

Rapport de la Commission Trans

**Revendications sur
les questions d'identité de genre
- Version 2008**

30 avril 2008

Rédactrices Laura Leprince, Natacha Taurisson



Plan

1. INTRODUCTION.....	3
2. EGALITE DES DROITS.....	3
3. DEPSYCHIATRISATION ET REFORTE DU SUIVI MEDICAL	4
3.1. DEPSYCHIATRISATION.....	5
3.2. REFORTE DU SUIVI MEDICAL	5
4. CONDITIONS DE CHANGEMENTS D'ETAT CIVIL	6
5. EFFORTS D'EDUCATION LAÏQUE SUR LES QUESTIONS D'IDENTITE DE GENRE	7
6. ANNEXE I : BIBLIOGRAPHIE.....	9
7. ANNEXE II : STANDARDS DE SOINS WPATH ALIAS HBIGDA (FEVRIER 2001 – VERSION 6).....	9

1. Introduction

Suite au travail mené depuis un an par HES à propos des familles transparentes, suite aussi à ce qui a bougé dans le Monde et en Europe sur la prise en compte de l'Identité de Genre dans les lois, les principes et les pratiques depuis 3 ans, nous souhaitons prendre l'occasion ici de présenter une mise à jour complète des revendications qu'HES avait élaboré en 2005.

Les revendications sur les questions d'identité de genre se rangent dans les catégories suivantes :

1. l'Egalité des droits des trans et les protections contre la discrimination
2. la dépsychiatisation et la refonte du suivi médical pour les parcours trans
3. les conditions de changements d'Etat Civil
4. les efforts d'éducation à l'Ecole au même titre que l'éducation à l'ouverture aux personnes gais et lesbiennes et bi.

2. Egalité des droits

La France, pays des Droits de l'Homme, ne peut plus se permettre de nos jours de rester très en retard sur des questions de respect du droit humain, acceptant de fait d'exclure une frange de sa population.

Notre Etat doit dès à présent se donner les moyens d'une politique volontariste en matière de dignité humaine y compris pour les personnes trans.

Pour réaliser cette ambition, notre nation doit créer un espace nécessaire à une réelle réflexion sur ces questions, et se doter de dispositifs qui permettent une véritable prise en charge humaine, écartés de toutes tentations ou velléités moralisantes ou normatives pour ces personnes.

Nous demandons donc en conséquence :

1. **d'inclure dans la constitution Française** au niveau de son 1^{er} article **le motif de l'identité de genre au coté de celui du sexe (contre le sexisme) et de l'orientation sexuelle** ; l'article deviendrait: *« La France est une République indivisible, laïque, démocratique et sociale. Elle assure l'égalité devant la loi de tous les citoyens sans distinction d'origine, de race, de religion, de sexe, d'orientation sexuelle et d'identité de genre. Elle respecte toutes les croyances. Son organisation est décentralisée. »*
2. de faire en sorte que le droit Français se conforme en tout point aux droits fondamentaux qui relève de la compétence de la CEDH¹, notamment celui de l'article 8

¹ Cour Européenne des Droits de l'Homme

(vie privée, vie familiale, domicile et correspondance) et de l'article 12 (droit de se marier et de fonder une famille) – la dernière condamnation de la France le 22 janvier 2008 pour avoir refusé le droit à l'adoption à une femme célibataire en raison de son orientation sexuelle (homosexuelle en l'occurrence) illustre le retard qui est à combler.

3. de montrer l'exemple en s'inspirant des **principes de Jogjakarta** qui détaillent l'application du droit international des droits humains en matière d'orientation sexuelle et d'identité de genre à l'endroit des tous les pays qui ont signé la charte des droits humains à l'ONU (la France en fait partie)

4. enfin d'inclure en profondeur les questions Trans dans le droit français en toilettant en profondeur les lois et décrets suivants :
 - Le Code pénal avec son article fondateur, le 225-1 (définition des discriminations),
 - Le Code du travail article 122-45 (discrimination à l'embauche), 122-35 (règlement intérieur),
 - Le code de la sécurité sociale article D 322-1 (psychiatisation de l'identité de genre),
 - La loi dite Le Pors du 13 juillet 1983 (droits et obligation des fonctionnaires).
 - La loi du 23 décembre 1986 sur le logement (rapports entre bailleurs et locataires),
 - L'article 513-3-1, portant sur les élections prud'homales,
 - Ainsi que, bien entendu, la dernière loi sur la presse du 7 décembre 2004

3. Dépsychiatisation et refonte du suivi médical

Absence prolongée de mouvement dans ce domaine en France, mise sous contrainte par les lois de bioéthique qui ignorent les questions d'identité de genre depuis 1994, tout cela est très dommageable pour l'adaptation nécessaire et urgente du corps médical sur les sujets de la dépsychiatisation et du suivi médical.

La Haute Autorité de Santé (HAS) devait rendre fin 2007 un rapport étayé sur une remise à niveau des pratiques ou protocoles concernant les parcours trans. A ce jour nous l'attendons toujours.

La remise à niveau des lois de bioéthiques pour 2009 est aussi un rendez vous qui devrait être mis à profit pour faire avancer les choses de manière à ce que :

1. les médecins ne portent pas toute la responsabilité des soins et des actes médicaux pour les personnes trans et pour leur projet de procréation
2. les parcours de transition soient mieux vécus et moins déstabilisants pour les intéressé-e-s eux-mêmes et pour leur entourage.

Au-delà de ces rendez-vous proches, qui ne fourniront sûrement pas toutes les avancées nécessaires, il devient urgent qu'au nom du principe républicain d'égalité et de respect des droits humains le monde politique vienne appuyer la réforme du monde médical. A ce titre, HES a légitimement travaillé à une vision responsable et réaliste qui doit aboutir à la dépsychiatisation et à une refonte effective du suivi médical.

3.1. Dépsychiatisation

A l'instar de l'homosexualité en 1992, les personnes qui revendiquent et assument pleinement leur changement d'identité de genre ne doivent plus être psychiatisés. Aujourd'hui encore, la communauté psychiatrique mondiale s'inspirant d'une classification nord américaine (le DSM 4 et nosographie CIM 10) range le transsexualisme parmi les troubles mentaux.

La dépsychiatisation auquel nous appelons de nos voeux doit conduire à une **reclassification du transsexualisme par la sécurité sociale** pour la ranger au même titre que d'autres états médicaux accompagnant la maternité par exemple mais sans le chapeau psychiatrique.

Il faut notamment que l'identité de genre soit retirée du décret N° 2004-1049 du 4 octobre 2004, portant modification du code de sécurité sociale article D 322-1, et confirmant d'une manière plus médicalement correcte l'état « *d'affection identitaire de longue durée* » en lieu et place de « *psychose, trouble grave de la personnalité, arriération mentale* ».

Ces avancées peuvent être obtenues en nous battant avec d'autres à l'international pour obtenir le retrait du transsexualisme des classifications internationales du CIM 10 et DSM IV, tout en gardant le cap d'avancer d'aller plus vite et plus tôt en France.

A ceux qui s'opposent à tout rattachement médical de la transsexualité, nous réaffirmons ici avec force qu'il faut maintenir ce lien de manière à ce que la prise en charge des soins exigés par la transition du corps d'un genre à l'autre soit maintenue.

Le détail de cette prise en charge doit être rediscuté. C'est l'objet de la refonte du suivi médical proposé ci après.

3.2. Refonte du suivi médical

Actuellement plusieurs protocoles psycho-médico-chirurgicaux de suivi des personnes trans sont en vigueur sur l'ensemble de notre territoire (en moyenne 1 par équipe pluridisciplinaire). Ils sont hyper normatifs, sélectifs et cassants pour la personne, réalisés par les équipes locales elles-mêmes, équipes autoproclamées « spécialiste de la question », et établis selon des critères totalement erronés et dénués de tout bon sens.

La proposition d'HES est d'une part de rapprocher la pratique de suivi médical des trans de celle préconisée par les standards de soins du « World Professional Association for Transgender Health » WPATH alias HBIQDA (voir annexe II) et d'autre part d'établir une égalité de traitement des personnes concernées par un dispositif plus cohérent et mis en place de façon paritaire :

Pour cela nous souhaitons :

- que soit instituée une structure nationale pour élaborer cette pratique de suivi médical, comprenant TOUS les intervenants en la matière (CNAM, associations légales, corps médical, ministère de la santé).
- que cette structure élabore l'ensemble de son écriture, ses éventuelles actualisations, ainsi que son application.
- que la révision de cette pratique soit assurée par une commission ad hoc réunie annuellement.
- que soit organisé un colloque annuel assurant une totale transparence.

La pratique médicale souhaitée doit être applicable aussi bien dans le service public, que dans le secteur privé. Elle doit s'appuyer sur les points et objectifs suivants :

- Le/la patient-e doit avoir le libre choix de ses médecins, à condition qu'une information complète lui soit dispensée au préalable,
- Le/la patient-e effectue son auto-diagnostic accompagné par un psy dans un temps limité de quelques mois avant de commencer la modification hormonale de son corps
- Il faut voir s'établir sur la base du volontariat la totalité d'une équipe chirurgicale, y compris jusqu'au niveau des infirmières.
- Il faut instituer :
 - une formation (initiale et continue) des acteurs médecins de la transition en lien avec les spécialistes étrangers,
 - un engagement des praticiens dans une forme de spécialisation,
 - l'homologation spécifique par la CNAM, portant y compris sur un ensemble d'équipes chirurgicales étrangères en activité.

Ce dernier point est particulièrement important, car il supprimera de fait les problèmes actuels de remboursement d'intervention hors de France. Dès lors qu'une personne passe par une équipe chirurgicale homologuée, son remboursement sur les bases de la réglementation en vigueur sera effectif.

Cette pratique doit engager les médecins accompagnant la personne trans dans sa transition, que ce soit le médecin traitant, l'endocrinologue et le praticien assurant le suivi psychologique. Pour ce qui est du chirurgien, il faudra que la structure mise en place permette à celui-ci de faire les gestes chirurgicaux de réassignation avec la meilleure formation possible, acquise à l'étranger, mais aussi un cadre de responsabilité adapté si cela s'avère nécessaire.

La proposition ainsi élaborée a l'avantage de ne pas supporter un coup de mise en place excessif, mais d'avoir en plus une portée politique importante.

4. Conditions de changements d'état civil

La volonté et l'intérêt de toute personne trans est de trouver le plus rapidement possible sa place au même titre que tout le monde et d'assurer une intégration sociale pleine et entière. Les dispositifs actuels relèvent encore du parcours du combattant et de la roue de la chance. De plus les changements d'état civil sont toujours suspendus à l'intervention chirurgicale de réassignation sexuelle pour les femmes trans (MTF), ou arbitrairement bloqués, ce qui entre en totale contradiction avec le jugement rendu par la Cours Européenne des droits de l'Homme à l'encontre de l'Angleterre en juillet 2002.

A ce titre, la loi sur l'Identité de Genre espagnole votée en 2006 a montré la voie en ouvrant la possibilité de faire son changement d'état civil le plus tôt possible dans le parcours de transition.

En France, les jurisprudences de changements d'état civil, ainsi que pour les changements de prénoms, ne permettent pas non plus d'éclairer les imbroglios judiciaires sur le sujet. On peut ainsi constater des pratiques contradictoires d'un Tribunal de Grande Instance à l'autre, voire dans le même TGI.

Les pratiques « d'expertises médicales », d'un coût élevé pour le/la requérant-e, basées sur des critères totalement subjectifs et souvent inhumains, voire humiliants, sont monnaie courante et aggravent l'inégalité de jugement. De plus ils peuvent remettre en cause le bien fondé du suivi médical et chirurgical de plusieurs années sur simple avis.

