d'insémination des couples désirant un enfant.

L'équipe travaille en outre en collaboration avec les services d'ORL (Hôpital de la Timone) et de dermatologie (Hôpital de la Conception) pour la chirurgie laryngée et de féminisation du visage, la rééducation orthophonique et l'épilation laser faciale et pré-chirurgicale. Elle a soumis son travail à la commission d'EPP de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille.

contact : mireille.bonierbale@wanadoo.fr

MONTPELLIER

Une consultation spécialisée pour les personnes présentant un trouble de l'identité du genre fonctionne dans le service du Dr Pénocet à la Polyclinique de Psychiatrie, Hôpital La Colombière, CHU de Montpellier depuis 1997. Cette consultation travaille en réseau avec l'équipe du Professeur

Bringer (Drs Lefebvre et Lauton, endocrinologues) ainsi que des chirurgiens extérieurs (Dr Faix, urologue).

Notre équipe est par ailleurs en relation avec l'équipe du CHU de Marseille où s'est structuré autour du Dr Mireille Bonierbale, psychiatre, des interventions pluri professionnelles.

- Dr Jean-Claude PENOCHET, psychiatre
- Dr Dominique LAUTON, Dr Patrick LEFEBVRE, Pr Jacques BRINGER, Endocrinologue
- Dr Antoine FAIX, chirurgien urologue
- Mme Chantal WAGNER, psychologue.

Contact : jc-penochet@chu-montpellier.fr

NICE

L'équipe du CHU de Nice existe depuis 2000 et travaille en réseau de soins sur **2 sites spécialisés** :

- l'hôpital Pasteur, où sont localisés :
 - le service de psychiatrie du Professeur Dominique PRINGUEY, travaillant actuellement avec le Dr Frantz KOHL, le Dr Celine MOR, et M. Bernard LACASSE, psychologue,
 - et le service de chirurgie urologique du Professeur Daniel CHEVALLIER assisté de Mme FONTANA, infirmière.
- l'hôpital de l'Archet 1, où est localisé le service d'endocrinologie du Professeur Patrick FENICHEL, travaillant actuellement avec le Dr Mireille BODA-BUCCINO.

Le Dr Sandrine THAUBY, psychiatre libéral qui a travaillé dans notre réseau hospitalier jusqu'en 2010, reste une correspondante de ce réseau.

L'équipe travaille de façon collégiale et se réunit 6 à 8 fois par an pour des discussions de dossiers et d'indications thérapeutiques et de suivi. Le professeur CHEVALLIER a initié les interventions chirurgicales au CHU de Nice depuis novembre 2009.

Contact : drbodabuccino@orange.fr

PARIS

L'équipe de Paris a été créée en 1978 par le Pr Jacques BRETON (psychiatre à Fernand Widal), le Pr Jean-Pierre LUTON (endocrinologue à Cochin), et le Pr Pierre BANZET (chirurgien plasticien à Saint-Louis). Depuis son origine, elle fonctionne en un **réseau, qui rassemble aujourd'hui 5 hôpitaux** :

- Hôpital Foch (Suresnes) : pour la psychiatrie, la psychologie, et la chirurgie des réassignations Femme > Homme
- Hôpital Cochin (Paris) : pour l'endocrinologie
- Hôpital Sainte-Anne (Paris) : pour la psychiatrie et la psychologie
- Hôpital Saint-Louis (Paris) : pour la chirurgie des réassignations Homme > Femme, pour les phalloplasties par lambeau antibrachial radial, ainsi que pour la chirurgie esthétique, la chirurgie maxillo-faciale, la dermatologie, l'ORL et le service des maladies infectieuses.
- Hôpital Paul Guiraud (Villejuif) : pour la psychiatrie

Son noyau est constitué par 21 personnes :

- médecins psychiatres : Hervé ALLANIC, Magali BODON-BRUZEL, Colette CHILAND, Bernard CORDIER, Thierry GALLARDA, Bérénice GARDEL, Sébastien MACHEFAUX.
- psychologues : Sandrine COUSSINOUX, Léa KARPEL, Eirini RARI.
- médecins endocrinologues : Xavier BERTAGNA, Catherine BREMONT-WEILL, Cécile GHANDER,
- chirurgiens plasticiens : Jean-Philippe BINDER, Myriam DALLASERRA, Philippe MAY, Marc REVOL, Marc SERRA.
- chirurgiens urologues : François DESGRANDCHAMPS, Thierry LEBRET.
- chirurgien gynécologue : Jean-Marc AYOUBI.

L'équipe se réunit 4 à 8 fois par an, à la fois pour des réunions d'indications thérapeutiques et pour des réunions d'évaluation. Cette démarche d'évaluation permanente a été reconnue en 2009 par la HAS au titre de l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) en établissements de santé. Par ailleurs, l'équipe a entamé depuis 2007 une réflexion éthique autour de ses pratiques en collaboration avec le centre d'éthique clinique de l'hôpital Cochin.

Pour les patients FM suivis par l'équipe, réassignés, et ayant obtenu leur changement d'état civil et ayant une vie de couple stable, une coordination a été établie avec l'équipe du CECOS du centre hospitalier Cochin Port-Royal pour les procédures d'insémination des couples désirant un enfant.

Contact : severine.savary@sls.aphp.fr