Les décisions sont donc laissées à l'arbitraire des tribunaux, sans équité nationale de traitement des situations.

Les propositions d'HES se résument à prendre exemple sur la loi espagnole et d'appliquer les principes suivants :

- Dès lors qu'une personne a commencé officiellement sa démarche de transition auprès des médecins qui l'accompagnent, le Tribunal de Grande Instance (TGI) autorisera, à la demande de l'intéressée, l'adjonction d'un prénom d'usage au(x) prénom(s) de naissance, preuve pour la personne concernée d'une volonté de reconnaissance et d'intégration.
- À partir du moment où la personne ayant commencé officiellement sa démarche de transition auprès des médecins qui l'accompagnent et ayant vécu 2 ans dans le genre correspondant au comportement social revendiqué le TGI rend un jugement actant le changement de genre et ordonne la rectification de l'état civil et du changement de prénom laissé à l'entière liberté de la personne. La preuve de vie sociale dans le genre revendiqué est établie par des témoignages de proches et des documents officiels tels que factures, comptes bancaires, cartes d'adhésion à diverses activités sociales, syndicales, sportives ou politiques, ...

Afin de faciliter l'intégration complète de la personne dans sa vie quotidienne d'autres mesures seront à prendre dans la rectification de fait dans les actes d'état civil et administratifs:

- CNI,
- Passeport,
- Permis de conduire,
- Carte d'électeur, d'électrice,
- La modification du N° d'INSEE,
- Les actes de propriétés existants,
- Les diplômes,
- ...,
- Pour les personnes d'origines étrangères, la modification du prénom et du sexe sur les cartes de séjour et de résidence.

Dans ce dessein, à la suite du changement d'état civil et de prénom, le TGI devra produire un « acte » constatant les changements entérinés par ces décisions et disant explicitement qu'il donne droit à toutes rectifications des actes administratifs, de propriétés, de diplômes, ..., et ce, sans que l'on puisse s'y opposer.

5. Efforts d'éducation laïque sur les questions d'identité de genre

A l'instar de ce qui a déjà été dit pour les actions d'éducation aux réalités des familles transparentes, il faut s'attacher des mêmes objectifs d'universalité et de laïcité et intégrer efficacement l'égalité des droits pour les personnes trans dans l'esprit des citoyens.

Pour cela, il faut mettre en place un ensemble de contenus et de moyens de formation auprès des acteurs sociaux, juristes, éducatifs et associatifs.

Nous rajoutons qu'il est urgent que l'ensemble des contributeurs à cet effort d'éducation associent le plus possible les messages et les contenus à ceux destinés à sensibiliser sur les homosexualités. Le combat à mener dans les esprits est le même. Les principes de Jogjakarta portés aujourd'hui au niveau de l'ONU et qui mènent de front le respect pour **l'égalité des droits en matière d'orientation sexuelle et d'identité de genre** nous en montrent l'exemple.

Les principes d'universalité qui sous tendent toute cette réflexion et la construction des revendications par HES partent du constat suivant : travailler sur la loi et les cadres que doivent respecter chaque citoyen est nécessaire mais non suffisant. Il est clair que pour ces sujets sociétaux sensibles, la clef de la réussite est dans le dialogue, la compréhension mutuelle et dans le vivre ensemble. Sinon le risque est que la modification par la loi de ce qui s'applique désormais pour les minorités dont on parle ici apparaisse comme du sur-mesure communautariste trop facilement stigmatisable par la cohorte des ignorants, des sectaires et des racistes de tout genre.

Le travail qu'il faut mener en matière de formation et de sensibilisation des acteurs sociaux, juristes, éducatifs et associatifs, tous susceptibles d'être en contact avec des personnes trans ou des familles transparentales, est considérable :

Il s'agit notamment de former :

- les personnels de la sphère juridique (juges aux affaires familiales, médiateurs)
- les personnels de l'Assistance Sociale et des associations d'aide aux familles
- les enseignants de l'Education Nationale
- les enfants et les étudiants eux-mêmes dans le cadre d'action de sensibilisation au droit à la différence et à la présentation sans passion ni préjugé de ces différences.

Un tissu associatif non négligeable est déjà là pour proposer services et disponibilités pour assurer ces actions de formation. Encore faut-il leur donner des moyens pour couvrir cette tâche dans le long terme et les habiliter.

On peut citer l'association le MAG² (<http://www.mag-paris.fr>) qui est habilitée à offrir des actions de sensibilisation sur l'homosexualité au sein de l'Education Nationale et qui s'ouvre depuis peu aux réalités trans.

On peut aussi citer l'association FAGG³ (www.fagg.org) qui fait de la formation en milieu professionnel.

Il serait d'une part bienvenu de voir des actions de formation encouragées et organisées au sein des administrations concernées et évoquées ci-dessus. L'élaboration de ces programmes de formation et de sensibilisation sur l'Identité de Genre pourrait être déléguée à un cortège d'experts dans lequel figureraient des associations trans, des psychologues et pédopsychiatres, des responsables des institutions de l'Assistance Sociale, de la Justice et de l'Education Nationale.

Au niveau plus local HES a déjà eu à l'occasion des élections municipales et cantonales, de faire passer auprès des futurs maires et conseillers généraux des messages sur les actions d'accueil des personnes LGBT en donnant l'exemple de lieux régis par les autorités locales tels que les crèches, les CCAS⁴, les lieux de médiation,...

² Mouvement d’Affirmation des jeunes Gais et Lesbiennes

³ Association de Formation pour une Approche de la question Gaie et de l’identité de Genre

⁴ Centre Communal d’Action Sociale

6. ANNEXE I : bibliographie

HILT Patrice 2005, Docteur en droit à l'Institut d'Etudes Judiciaires de Strasbourg. *Le transsexualisme : état des lieux.* (<http://www-iej.u-strasbg.fr/LE%20TRANSSEXUALISME.htm>)

GRANET F. 2002 « LE TRANSSEXUALISME EN EUROPE », Note de synthèse de Frédérique Granet, Secrétariat Général de la Commission Internationale de l'Etat Civil (<http://www.ciec1.org/CadrEtudeTranssexualisme.htm>)

2007 - Les Principes de Jogjakarta sur l'application du droit international des droits humains en matière d'orientation sexuelle et d'identité de genre : <http://www.yogyakartaprinciples.org/index.php?lang=FR>

F. Olyslager & Lynn Conway Sept. 2007 – “On the calculation of the prevalence of Transsexualism” presented at WPATH 20th International Symposium, Chiacago. <http://ai.eecs.umich.edu/people/conway/TS/Prevalence/Reports/Prevalence%20of%20Transsexualism.pdf>

2008 - ILGA-Europe/TGEU – *Transgender Euro Study - Legal Survey and Focus on the Transgender Experience of Health Care* http://www.ilga-europe.org/europe/publications/non_periodical/transgender_eurostudy_legal_survey_and_focus_on_the_transgender_experience_of_health_case_april_2008

7. ANNEXE II : Standards de Soins WPATH alias HBIGDA (février 2001 – version 6)

The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association's Standards of Care for Gender Identity Disorders, Sixth Version

Les Standards de soins des troubles de l'identité de genre, sixième version, de l'Association Internationale Harry Benjamin de la Dysphorie de Genre

Février, 2001

Membres du Comité: Walter Meyer III D.M. (Président), Walter O. Bockting D.Ph., Peggy Cohen-Kettenis D.Ph., Eli Coleman D.Ph., Domenico Di Ceglie D.M., Holly Devor D.Ph., Louis Gooren D.M., D.Ph., J. Joris Hage D.M., Sheila Kirk D.M., Bram Kuiper D.Ph., Donald Laub D.M., Anne Lawrence D.M., Yvon Menard D.M., Stan Monstrey D.M., Jude Patton C-AP, Leah Schaefer D.S.ed., Alice Webb D.S.H., Connie Christine Wheeler D.Ph.

C'est la sixième version des Standards De Soins (SDS) depuis le document original de 1979. Les précédentes révisions ont eu lieu en 1980, 1981, 1990, et 1998.

Table des matières:

- I. Concepts préliminaires**
- II. Considérations épidémiologiques**
- III. Nomenclature de diagnostic**
- IV. Le Professionnel de santé mentale**
- V. Evaluation et traitement des enfants et adolescents**
- VI. Psychothérapie des adultes**
- VII. Conditions requises pour l'hormonothérapie des adultes**
- VIII. Effets de l'hormonothérapie chez les adultes**
- IX. L'expérience de vie réelle**
- X. Chirurgie**
- XI. Chirurgie de la poitrine**
- XII. Chirurgie Génitale**
- XIII. Suivi post-transition**

I. Concepts préliminaires

L'objectif des standard de soins.

Le principal objectif des Standards De Soins (SDS) est d'assurer la cohérence du consensus professionnel de cette organisation internationale concernant la prise en charge psychiatrique, psychologique, médicale et chirurgicale des troubles de l'identité de genre. Les professionnels peuvent utiliser ce document pour comprendre les paramètres dans les limites desquels ils peuvent offrir assistance à

ceux/celles avec ces problèmes. Les personnes présentant des troubles de l'identité de genre, leur famille, et les institutions sociales peuvent utiliser les SDS pour comprendre la pensée actuelle des professionnels. Tous les lecteurs devraient être informés des limites du savoir ainsi que des espoirs quant à la levée dans le futur des incertitudes cliniques par la recherche scientifique.

L'objectif primordial du traitement.

L'objectif général psychothérapeutique, endocrinologique ou chirurgical pour personnes présentant des troubles de l'identité de genre est d'obtenir un confort durable entre le soi et le genre afin de maximiser le bien être psychologique général et l'épanouissement de personnel.

Les standards de soins sont des principes cliniques.

Les SDS sont destinés à donner des orientations souples pour le traitement des personnes atteintes de troubles de l'identité de genre. Quand des conditions d'admissibilité sont définies, elles sont comprises comme des conditions minima. Les professionnels à titre individuel et les programmes organisés peuvent les modifier. Des dérogations cliniques à ces principes peuvent apparaître à cause de la situation anatomique, sociale ou psychologique unique d'un patient, de la méthode évolutive du traitement d'une situation commune par un professionnel expérimenté ou d'un protocole de recherche. Ces dérogations devraient être reconnues comme telles, expliquées au patient, et faire l'objet d'une documentation suffisante, non seulement pour la protection juridique mais aussi pour que les résultats à court et long terme puissent être reconsidéré ultérieurement, ceci afin d'aider le domaine à évoluer.

Les limites cliniques.

Une limite clinique est dépassée quand les inquiétudes, les incertitudes et les questions relatives à l'identité de genre persistent durant le développement d'une personne deviennent intenses au point de sembler l'aspect le plus important de sa vie, ou empêchent l'établissement d'une identité de genre sans conflit notable. Les difficultés de la personne sont désignées de façon informelle comme problème d'identité de genre, dysphorie de genre, problème de genre, préoccupation de genre, détresse de genre, conflit de genre, ou transsexualisme. De telles difficultés sont connues pour surgir des années préscolaires au vieil âge et ont plusieurs formes alternées. Celles-ci traduisent des degrés variés d'insatisfaction personnelle de l'identité sexuelle, du sexe et du genre démarquant les caractéristiques du corps, rôle liés aux genres, identité de genre, et perception des autres. Quand les individus insatisfaits répondent à des critères spécifiés dans une des deux nomenclatures officielles — la Classification Internationale des Maladies-10 (CIM-10) ou le manuel Diagnostic et Statistique des troubles Mentaux — quatrième édition (DSM IV) — ils sont formellement désignés comme souffrant d'un trouble de l'identité de genre (TIG). Des personnes atteintes de TIG dépassent une autre limite — elles souhaitent de manière persistante la transformation chirurgicale de leur corps.

Deux populations principales avec le TIG existent — Les hommes biologiques et les femmes biologiques.

Le sexe d'un patient est un facteur important dans le traitement du TIG. Les cliniciens ont besoin de prendre en considération le dilemme biologique, social, psychologique, et économique de chaque sexe. Tout patient devrait cependant suivre les SDS.

II. Considérations épidémiologiques

Prévalence.

Autrefois, quand le Trouble de l'Identité de Genre retenaient en premier l'attention des professionnels, les perspectives cliniques étaient largement centrées sur la manière d'identifier les candidats à la chirurgie de réassignation sexuelle. Comme le domaine a progressé, les professionnels ont reconnu que des personnes avec d'authentiques Troubles de l'Identité de Genre n'ont jamais désiré ni été candidates à la chirurgie de réassignation sexuelle. Les plus anciennes estimations de la prévalence au transsexualisme chez les adultes étaient de 1 pour 37.000 hommes et 1 pour 107.000 femmes. Les données les plus récentes sur la prévalence en provenance des Pays Bas quant à la finalité transsexuelle des variances du Trouble de l'Identité de Genre sont de 1 pour 11.900 hommes et 1 pour 30.400 femmes. Quatre observations non encore étayées par une étude systématique accroissent la vraisemblance d'une prévalence encore plus haute:

- 1) des problèmes de genre non reconnus sont occasionnellement diagnostiqués quand des patients sont vus avec de l'anxiété, dépression, troubles bipolaires, troubles du comportement, abus de stupéfiants, troubles de l'identité dissociatifs, troubles de la personnalité état limite, autres troubles sexuels et état intersexué;
- 2) quelques non-patients hommes travestis, des imitateurs femme, personnes transgenres, et hommes et femmes homosexuels peuvent être atteint d'une forme de trouble de l'identité de genre;
- 3) l'intensité des troubles de l'identité de genre dont sont atteintes quelques personnes fluctuent en deçà et au delà d'une limite clinique;
- 4) La contradiction de genre chez les individus au corps de femme est souvent peu perceptible en fonction de la culture et des comportements acquis pour les professionnels de santé mentale et pour les scientifiques.

Histoire naturelle des troubles de l'identité de genre.

Idéalement, les données prospectives sur l'histoire naturelle des difficultés de l'identité de genres devraient éclairer toutes les décisions de traitement. Elles manquent, excepté pour la démonstration que, sans thérapie, la plupart des garçons et des filles surmontent leur souhait de changer de sexe et de genre. Dès que le diagnostic de TIG est posé, l'approche thérapeutique comprend trois éléments ou phases (parfois appelées thérapie triadique): une expérience de vie réelle dans le rôle désiré, hormones du genre désiré et chirurgie pour modifier l'appareil génital et les autres caractéristiques sexuelles. Cinq observations moins étayées

scientifiquement empêchent les cliniciens de prescrire la thérapie triadique basée sur le seul diagnostic:

- 1) des personnes soigneusement diagnostiquées changent spontanément leurs aspirations;
- 2) d'autres font des compromis les mettant plus à l'aise avec leur identité de genre sans traitement médical;
- 3) d'autres abandonnent leur souhait de thérapie triadique durant la psychothérapie;
- 4) certaines cliniques du genre ont des taux d'abandon élevés non expliqués; et
- 5) le pourcentage de personnes qui ne bénéficient pas de la thérapie triadique varie de manière significative d'une étude à l'autre. Nombre de personnes atteintes de TIG désireront les trois éléments de la thérapie triadique. De manière typique, la thérapie triadique a lieu dans l'ordre hormones ==> expérience de vie réelle ==> chirurgie ou parfois: expérience de vie réelle ==> hormones ==> chirurgie. Pour certaines femmes biologiques la séquence préférée pourrait être hormones ==> chirurgie de la poitrine ==> expérience de vie réelle. Cependant le diagnostic du TIG incite à la prise en considération d'une variété d'options, une seule d'entre elles est la thérapie triadique. Les cliniciens ont de plus en plus pris conscience que toutes les personnes atteintes de TIG n'ont pas besoin ou ne veulent pas de l'ensemble des trois éléments de la thérapie triadique.

Différences culturelles dans les discordances d'identité de genre à travers le monde.

Même si les études épidémiologiques ont établi qu'un taux de base quant aux troubles de l'identité de genre existait partout à travers le monde, il est vraisemblable que les différences culturelles d'un pays à l'autre modifient les expressions de ces situations. En outre, l'accès au traitement, le coût du traitement, les thérapies offertes et les attitudes sociales envers les personnes discordantes de genre et les professionnels qui prodiguent les soins diffèrent largement d'un endroit à l'autre. Alors que dans la plupart des pays, le franchissement des limites de genre génère la censure morale plutôt que la compassion, il y a des exemples frappants de comportement d'alternance de genre (par exemple chez les dirigeants spirituels) qui ne sont pas stigmatisés.

III. Nomenclature des diagnostics

Les cinq éléments de travail clinique.

L'implication professionnelle auprès des patients ayant des troubles de l'identité de genre entraîne chacun des éléments suivants: établissement du diagnostic, psychothérapie, expérience de vie réelle, thérapie hormonale et thérapie chirurgicale. Cette répartition par séquences donne un cadre à l'établissement du diagnostic.

Le développement d'une nomenclature.

Le terme *transsexuel* commença à être employé par le public et les professionnels dans les années 50 pour désigner une personne qui aspirait à vivre ou vivait réellement dans le rôle de genre anatomiquement contraire, que des hormones aient été ou non administrées, que l'opération chirurgicale ait été ou non exécutée. Durant les années 60 et 70, les cliniciens ont utilisé le terme *vrai transsexuel*. Les vrais transsexuels étaient supposés être des personnes au parcours caractéristique avec un développement de l'identité de genre atypique qui prédisait une vie améliorée à partir d'un traitement par étapes qui culminait à la chirurgie génitale. Les vrais transsexuels étaient supposés avoir:

- 1) des identifications trans-genre qui avaient été exprimées constamment dans le comportement durant l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte;
- 2) excitation sexuelle minimale ou pas d'excitation sexuelle par le travestissement; et
- 3) pas d'intérêt hétérosexuel relatif à leur sexe anatomique. Les vrais transsexuels pouvaient être de chaque sexe. Les vrais transsexuels hommes vers femme étaient distingués des hommes vers femme arrivés au désir de changer de sexe et de genre ayant gardé jusqu'alors un cheminement de développement comportemental raisonnablement masculin. La croyance en un concept de vrai transsexuel homme vers femme s'est dissipé quand il a été réalisé que de tels patients étaient rarement rencontrés et que certains vrais transsexuels avaient falsifié leurs histoires pour les faire accorder avec les théories initiales quant à la discordance de genre. Le concept de vrai transsexuel femme vers homme n'a jamais créé d'incertitudes de diagnostic parce que les histoires des patients étaient relativement cohérentes et des comportements de genre différents comme le travestissement femme vers homme restaient ignorés des cliniciens. Le terme de "syndrome de dysphorie de genre" fut adopté plus tard pour désigner un problème de genre dans chaque sexe jusqu'à ce que la psychiatrie développât une nomenclature officielle.

Le diagnostic de transsexualisme a été introduit dans le DSM-III en 1980 pour les individus dysphoriques de genre qui prouvaient durant au moins deux ans un intérêt continu à transformer leur sexe corporel et leur statut social lié au genre. Les autres atteints d'une dysphorie de genre pouvaient être diagnostiqués comme atteints de *Troubles de l'Identité de Genre de l'Adolescence et de l'âge Adulte, de Type Non-transsexuel*; ou *Trouble de l'Identité de Genre Non Autrement Spécifié (TIGNAS)*. Ces termes de diagnostic étaient habituellement ignorés des médias qui utilisaient le terme transsexuel pour toute personne qui voulait changer son sexe et son genre.

Le DSM-IV.

En 1994, le Comité du DSM-IV a remplacé le diagnostic de *Transsexualisme* par *Trouble de l'identité de genre*. Selon leur âge, ceux qui avaient une forte et persistante identification trans-genre et un inconfort persistant dans leur sexe ou un sentiment d'inadéquation dans le rôle lié au genre de ce sexe devaient être diagnostiquées comme atteintes d'un *Trouble de l'identité de genre de l'enfance*

(302.6), *Adolescence ou âge Adulte (302.85)*. Pour les personnes qui ne répondaient pas à ces critères, *Trouble de l'Identité de Genre Non Autrement Spécifié (TIGNAS)* devait être utilisé. Cette catégorie comprenait une variété d'individus, ceux qui désiraient seulement une castration ou une pénectomie sans développement de la poitrine, ceux qui voulaient la thérapie hormonale et la mastectomie sans reconstruction génitale, ceux de condition congénitale intersexe, ceux s'étant travestis de manière éphémère et en relation avec le stress et ceux avec une ambivalence considérable à abandonner leur statut lié au genre. Les patients diagnostiqués atteints d'un TIG et TIGNAS devait être sous-classifiés en fonction de leur orientation sexuelle; attirés par les hommes, attirés par les femmes, les deux ou aucun. Cette sous-classification avait pour objet d'aider à déterminer si, avec le temps, des individus d'une orientation sexuelle ou d'une autre enregistraient de meilleurs résultats en utilisant une approche thérapeutique particulière; elle n'était **pas** destinée à influencer sur les décisions de traitement.

Entre la publication du DSM-III et celle du DSM-IV, le terme "transgenre" a commencé à être utilisé de diverses façons. Certains l'employaient pour désigner ceux qui avaient des identités de genre inusitées de manière libre de valeur — cela est sans connotation de psychopathologie. Des gens utilisaient le terme de manière informelle pour désigner toute personne avec tout type de problème d'identité de genre. Transgenre n'est pas un diagnostic formel, mais des professionnels et des membres du public l'ont trouvé plus facile à utiliser que TIGNAS qui est un diagnostic formel.

La CIM-10.

La CIM-10 fournit maintenant cinq diagnostics pour les troubles de l'identité de genre (F64):

Le transsexualisme(F64.0) a trois critères:

1. Le désir de vivre et d'être accepté comme appartenant au sexe opposé, habituellement accompagné du souhait de rendre son corps le plus possible en harmonie avec le sexe préféré par la chirurgie et le traitement hormonal;
2. L'identité transsexuelle a été présente de manière persistante pendant au moins deux ans;
3. Le trouble n'est pas un symptôme d'un autre trouble mental ou d'une anomalie chromosomique.

Le transvestisme à deux rôles (F64.1) a trois critères:

1. L'intéressé porte des vêtements du sexe opposé aux fins de découvrir l'appartenance temporaire au sexe opposé;
2. Il n'y a aucune motivation sexuelle au transvestisme;
3. L'intéressé n'a pas de désir de changement définitif pour le sexe opposé.

Le trouble de l'identité de genre de l'enfance (64.2) a des critères distincts pour les filles et les garçons.

Pour les filles:

1. L'intéressée présente une persistante et intense détresse d'être une fille, et a déclaré désirer être un garçon (pas simplement un désir pour tout avantage d'être un garçon perçu culturellement) ou soutient qu'elle est un garçon;
2. Tout ce qui suit doit être présent:
 - a. Aversion marquée et persistante pour l'habillement normatif féminin et exigence de porter des vêtements masculins stéréotypés;
 - b. Répudiation persistante des structures anatomiques féminines, prouvée par au moins l'une des assertions suivantes:
 1. L'assertion qu'elle a un pénis ou qu'il va croître;
 2. Refus d'uriner en position assise;
 3. L'assertion qu'elle ne veut pas que sa poitrine se développe ou avoir ses règles;
 4. La fille n'a pas encore atteint sa puberté;
 5. Le trouble doit avoir été présent pendant au moins six mois.

Pour les garçons:

1. L'intéressé présente une persistance et intense détresse d'être un garçon et a un désir d'être une fille, ou, plus rarement, soutient qu'il est une fille.
2. Tout ce qui suit doit être présent:
 - a. Intérêt pour les activités féminines stéréotypées, présentées comme une préférence soit pour le travestissement soit pour simuler la parure féminine ou par un désir intense de participer aux jeux et passe-temps des filles et rejet des jouets, jeux et activités masculines stéréotypées;
 - b. Répudiation persistante des structures anatomiques masculines, prouvée par au moins une des assertions répétées suivantes:
 1. Qu'il va grandir pour devenir une femme (pas seulement dans le rôle);
 2. Que son pénis ou ses testicules sont répugnants ou vont disparaître;
 3. Qu'il serait mieux de ne pas avoir de pénis ou des testicules;
 4. Le garçon n'a pas atteint la puberté;
 5. Le trouble doit avoir été présent pendant au moins six mois.

Autre trouble de l'identité de genre(F64.8) sans critère spécifique.

Trouble de l'identité de genre non spécifié sans critère spécifique.

Chacun des deux diagnostics qui précèdent pourrait être utilisés pour ceux qui sont intersexués.

L'objet des DSM-IV et CIM-10 est d'orienter le traitement et la recherche. Différents groupes de professionnels ont créé à différents moments ces nomenclatures par des

processus faisant l'unanimité. Il y a un espoir que les différences entre les systèmes soient éliminées dans le futur. A ce stade, les diagnostics spécifiques sont plus basés sur le raisonnement clinique que sur la recherche scientifique.

Les troubles de l'identité de genre sont-ils des troubles mentaux?

Pour être qualifié de trouble mental, un modèle comportemental doit avoir pour résultat un handicap d'adaptation important pour la personne ou causer des souffrances mentales personnelles. Le DSM-IV et la CIM-10 ont défini des centaines de troubles mentaux qui varient en apparition, pathogénèse, incapacité fonctionnelle et curabilité. La désignation des troubles de l'identité de genre comme un trouble mental ne donne pas permission pour autant de stigmatiser ou de priver de leurs droits civils les patients concernés par les TIG. L'utilisation d'un diagnostic formel est souvent important pour offrir une assistance, garantir une couverture par l'assurance santé, et orienter la recherche pour assurer des futurs traitements plus performants.

IV. Le professionnel de santé mentale

Les 10 travaux des professionnels de santé mentale.

Les professionnels de santé mentale (PSMs) qui travaillent avec des personnes ayant un trouble de l'identité de genre peuvent être régulièrement invités à effectuer plusieurs de ces tâches:

1. Diagnostiquer avec exactitude le trouble de genre dont souffre l'intéressé;
2. Diagnostiquer avec exactitude toute co-pathologie psychiatrique et s'occuper de leur traitement approprié;
3. Conseiller l'intéressé sur la panoplie des options de traitement et leurs implications;
4. S'engager dans une psychothérapie;
5. S'assurer de l'admissibilité et de la préparation aux thérapies hormonales et chirurgicales;
6. Faire des recommandations formelles à ses confrères médecins et chirurgiens;
7. Consigner l'histoire de leur patient dans une lettre de recommandation;
8. Être un le confrère d'une équipe de professionnels ayant un intérêt pour les troubles de l'identité de genre;
9. Sensibiliser les membres de la famille, les employeurs, et les institutions aux troubles de l'identité de genre;
10. Être disponible pour suivre les patients du genre précédemment vus.

Le spécialiste des adultes.

La formation d'un professionnel de santé mentale qui se spécialise dans les troubles de l'identité de genre s'appuie sur sa compétence clinique d'ensemble en matière de diagnostic et traitement des troubles mentaux ou émotionnels. La formation clinique

peut se passer dans le cadre de toute discipline qualifiante — par exemple psychologie, psychiatrie, travail social, conseil (counselling) ou soins infirmiers. Les qualifications minimales pour une compétence spéciale en troubles de l'identité de genre sont les suivantes:

1. Un DESS, DEA, Master européen ou son équivalent dans le domaine de la science du comportement clinique. Ceux-ci ou un diplôme de plus haut niveau peuvent être délivrés par une institution reconnue par une commission nationale ou régionale de qualification. Le professionnel de santé mentale devrait avoir des qualifications attestées par un établissement de formation compétent et une commission d'agrément.
2. Une formation spécialisée et une compétence dans l'évaluation des troubles sexuels du DSM-IV/CIM-10 (non pas simplement les troubles de l'identité de genre).
3. Une formation contrôlée et une compétence en psychothérapie attestée.
4. Une formation continue en traitement des troubles de l'identité de genre qui peut inclure la participation à des congrès professionnels, à des ateliers, ou à des séminaires ou des recherches se rapportant aux problèmes d'identité de genre.

Le spécialiste de l'enfant.

Le professionnel qui évalue et propose une thérapie pour un enfant ou un jeune adolescent atteint de TIG devrait avoir été formé en psychopathologie du développement des enfants et adolescents. Le professionnel devrait être compétent en diagnostic et traitement des problèmes ordinaires des enfants et adolescents. Ces exigences viennent en supplément des exigences envers les spécialistes des adultes.

Les différences entre admissibilité et préparation.

Les SDS dispensent des recommandations pour les conditions d'admissibilité aux hormones et à la chirurgie. A défaut de satisfaire de prime abord à ces conditions d'admission recommandées, le patient et le thérapeute ne devraient pas demander les hormones ou la chirurgie. Un exemple de condition d'admission est: une personne doit vivre douze mois dans le genre préféré avant la chirurgie génitale. Pour satisfaire à ce critère, le professionnel a besoin d'attester que l'expérience de vie réelle a eu lieu pendant cette durée. Satisfaire au critère de préparation — consolidation ultérieure de l'identité de genre évoluant ou amélioration de la santé mentale dans l'identité de genre nouvelle ou validée — est plus compliqué car cela repose sur le jugement du clinicien et du patient.

La relation entre le professionnel de santé mentale, le médecin prescrivait et le chirurgien.

Les professionnels de santé mentale qui recommandent la thérapie hormonale et chirurgicale partagent la responsabilité juridique et éthique avec le médecin qui entreprend le traitement. Le traitement hormonal peut souvent atténuer l'anxiété et la dépression chez les personnes sans l'usage de médicaments psychotropes

supplémentaires. Certains individus ont cependant besoin de médicaments psychotropes avant ou en même temps que la prise d'hormone ou la chirurgie. Le Professionnel de santé mentale est supposé faire cette évaluation, et vérifier que les médicaments psychotropes appropriés soient proposés au patient. La présence de co-pathologies psychiatriques n'exclut pas nécessairement le traitement hormonal ou chirurgical, mais certains diagnostics posent de difficiles dilemmes de traitement et peuvent retarder ou exclure l'usage de l'un ou l'autre d'entre eux.

La lettre du professionnel de santé mentale justifiant le traitement hormonal ou la chirurgie devrait spécifier succinctement:

1. Les caractéristiques d'identification générales du patient;
2. Les diagnostics de genre, sexuel, et autres diagnostics psychiatriques initiaux et évoluant;
3. La durée de leur relation professionnelle comprenant le type de psychothérapie ou d'évaluation que le patient a suivi;
4. Les critères d'éligibilité pour la thérapie hormonale ou la chirurgie auxquels a satisfait la logique décisionnelle du professionnel de santé mentale;
5. Le degré auquel le patient a suivi les Standard De Soins jusqu'à présent et la vraisemblance de leur futur respect;
6. Si l'auteur du rapport fait partie d'une équipe spécialisée en TIG;
7. Que l'expéditeur accueille favorablement une communication téléphonique pour vérifier le fait que le professionnel de santé mentale a réellement écrit la lettre telle que décrite dans ce document.

La structure et l'exhaustivité de ces lettres donnent au médecin prescripteur d'hormones et au chirurgien suffisamment d'éléments de certitude quant au savoir et à la compétence du professionnel de santé mentale en matière de troubles de l'identité de genre.

Une lettre est requise pour mettre en place la thérapie hormonale ou pour la chirurgie de la poitrine.

Une lettre d'un professionnel de santé mentale, comprenant les sept points ci-dessus, écrite au médecin qui sera responsable du traitement médical du patient est suffisante pour mettre en place une thérapie hormonale ou pour une recommandation pour la chirurgie mammaire (par exemple, mastectomie, reconstruction de la poitrine ou augmentation mammaire).

Deux lettres sont généralement requises pour la chirurgie génitale.

La chirurgie génitale pour les hommes biologiques peut inclure l'orchidectomie, la pénectomie, la clitoroplastie, la labiaplastie ou la création d'un néovagin; pour les femmes biologiques, elle peut inclure l'hystérectomie, la salpingo-oophorectomie,

vaginectomie, la métaoïdioplastie⁵, la scrotoplastie, l'urètroplastie, la mise en place de prothèses testiculaires ou la création d'un néophallus.

Cela est idéal si les professionnels de santé mentale conduisent leur travail et font périodiquement un rapport sur ces processus comme faisant partie d'une équipe d'autres professionnels de santé mentale et de praticiens non-psychiatres. Une lettre au médecin pratiquant la chirurgie génitale suffira pour autant que deux professionnels de santé mentale la signent.

Plus communément, cependant, les lettres de recommandation émanent de professionnels de santé mentale qui travaillent seuls sans collègues expérimentés en troubles de l'identité de genre. Parce que les professionnels travaillant indépendamment pourraient ne pas bénéficier de consultations professionnelles habituelles sur les cas portant sur le genre, deux lettres de recommandations sont requises avant de commencer la chirurgie génitale. Si la première lettre émane d'une personne titulaire d'un DESS, DEA, Master européen, la seconde lettre devrait émaner d'un psychiatre ou d'un docteur en psychologie clinique, duquel l'on peut espérer qu'il évalue de manière adéquate toute pathologie psychiatrique associée. Si la première lettre émane du psychothérapeute du patient, la seconde lettre devrait émaner d'une personne qui a seulement joué un rôle évaluatif pour le patient. Chaque lettre est censée traiter le même sujet. Au moins une des lettres devrait être un rapport approfondi. L'auteur de la seconde lettre, ayant lu la première lettre, peut choisir de proposer un résumé plus bref et un agrément avec la recommandation.

V. Evaluation et traitement des enfants et adolescents

Phénoménologie.

Les troubles de l'identité de genre chez les enfants et les adolescents sont différents de ceux rencontrés chez les adultes, en ce qu'un rapide et dramatique processus de développement (physique, psychologique et sexuel) est impliqué. Les troubles de l'identité de genre chez les enfants et les adolescents sont des affections complexes. La jeune personne peut ressentir son sexe phénotypique comme incompatible avec son sentiment d'identité de genre. Une intense détresse est souvent ressentie, particulièrement dans l'adolescence, et il y a fréquemment des difficultés émotionnelles et comportementales associées. Il y a une plus grande indétermination et variabilité dans les conséquences, spécialement chez les enfants pré-pubertaires. Seuls quelques jeunes présentant des variations de genre deviennent transsexuels, alors que beaucoup développent éventuellement une orientation homosexuelle.

5. Métaoïdioplastie: "meta" qui veut littéralement dire "change"; "oïdio" qui est un mot latin concernant les parties génitales; "plastie" qui est un terme utilisé pour les procédures de chirurgies plastiques. Donc, le terme Métaoïdioplastie signifie littéralement changer les parties génitales avec un procédé de chirurgie plastique.

Les éléments des conflits d'identité de genre les plus communément rencontrés chez les enfants et les adolescents comprennent un désir exprimé d'être de l'autre sexe, le transvestissement, le jeu avec des jeux et des jouets associés au genre auquel l'enfant s'identifie, le soin mis à éviter l'habillement, le comportement et les jeux normalement associés avec le sexe et le genre assignés à l'enfant; la préférence pour les camarades de jeu et les amis du sexe et du genre auquel l'enfant s'identifie; et le rejet des caractéristiques fonctionnelles et corporelles du sexe. Les troubles de l'identité de genre sont plus souvent diagnostiqués chez les garçons.

Phénoménologiquement, il y a une différence qualitative dans la manière dont les enfants et les adolescents présentent leurs difficultés de genre et de sexe, de et par la présentation des délires ou autres symptômes psychotiques. Des croyances délirantes sur leur corps ou le genre peuvent se présenter dans les affections psychotiques mais peuvent être distinguées du phénomène de trouble de l'identité de genre. Les troubles de l'identité de genre de l'enfance ne sont pas équivalents à ceux de l'âge adulte et les premiers ne conduisent pas inévitablement aux seconds. Plus jeune est l'enfant, moins certaine et plus influençable est l'issue.

Interventions psychologiques et sociales.

La tâche du professionnel de santé mentale spécialiste des enfants est de fournir une évaluation et un traitement qui se conforment largement aux directives suivantes:

1. Le professionnel devrait reconnaître et accepter le problème d'identité de genre. L'acceptation et la levée du secret peuvent apporter une amélioration considérable.
2. L'évaluation devrait explorer la nature et les caractéristiques de l'identité de genre de l'enfant ou de l'adolescent. Un diagnostic psychologique complet et une évaluation psychiatrique devraient être exécutés. Une évaluation complète devrait inclure une évaluation familiale, parce que les autres problèmes émotionnels et comportementaux sont très communs, et des problèmes non résolus dans l'environnement de l'enfant sont souvent présents.
3. La thérapie devrait viser à améliorer tout problème de co-morbidité dans la vie de l'enfant, et à réduire la détresse que l'enfant ressent du fait de son problème d'identité de genre ou de toute autre difficulté. L'enfant et la famille devraient être soutenus lors de la prise de décisions difficiles concernant le degré auquel autoriser l'enfant à assumer un rôle approprié correspondant à son identité de genre. Cela inclut l'opportunité d'informer l'entourage de la situation de l'enfant et comment l'entourage de l'enfant répondra; par exemple si l'enfant devrait fréquenter l'école en utilisant un prénom et des vêtements opposés à son sexe d'assignation. Ils devraient aussi être soutenus dans la tolérance des incertitudes et anxiétés relatives à l'expression de genre de l'enfant et dans sa prise en charge optimale. Les rencontres entre réseaux de professionnels peuvent être très utiles pour trouver des solutions appropriées à ces problèmes.

Interventions physiques.

Avant que toute intervention soit envisagée, une étude approfondie des problèmes psychologiques, familiaux et sociaux devrait être entreprise. Les interventions physiques devraient être abordées dans le contexte du développement de l'adolescent. Le développement de l'identité de genre des adolescents peut évoluer rapidement et de manière inattendue. Un revirement de l'adolescent vers un genre conforme peut se produire principalement pour plaire à la famille, et peut ne pas persister ou refléter un changement permanent dans l'identité de genre. Les croyances identitaires chez les adolescents peuvent devenir fermement établies et exprimées avec force, donnant une fausse impression d'irréversibilité; une plus grande propension à changer peut réapparaître à un stade ultérieur. Pour ces raisons, les interventions physiques devraient être retardées tant que cela est cliniquement pertinent. La pression pour des interventions physiques à cause du niveau de détresse de l'adolescent peut être forte et dans de telles circonstances, une consultation d'un service pluridisciplinaire spécialisé dans les enfants et adolescents devrait être envisagée, dans les endroits où cela existe.

Les interventions physiques se classent en trois catégories ou stades:

1. Interventions pleinement réversibles. Cela implique l'usage d'agonistes LHRH ou de médroxyprogestérone pour supprimer la production d'œstrogène ou de testostérone, et par conséquent, retarder les changements physiques de la puberté.
2. Interventions partiellement réversibles. Celles-ci comprennent les interventions hormonales qui masculinisent ou féminisent le corps, telles que l'administration de testostérone chez les femmes biologiques et d'œstrogène chez les hommes biologiques. Le retour en arrière peut impliquer une intervention chirurgicale.
3. Interventions irréversibles. Ce sont les interventions chirurgicales.

Un processus par étapes est recommandé pour garder les options ouvertes des deux premières étapes. Passer d'une étape à l'autre ne devrait pas se produire tant que le jeune et sa famille n'ont pas intégré pleinement les effets des premières interventions.

Les interventions pleinement réversibles.

Les adolescents peuvent bénéficier des hormones retardant la puberté dès que les changements pubertaires ont commencé. Afin que l'adolescent et ses parents prennent une décision éclairée sur le retard de puberté, il est recommandé que le jeune ressente le début de la puberté, au moins jusqu'au degré 2 de l'échelle de Tanner. Si pour des raisons cliniques, il est envisagé, dans l'intérêt du patient, d'intervenir plus tôt, cela doit être coordonné avec une consultation pédiatrique et endocrinologique conforté par plus d'un avis psychiatrique.

Deux objectifs justifient cette intervention: a) gagner du temps pour étudier de manière plus approfondie l'identité de genre et les problèmes de développement

durant la psychothérapie; et b) rendre la crédibilité plus facile si l'adolescent continue à s'efforcer d'obtenir le changement de sexe et de genre. Pour administrer à un adolescent des hormones retardant la puberté, les critères suivants doivent être satisfaits:

1. durant l'enfance, l'adolescent doit avoir présenté une forte tendance à l'identité trans-sexe ou trans-genre et une profonde aversion pour les comportements de genre attendus quant à son sexe initial;
2. l'inconfort lié au sexe et au genre s'est accru de manière significative avec le début de la puberté;
3. la famille consent et participe à la thérapie.

Les mâles biologiques devraient être traités avec les agonistes de LHRH (lesquels arrêtent la sécrétion de LH et donc la sécrétion de testostérone), ou avec des progestatifs ou des antiandrogènes (lesquels bloquent la sécrétion de testostérone ou neutralisent l'action de la testostérone). Les femelles biologiques devraient être traitées avec des agonistes de LHRH ou avec suffisamment de progestatifs (lesquels arrêtent la production des oestrogènes et de la progestérone) pour arrêter la menstruation.

Interventions partiellement réversibles.

Les adolescents peuvent bénéficier d'une thérapie hormonale masculinisante ou féminisante dès l'âge de 16 ans, de préférence avec le consentement des parents. Dans nombre de pays, les personnes qui ont 16 ans sont majeurs pour la prise de décision médicale, et n'ont pas besoin du consentement parental.

La participation d'un professionnel de santé mentale est une condition pour bénéficier d'une thérapie triadique durant l'adolescence. Pour la mise en œuvre du test de vie réelle ou du traitement hormonal, le Professionnel de santé mentale devrait être en relation avec le patient et la famille pendant un minimum de six mois. Alors que le nombre de séances durant cette période de six mois repose sur le jugement du clinicien, le but est que le traitement hormonal et l'expérience de vie réelle soient envisagés d'une manière réfléchie et constante au fil du temps. Pour ces patients qui ont commencé l'expérience de vie réelle avant d'être examinés, le professionnel devrait travailler en étroite relation avec eux et leur famille en envisageant de manière réfléchie et constante ce qui se produit au fil du temps.

Interventions irréversibles.

Aucune intervention chirurgicale ne devrait être pratiquée avant l'âge adulte, ou avant un test de vie réelle d'au moins deux ans dans le rôle de genre social lié au sexe auquel l'adolescent s'identifie. Le seuil des 18 ans devrait être compris comme un critère d'admission et non une indication en lui-même pour une intervention importante.

VI. Psychothérapie des adultes

Une observation de base.

Un grand nombre d'adultes avec des troubles de l'identité de genre trouvent des moyens confortables, efficaces de vivre qui n'impliquent pas tous les composants de la séquence de traitement triadique. Alors que certaines personnes se débrouillent elles-mêmes pour faire cela, la psychothérapie peut être très utile pour provoquer la découverte et les processus de maturation qui permettent un bien-être avec soi.

La psychothérapie n'est pas une condition absolue pour la thérapie triadique.

Tous les patients adultes ayant un TIG n'ont pas besoin d'une psychothérapie en vue de commencer le test de vie réelle, les hormones ou la chirurgie. Les programmes individuels varient dans la mesure où ils ressentent un besoin de psychothérapie. Quand l'évaluation initiale du professionnel de la santé conduit à la recommandation d'une psychothérapie, le clinicien devrait spécifier les objectifs du traitement, et estimer sa fréquence et sa durée. Il n'y a pas de nombre plancher de séances psychothérapeutiques requis préalablement à la thérapie hormonale, l'expérience de vie réelle, ou la chirurgie pour trois raisons: 1) les patients diffèrent en leur aptitude à atteindre des objectifs similaires dans un temps spécifié; 2) un nombre minimum de séances tend à être interprété comme un obstacle qui décourage la véritable opportunité d'un développement personnel; 3) le professionnel de santé mentale peut être un soutien important pour le patient durant toutes les phases de la transition. Les programmes individuels peuvent fixer des critères d'admission allant jusqu'à des nombres minimaux de séances ou de mois de psychothérapie.

Le professionnel de santé mentale qui procède à l'évaluation initiale n'a pas besoin d'être le psychothérapeute. Si les membres d'une gender team⁶ ne font pas de psychothérapie, le psychothérapeute doit être informé qu'une lettre décrivant la thérapie du patient pourrait être exigée pour que ce dernier puisse commencer la prochaine phase du traitement.

Objectifs de la psychothérapie.

La psychothérapie procure souvent de l'information sur une série d'options précédemment non prises sérieusement en considération par le patient. Elle souligne la nécessité de fixer des objectifs de vie réalistes pour le travail et les relations, et s'efforce de définir et de soulager les conflits du patient qui ont empêché un mode de vie stable.

La relation thérapeutique.

Pour le professionnel de santé mentale, l'établissement d'une relation de confiance fiable avec le patient est la première étape vers un travail couronné de succès. Cela est généralement accompli par une bonne étude non moralisatrice des problèmes d'identité de genre avec le patient pendant l'établissement du diagnostic initial. D'autres problèmes peuvent être mieux traités ultérieurement, dès que la personne sent que le clinicien est intéressé et comprend ses problèmes d'identité de genre. Idéalement, le travail du clinicien se fait avec toute la complexité de la personne. Les objectifs de la thérapie sont d'aider la personne à vivre plus confortablement dans

6. Equipe médicale spécialisée dans les troubles de l'identité de genre.

une identité de genre et de faire face efficacement aux problèmes non liés au genre. Le clinicien s'efforce souvent de stimuler la capacité de travail et d'établir ou de maintenir des relations étayantes. Même quand ces objectifs initiaux sont atteints, les professionnels de santé mentale devraient discuter de l'éventualité qu'aucune thérapie informative, psychothérapeutique, médicale ou chirurgicale ne puisse éradiquer de manière permanente tout vestige de l'assignation sexuelle originelle de la personne et toute précédente expérience liée à ce genre antérieur.

Procédés de psychothérapie.

La psychothérapie est une série de communications interactives entre un thérapeute compétent sur la façon dont les gens souffrent émotionnellement, les soulagements qui peuvent être apportés et un patient en état de détresse. En règle générale, la psychothérapie consiste en séances régulières de 50 minutes. Les séances de psychothérapie initialisent un processus de développement. Elles permettent d'appréhender l'histoire du patient, de comprendre les problèmes actuels, et d'identifier les idées irréalistes et les comportements mal adaptés. La psychothérapie n'a pas pour intention de soigner les troubles de l'identité de genre. Son objectif habituel est une vie stable à long terme avec des possibilités réalistes de succès dans les relations, la formation, le travail et l'expression de l'identité de genre. La détresse liée au genre accroît les problèmes dans ces différents domaines.

Le thérapeute devrait faire bien comprendre que c'est le droit du patient de choisir entre plusieurs options. Le patient peut tester au fil du temps des approches alternatives. Idéalement, la psychothérapie s'efforce d'être une collaboration. Le thérapeute doit être certain que le patient comprend les concepts d'admissibilité et de préparation, parce que tous deux doivent coopérer pour définir les problèmes existants du patient, et évaluer les progrès de leur traitement. La collaboration peut prévenir une impasse entre un thérapeute qui semble refuser sans raison valable une recommandation et un patient qui semble trop profondément se méfier de partager librement ses pensées, ses sentiments, les événements de sa vie et le système relationnel qui s'y rattache.

Les patients peuvent tirer bénéfice de la psychothérapie à tout moment de leur évolution de genre. Cela inclut la période post chirurgicale, quand les obstacles anatomiques au bien être dû au genre ont été levés, mais la personne peut continuer à éprouver un manque réel d'aisance et d'aptitude à vivre dans le nouveau rôle identitaire.

Options d'adaptation de genre.

Les activités et processus qui sont énumérés ci-dessous ont, dans diverses combinaisons, aidé des gens à éprouver plus de bien être personnel. Ces adaptations peuvent évoluer spontanément et durant la psychothérapie. Trouver des nouvelles adaptations du genre ne signifie pas que la personne ne peut pas dans le futur choisir de poursuivre la thérapie hormonale, l'expérience de vie réelle ou la chirurgie génitale.

Activités:

Males biologiques:

1. Travestissement: discrètement avec des sous vêtements, de manière unisexe, ou dans une tenue féminine;
2. Modifier le corps grâce à l'épilation par l'électrolyse ou par application de cire chaude; interventions chirurgicales plastiques et cosmétiques mineures;
3. Amélioration de la toilette, de la garde-robe et de l'aptitude à l'expression vocale.

Femmes biologiques:

1. Travestissement: discrètement avec des sous vêtements, de manière unisexe, ou dans une tenue masculine;
2. Modifier le corps par le bandage des seins, le lever de poids, le port de fausse barbe;
3. Rembourrage de sous-vêtements masculins ou port d'une prothèse pénienne.

Chaque sexe:

1. Apprentissage sur le phénomène trans'⁷ par: groupes de soutien et réseaux trans', communication avec des pairs via internet, étude de ces Standards de Soins, des lois s'y rapportant et de la littérature professionnelle sur les droits légaux se rapportant au travail, aux relations, et au travestissement⁸ public;
2. Participation à :des activités ludiques du genre désiré;
3. Vie épisodique dans le genre désiré.

Processus:

1. Acceptation des fantasmes personnels homosexuel ou bisexuel et des comportements (orientation sexuelle) comme distincts des aspirations relatives à l'identité de genre et au rôle de genre;
2. Acceptation de la nécessité de garder un emploi, de pourvoir aux besoins émotionnels des enfants, d'honorer les engagements du mariage, ou de ne pas faire de la peine à un membre de la famille en ayant un objectif supérieur au souhait personnel d'expression trans-genre constante;
3. Intégration dans la vie quotidienne des consciences de genre mâle et femelle;
4. Identification des événements déclenchant un désir trans-genre accru pour y prêter effectivement attention; par exemple, développer une meilleure auto-protection, une meilleure auto-affirmation et de meilleures aptitudes professionnelles utiles au travail, et y résoudre les conflits interpersonnels pour renforcer les relations fondamentales.

7. Transgenres et transsexuellEs.

8. Travestissement ou travestissement.

VII. Conditions de la thérapie hormonale pour les adultes

Raisons de la thérapie hormonale.

Les traitements hormonaux trans-sexe jouent un rôle important dans le processus de transition anatomique et psychologique pour les adultes avec des troubles de l'identité de genre correctement sélectionnés. Les hormones sont souvent médicalement nécessaires pour une existence réussie dans le nouveau genre. Elles améliorent la qualité de vie et limite les co-morbidités psychiatriques qui accompagnent souvent l'absence de traitement. Quand les médecins administrent des androgènes aux femmes biologiques et des oestrogènes, de la progestérone, et des antiandrogènes aux hommes biologiques, les patients se sentent et apparaissent davantage comme des membres de leur genre préféré.

Critères d'admission.

L'administration d'hormones ne doit pas être entreprise à la légère à cause des risques médicaux et sociaux. Trois critères existent.

1. Être âgé de 18 ans,
2. Faire la preuve d'une connaissance suffisante quant aux effets médicaux des hormones et à leurs avantages comme à leurs inconvénients en société.
3. Soit avoir:
 - a. une expérience attestée de vie réelle d'au moins trois mois avant l'administration d'hormones; ou
 - b. une période de psychothérapie d'une durée spécifiée par le professionnel de santé mentale après l'évaluation initiale (habituellement un minimum de trois mois).

Dans des circonstances particulières, il peut être acceptable de fournir des hormones aux patients qui n'ont pas satisfait au critère 3 — par exemple pour faciliter la dispense d'une thérapie contrôlée utilisant des hormones de qualité avérée, comme une alternative au marché noir ou à l'usage d'hormones incontrôlé.

Critères de préparation.

Trois critères existent:

1. Le patient a eu une consolidation persistante de l'identité de genre durant l'expérience de vie réelle ou la psychothérapie;
2. Le patient a fait des progrès dans la maîtrise d'autres problèmes identifiés conduisant à une santé mentale en amélioration ou stable (Cela implique le contrôle satisfaisant de problèmes tels que la sociopathie, l'abus de stupéfiants, la psychose et les tendances suicidaires);
3. Le patient va vraisemblablement prendre des hormones de manière responsable.

Les hormones peuvent-elles être administrées à ceux qui ne veulent pas de chirurgie ou de d'expérience de vie réelle?

Oui, mais après diagnostic et psychothérapie avec un professionnel de santé qualifié respectant les normes minimales énumérées ci-dessus. La thérapie hormonale peut procurer un confort significatif aux patients qui ne souhaitent pas vivre dans le sexe opposé ou subir d'intervention chirurgicale, ou qui n'y sont pas aptes. Chez certains patients, la seule thérapie hormonale peut procurer un soulagement symptomatique suffisant pour rendre inutile le besoin de vie dans le sexe opposé ou la chirurgie

Thérapie hormonale et soins médicaux pour personnes incarcérées.

Les personnes qui suivent un traitement pour troubles de l'identité de genre devraient pouvoir continuer à bénéficier de l'administration du traitement approprié respectant ces standards de soins après l'incarcération. Par exemple, ceux qui suivent une psychothérapie et/ou un traitement hormonal trans-sexe devraient être autorisés à continuer ce traitement médicalement nécessaire pour prévenir ou limiter la labilité émotionnelle, la régression non désirée des effets physiques induits par les hormones et le sentiment de désespoir qui peut mener à la dépression, à l'anxiété, et à la tendance au suicide. Les prisonniers qui sont soumis à la suppression rapide des hormones trans-sexe sont des sujets particulièrement à risque de symptômes psychiatriques et de comportements nuisibles à eux-même. Le contrôle du traitement hormonal comme décrit dans ces standards devrait aussi être dispensé. Le logement des prisonniers trans' devrait tenir compte de leur situation de transition et de leur sécurité personnelle.

VIII. Effets de la thérapie hormonale chez les adultes

Les effets physiques maxima des hormones peuvent ne pas être manifestes avant deux ans de traitement continu. L'hérédité limite la réponse des tissus aux hormones et cela ne peut pas être surmonté en augmentant le dosage. Le degré d'efficacité actuellement atteint varie de patient à patient.

Effets désirés des hormones.

Les hommes biologiques traités avec des oestrogènes peuvent espérer de manière réaliste que du traitement il résulte: croissance des seins, redistribution des graisses du corps pour se rapprocher de l'habitus féminin, diminution de carrure pour la partie supérieure du corps, adoucissement de la peau, diminution de la pilosité corporelle, ralentissement ou arrêt de la perte des cheveux, diminution de la fertilité et la taille des testicules, érections moins fréquentes et moins soutenues. La plupart de ces changements sont réversibles, alors que l'hypertrophie mammaire ne s'inversera pas complètement après l'arrêt du traitement.

Les femmes biologiques traitées avec de la testostérone peuvent espérer les changements permanents suivants: mue de la voix vers les graves, hypertrophie clitoridienne, légère atrophie mammaire, accroissement de la pilosité faciale et corporelle et calvitie de type masculin. Les changements réversibles comprennent carrure pour la partie supérieure du corps accrue, le gain de poids, intérêt social et sexuel accru et excitabilité, et graisse de la hanche diminuée.

Effets secondaires potentiellement négatifs.

Les patients avec des problèmes médicaux ou présentant des risques de maladie cardiovasculaire sont plus sujets à subir les conséquences graves ou fatales des traitements hormonaux trans-sexe. Par exemple, l'usage de la cigarette, l'obésité, l'avancement en âge, une maladie du cœur, l'hypertension, les anomalies de la coagulation, la malignité, et certaines anomalies endocrines peuvent accroître les effets secondaires et les risques du traitement hormonal. Par conséquent, certains patients peuvent ne pas être aptes à tolérer les hormones trans-sexe. Cependant, les hormones peuvent présenter des avantages aussi bien que des risques en terme de santé. Les ratios risques-bienfaits doivent être pris en considération en collaboration entre le patient et le médecin prescripteur.

Les effets secondaires chez les hommes biologiques traités avec des oestrogènes et des progestérones peuvent comprendre la propension accrue à la coagulation du sang (thrombose veineuse avec risque d'embolie pulmonaire fatale), le développement de prolactinomes bénins pituitaires, la stérilité, le gain de poids, la labilité émotionnelle, la maladie du foie, la formation de calcul biliaire, la somnolence, l'hypertension, et le diabète sucré.

Les effets secondaires chez les femmes biologiques traitées avec de la testostérone peuvent inclure la stérilité, l'acné, la labilité émotionnelle, l'accroissement du désir sexuel, l'évolution des profils de lipides vers les types masculins qui accroît le risque de maladie cardiovasculaire, la possibilité de développer des tumeurs bénignes ou malignes du foie et des dysfonctionnements hépatiques.

La responsabilité du médecin prescripteur.

Les hormones doivent être prescrites par un médecin et ne devraient pas être administrées sans évaluation médicale et psychologique adéquate avant et durant le traitement. Les patients qui ne comprennent pas les conditions d'admission et de préparation et qui ne sont pas informés des SDS devraient en être informés. Cela peut être une bonne indication pour une consultation d'un professionnel de santé mentale ayant l'expérience des troubles de l'identité de genre.

Le médecin dispensant le traitement hormonal et assurant le suivi médical n'a pas besoin d'être un spécialiste en endocrinologie, mais devrait se mettre au courant des aspects médicaux et psychologiques se rapportant au traitement des personnes présentant des troubles de l'identité de genre.

Après un examen minutieux des antécédents médicaux, un examen physique et un examen de laboratoire, le médecin devrait passer en revue les effets probables et les effets secondaires du traitement hormonal, comprenant la possibilité de conséquences graves menaçant la vie. Le patient doit avoir la capacité d'apprécier les risques et les avantages du traitement, avoir des réponses à ses questions, et être d'accord avec le suivi du traitement. Le rapport médical doit contenir un

document de consentement éclairé écrit rendant compte d'une discussion quant aux risques et avantages de la thérapie hormonale.

Les médecins ont une large latitude sur les préparations hormonales qu'ils peuvent prescrire et sur les voies d'administration qu'ils peuvent choisir pour chaque patient. Les options possibles incluent les systèmes d'administration oraux, injectables et transdermiques. L'utilisation de patchs d'œstrogène transdermiques doit être envisagée pour les hommes de plus de 40 ans ou ceux avec des anomalies de coagulation ou un antécédent de thrombose veineuse. La testostérone transdermique est utile chez les femmes qui ne veulent pas prendre d'injection. En l'absence d'aucune autre exigence médicale, chirurgicale ou psychiatrique, le suivi basique devrait inclure: la série d'examen physiques relative aux effets du traitement et aux effets secondaires, la mesure des signes vitaux avant et pendant le traitement, la mesure du poids, et l'analyse de laboratoire. Les patients, qu'ils soient sous hormones ou non, devrait être dépistés pour les malignités pelviennes comme le sont les autres personnes.

Pour ceux qui sont traités aux oestrogènes, l'analyse en laboratoire minimum devrait consister en un dosage de testostérone libre avant traitement, une glycémie à jeun, un bilan hépatique et une numération sanguine complète avec réévaluation à 6 et 12 mois d'abord et annuellement par la suite. Un dosage de prolactine avant traitement devrait être recueilli et répété à 1, 2 et 3 ans. Si une hyperprolactémie n'apparaît pas durant cette période, aucune mesure ultérieure n'est nécessaire. Les hommes biologiques suivant un traitement aux oestrogènes devraient être suivis pour le cancer du sein et encouragés à pratiquer un auto examen de routine. Quand ils vieillissent, ils devraient être suivis pour le cancer de la prostate.

Pour ceux qui reçoivent des androgènes, l'analyse minimale en laboratoire devrait consister en un bilan hépatique avant traitement et une numération sanguine complète avec nouvelle analyse à 6 mois, 12 mois, et ensuite annuellement. Une palpation annuelle du foie devrait être envisagée. Les femmes qui ont subi une mastectomie et ayant des antécédents familiaux de cancer du sein devraient être suivies pour cette maladie.

Les médecins peuvent fournir à leurs patients une brève attestation écrite indiquant que la personne est sous suivi médical lequel comprend une thérapie hormonale trans-sexe. Durant les premières phases du traitement hormonal, les patients peuvent être encouragés à porter cette attestation tout le temps pour aider à prévenir les difficultés avec la police et les autres autorités.

Réductions des doses d'hormones après la gonadectomie.

Les doses d'œstrogènes chez les patients post-orchidectomie peuvent souvent être réduites de 1/3 à 1/2 et encore entretenir la féminisation. Les réductions de doses de testostérone après l'ovariotomie devraient être envisagées, en tenant compte des risques d'ostéoporose. Des traitements d'entretien à vie sont habituellement requis pour tous les patients trans'.

Le mauvais usage des hormones.

Certaines personnes obtiennent des hormones sans prescription par des amis, des membres de la famille, et des pharmacies dans d'autres pays. L'usage d'hormones sans surveillance peut exposer la personne à de plus grands risques médicaux. Des personnes prenant des hormones sous surveillance médicale ont été reconnues comme prenant des doses supplémentaires d'hormones illicitement obtenues sans que leur médecin le sache. Les professionnels de santé mentale et les médecins prescripteurs devraient faire un effort pour encourager le respect des dosages recommandés aux fins de limiter la morbidité. Il est éthique pour les médecins d'interrompre les traitements des patients qui ne respectent pas les régimes de traitement prescrits.

Autres avantages potentiels des hormones.

Le traitement hormonal, quand il est médicalement toléré, devrait précéder toute intervention génitale. La satisfaction obtenue par l'effets des hormones consolide l'identité de la personne comme membre du sexe et genre préféré et en outre, renforce la conviction qu'il faut aller de l'avant. L'insatisfaction quant aux effets des hormones peut être le signe d'une ambivalence quant à procéder aux interventions chirurgicales. Chez les hommes biologiques, les hormones seules génèrent souvent un développement adéquat des seins, écartant la nécessité d'une d'augmentation mammaire. Certains patients qui sont traités par les hormones ne désireront pas d'intervention génitale ou autres interventions chirurgicales.

L'emploi des anti-androgènes et thérapies séquentielles.

Les anti-androgènes peuvent être employés comme traitement accessoire chez les hommes biologiques traités aux oestrogènes, sachant qu'ils ne sont pas toujours nécessaires pour obtenir la féminisation. Chez certains patients, les anti-androgènes peuvent supprimer de manière plus complète la production de testostérone, permettant l'emploi d'une dose plus faible d'oestrogène quand des effets secondaires adverses des oestrogènes sont prévus.

La féminisation ne requiert pas de thérapie séquentielle. Les tentatives d'imiter le cycle menstruel en prescrivant une thérapie aux oestrogènes interrompue ou en substituant la progestérone aux oestrogènes pendant une partie du mois ne sont pas nécessaires pour obtenir la féminisation.

Consentement éclairé.

Le traitement hormonal ne devrait être dispensé qu'à ceux qui sont juridiquement capables de donner un consentement avisé. Cela inclut les personnes qui ont été déclarées mineures émancipées par un tribunal et les personnes incarcérées qui sont considérées comme capables de participer aux décisions médicales qui les concernent. Pour les adolescents, le consentement clairvoyant nécessite d'inclure l'obligation du consentement du mineur et du consentement éclairé écrit d'un parent ou du tuteur légal.

Options de reproduction.

Le consentement éclairé implique que le patient comprenne que l'administration d'hormones limite la fertilité et que le retrait d'organes sexuels supprime la capacité

de se reproduire. Des cas de personnes traitées aux hormones et par la chirurgie de réassignation sexuelle qui ont regretté plus tard leur inaptitude à être parents d'enfants génétiquement liés sont connus. Le professionnel de santé mentale recommandant la thérapie hormonale et le médecin prescrivant une telle thérapie devrait discuter des options de reproduction avec le patient avant de commencer la thérapie hormonale. Les hommes biologiques, notamment ceux qui n'ont pas encore enfanté, devraient être informés des options de préservation du sperme et à encourager la conservation en banque du sperme avant la thérapie hormonale. Les femmes biologiques n'ont pas présentement d'option de préservation des gamètes aisément disponibles autre que la conservation cryogénique des embryons fertilisés. Cependant, elles doivent être informées sur les questions de reproduction, y compris cette option. Dès que d'autres options deviendront disponibles, celles-ci devraient être présentées.

IX. L'expérience de vie réelle

Le fait d'adopter pleinement un rôle de genre nouveau ou évoluant ou une présentation liée au genre dans la vie de tous les jours est reconnue comme l'expérience de vie réelle. L'expérience de vie réelle est essentielle à la transition vers le rôle sexué qui est en harmonie avec l'identité de genre du patient. Alors que changer sa présentation de genre a d'immédiates et profondes conséquences personnelles et sociales, la décision de faire ainsi devrait être précédée par une sensibilisation à ce que les conséquences familiales, professionnelles, interpersonnelles, éducatives, économiques sont susceptibles d'être. Il incombe aux professionnels de discuter de ces conséquences prévisibles avec leurs patients. Le changement de rôle de genre et de présentation peut être un facteur important de discrimination dans l'emploi, de divorce, de problèmes conjugaux et de la restriction ou de la perte du droit de visite aux enfants. Celles-ci représentent les problèmes de la réalité externe auxquels il doit être fait face pour un succès dans la nouvelle présentation de genre. Ces conséquences peuvent être très différentes de ce que le patient imaginait avant d'entreprendre les expériences de vie réelle. Cependant, tous les changements ne sont pas négatifs.

Paramètres de l'expérience de vie réelle.

Quand des cliniciens évaluent la qualité de l'expérience de vie réelle d'une personne dans le genre désiré, les aptitudes suivantes sont vérifiées:

1. pouvoir conserver un emploi à plein temps ou temps partiel;
2. fonctionner comme étudiant mener une activité d'étudiant;
3. agir dans une association basée sur le volontariat;
4. être à même d'entreprendre des combinaisons des rubriques 1 à 3;
5. être d'acquérir un prénom (légal) approprié à son identité de genre;
6. être en mesure de produire des preuves que des personnes autres que le thérapeute savent que le patient fonctionne dans le rôle lié au genre désiré.

Expérience de vie réelle contre test de vie réelle.

Bien que les professionnels puissent recommander de vivre dans le genre désiré, la décision de quand et comment commencer l'expérience de vie réelle reste du ressort de la personne. Certains entreprennent l'expérience de vie réelle et décident que cette orientation de vie souvent imaginée n'est pas dans leur meilleur intérêt. Les professionnels interprètent parfois l'expérience de vie réelle comme le test de vie réelle du diagnostic définitif. Si les patients prospèrent dans le genre préféré, ils sont confirmés comme "transsexuels", mais si ils décidaient de ne pas continuer, ils "doivent ne pas avoir été". Ce raisonnement est une mauvaise compréhension des forces qui permettent une adaptation réussie avec la présence d'un trouble de l'identité de genre. L'expérience de vie réelle teste la résolution de la personne, la capacité à fonctionner dans le genre préféré et l'adéquation des soutiens social, économique et psychologique. Elle aide tant le patient que le professionnel de santé mentale dans leur jugement sur la façon de procéder. Le diagnostic, bien que pouvant toujours donner lieu à réexamen, précède une recommandation aux patients de s'embarquer dans l'expérience de vie réelle. Quand le patient réussit l'expérience de vie réelle, aussi bien le professionnel de santé mentale que le patient gagnent en confiance quant à entreprendre d'autres démarches.

Épilation de la barbe et autres poils non désirés pour le patient Homme vers Femme.

La densité de la barbe n'est pas diminuée de manière significative par l'administration d'hormone trans-sexe. L'épilation faciale par l'électrolyse est un procédé sûr, prenant beaucoup de temps, lequel facilite souvent l'expérience de vie réelle pour les hommes biologiques. Les effets secondaires comprennent le malaise pendant et immédiatement après la procédure et moins fréquemment l'hypo pigmentation ou hyper pigmentation, les cicatrices et la folliculite. L'approbation médicale formelle pour l'ablation des poils n'est pas nécessaire; l'électrolyse peut commencer quand le patient le juge bon. Elle est recommandée avant de commencer l'expérience de vie réelle, parce que la barbe doit pousser à des longueurs visibles pour être épilée. Nombre de patients vont nécessiter deux années de traitement régulier pour éradiquer efficacement leur barbe. L'épilation au laser est une nouvelle approche alternative mais l'expérience quant à celle-ci est encore limitée.

X. Chirurgie

La réassignation génitale est efficace et indiquée médicalement en cas de TIG sévère.

Chez les personnes diagnostiquées transsexuelles ou atteinte de TIG sévère, la chirurgie de réassignation génitale, associée à la thérapie hormonale et l'expérience de vie réelle est un traitement qui a prouvé son efficacité. Un tel traitement, quand il est prescrit ou recommandé par des praticiens qualifiés, est médicalement indiqué et médicalement nécessaire. La réassignation sexuelle n'est pas "expérimentale", "d'investigation", "facultative", "cosmétique", ou optionnelle en tous sens. Elle

constitue un traitement très efficace et approprié du transsexualisme et des TIG sévères.

Comment aborder les questions éthiques concernant la chirurgie de réassignation.

Nombre de personnes, y compris certains professionnels de la santé, font objection à la chirurgie pour TIG en partant de principes éthiques. Dans la pratique chirurgicale ordinaire, les tissus pathologiques sont enlevés afin de restaurer les fonctions perturbées, ou des modifications sont apportées aux traits du corps pour améliorer l'image que le patient a de lui-même. Pour ceux qui objectent à la chirurgie de réassignation génitale, ces conditions ne sont pas censées se présenter quand on opère des personnes ayant des troubles de l'identité de genre. Il est important que les professionnels traitant avec des patients présentant des troubles de l'identité de genre se sentent à l'aise avec la modification de structures anatomiquement normales. Afin de comprendre comment la chirurgie peut soulager le malaise psychologique des patients diagnostiqués présentant des troubles de l'identité de genre, les professionnels doivent écouter ces patients quand ils racontent l'histoire de leur vie avec ses difficultés. La résistance contre la pratique de la chirurgie en partant du principe éthique que "surtout ne blessez pas" devrait être respectée, discutée, et avoir été l'occasion d'apprendre des patients eux-mêmes sur la détresse psychologique présentant des troubles sévères de l'identité de genre.

Il est contraire à l'éthique de refuser toute possibilité ou admissibilité à la chirurgie de réassignation ou à la thérapie hormonale seulement sur la base de la séropositivité à des infections d'origine sanguines telles que le HIV, ou l'hépatite B ou C, etc.

Les relations du chirurgien avec le médecin prescrivant les hormones et le professionnel de santé mentale.

Le chirurgien n'est pas seulement un technicien engagé pour pratiquer une intervention. Le chirurgien fait partie de l'équipe de cliniciens participant à un processus de traitement à long terme. Le patient a souvent une considération immensément positive pour le chirurgien, qui idéalement va permettre un suivi post hospitalier à long terme. A cause de sa responsabilité envers le patient, le chirurgien doit comprendre le diagnostic qui a conduit à la recommandation pour la chirurgie génitale. Les chirurgiens devraient avoir l'opportunité de parler longuement avec leurs patients pour se convaincre eux-mêmes que le patient va probablement tirer un bénéfice des interventions. Idéalement, le chirurgien devrait avoir une étroite relation de travail avec les autres professionnels qui ont participé activement aux soins psychologiques et médicaux. Cela est accompli au mieux en appartenant à une équipe interdisciplinaire de professionnels spécialisés dans les troubles de l'identité de genre. De telles équipes médicales spécialisées en TIG n'existent cependant pas partout. Au minimum, le chirurgien doit être assuré que le professionnel de santé mentale et le médecin prescrivant les hormones sont des professionnels de bonne réputation avec une expérience de spécialiste des troubles de l'identité de genre. Cela est souvent traduit dans la qualité des lettres justificatives. Puisque des lettres fictives et falsifiées ont été occasionnellement présentées, les chirurgiens devraient

communiquer personnellement avec au moins un des professionnels de santé mentale pour vérifier l'authenticité de leurs courriers.

Avant de pratiquer toute intervention chirurgicale, le chirurgien devrait avoir surveillé toutes les pathologies de manière appropriée et étudié les effets du traitement hormonal sur le foie et autres organes étudiés. Cela peut être fait seul ou en collaboration avec des confrères. Puisque des affections préexistantes peuvent compliquer la chirurgie reconstructrice génitale, aussi les chirurgiens devraient être également compétents en diagnostic urologique. Le dossier médical devrait contenir un consentement éclairé écrit [du patient] à ce que la chirurgie considérée soit pratiquée.

XI. Chirurgie des seins

L'augmentation ou l'ablation des seins sont des opérations communes, faciles à obtenir par le grand public pour une variété d'indications. Les raisons de ces opérations vont des indications cosmétiques au cancer. Bien que l'apparence est sans aucun doute importante comme caractéristique sexuelle secondaire, la taille ou la présence des seins ne participent pas à la définition juridique du sexe et du genre et ne sont pas importantes pour la reproduction. La pratique des opérations du sein devrait être envisagée avec la même réserve que le commencement d'une thérapie hormonale. Toutes deux produisent des changements relativement irréversibles du corps.

L'approche pour les patients hommes vers femme est différente de celle pour les patients femme vers homme. Pour les patients femme vers homme, une mastectomie est habituellement la première chirurgie pratiquée pour une évolution réussie vers l'aspect masculin; et pour certains patients, c'est la seule chirurgie entreprise. Quand le volume de tissu mammaire à réséquer requiert la résection de la peau, une cicatrice va en résulter et le patient devrait en être informé. Les patients femme vers homme peuvent avoir la chirurgie en même temps qu'ils commencent les hormones. Pour les patients homme vers femme, l'augmentation mammaire peut être pratiquée si le médecin prescrivant les hormones et le chirurgien ont justifié que le développement des seins après avoir suivi le traitement hormonal pendant 18 mois n'est pas suffisant pour se sentir à l'aise dans le rôle social lié au genre.

XII. Chirurgie génitale

Critères d'admissibilité.

Ces critères minimaux d'admission pour les différentes chirurgies génitales s'appliquent de manière égale aux hommes et femmes biologiques demandant la chirurgie génitale. Ils sont:

1. L'âge légal de la majorité dans le pays du patient;

2. Habituellement 12 mois de thérapie hormonale continue pour celles et ceux sans contre indication (voir ci-dessous, "*La chirurgie peut-elle être pratiquée sans hormones et l'expérience de vie réelle*");
3. 12 mois d'expérience continue de vie réelle à plein temps réussie. Les périodes de retour au genre d'origine peuvent indiquer l'indécision quant à continuer et ne devraient généralement pas être utilisées pour satisfaire à ce critère;
4. Si demandée par le professionnel de santé mentale, participation sérieuse et régulière à une psychothérapie durant l'expérience de vie réelle, selon une fréquence déterminée conjointement par le patient et le professionnel de santé mentale. La psychothérapie en tant que telle n'est pas un critère absolu d'admission à la chirurgie;
5. Connaissance démontrable du coût, des durées d'hospitalisation requises, des éventuelles complications et des conditions de réadaptation post-chirurgicale pour les diverses approches chirurgicales;
6. Information sur différents chirurgiens compétents.

Critères de préparation.

Les critères de préparation comprennent:

1. Progrès démontrable dans la consolidation de son identité de genre;
2. Progrès démontrable dans le traitement des problèmes de travail, de famille et dans les questions interpersonnelles ayant pour résultat un bien meilleur état de santé mentale (cela implique un contrôle satisfaisant des problèmes tels que sociopathie, abus de stupéfiants, psychose, tendances suicidaires, par exemple).

La chirurgie peut-elle être dispensée sans les hormones et l'expérience de vie réelle?

Nulle personne ne peut subir la chirurgie génitale sans satisfaire aux critères d'admission. La chirurgie génitale est un traitement pour un trouble de l'identité de genre diagnostiqué, et devrait être entreprise seulement après une évaluation soigneuse. La chirurgie génitale n'est pas un droit qui peut être accordé sur requête. Les SDS prévoient une approche individuelle pour chaque patient, mais cela ne signifie pas que les directives générales, qui spécifient un traitement consistant en évaluation diagnostique, éventuelle psychothérapie, hormones, et expérience de vie réelle, puisse être ignoré. Cependant, si une personne a vécu de manière convaincante comme un membre du genre préféré pendant une longue période et est jugée en bonne santé psychologique après une période requise de psychothérapie, il n'y pas de raison inhérente à ce qu'il ou elle doive prendre des hormones avant la chirurgie génitale.

Conditions sous lesquelles la chirurgie peut intervenir.

Les traitements chirurgicaux génitaux des personnes diagnostiquées comme présentant un trouble de l'identité de genre ne sont pas seulement un autre ensemble d'interventions facultatives. Les interventions facultatives typiques

impliquent seulement un contrat sous seing privé à consentement mutuel entre un patient et un chirurgien. Les opérations génitales des personnes diagnostiquées comme présentant un TIG doivent être entreprises seulement après une évaluation exhaustive par un professionnel de santé mentale qualifié. La chirurgie génitale peut être pratiquée une fois qu'un justificatif écrit certifiant qu'une évaluation exhaustive est intervenue et que la personne a satisfait aux critères d'admission et de préparation. En suivant cette procédure, le professionnel de santé mentale, le chirurgien et le patient partagent la responsabilité de la décision de procéder à des changements irréversibles au corps.

Conditions requises pour le chirurgien pratiquant la reconstruction génitale.

Le chirurgien devrait être un urologue, un gynécologue, un chirurgien plasticien ou un chirurgien généraliste, et certifié comme tel par une commission (Board-Certified) d'une association de bonne réputation et connue dans tout le pays. Le chirurgien devrait, comme il est indiqué, avoir une compétence spécialisée dans les techniques reconstructrices génitales attestée par une formation supervisée auprès d'un chirurgien plus expérimenté. Même les chirurgiens expérimentés dans ce domaine doivent être prêts à accepter une révision de leurs savoir-faire par leurs pairs. Les chirurgiens devraient assister à des conférences professionnelles où de nouvelles techniques sont exposées.

Dans l'absolu, le chirurgien devrait connaître plus d'une des techniques chirurgicales de reconstruction génitale, de telle manière qu'elle ou il, en consultation avec le patient, soit à même de choisir la technique idéale pour le patient pris individuellement. Quand les chirurgiens ne sont compétents qu'en une seule technique, ils devraient en informer leurs patients et orienter ceux qui ne veulent pas ou ne se prêtent pas à cette intervention vers un autre chirurgien.

Chirurgie génitale pour le patient Homme vers Femme.

Les interventions chirurgicales génitales peuvent inclure l'orchidectomie, la pénectomie, la vaginoplastie, la clitoroplastie et la labiaplastie. Ces interventions requièrent une chirurgie experte et des soins postopératoires. Les techniques comprennent l'inversion pénienne, la transplantation d'un pédicule recto-sigmoïdien, ou greffon de peau libre pour garnir le néovagin. La sensation sexuelle est un objectif important dans la vaginoplastie, parallèlement à la création d'un vagin fonctionnel et d'une esthétique acceptable.

Autre chirurgie pour le patient Homme vers Femme.

Les autres chirurgies qui peuvent être pratiquées pour assister la féminisation incluent la chondroplastie thyroïdienne de réduction, liposuction des graisses de la taille, rhinoplastie, réduction de l'os facial, lifting facial, blépharoplastie. Celles-ci ne requièrent pas de lettres de recommandation du professionnel de santé mentale .

Il y a des inquiétudes sur la sécurité et l'efficacité de la chirurgie de modification de la voix et plus de recherche d'évaluation devrait être faite avant de répandre la pratique de cette intervention. Afin de protéger leurs cordes vocales, les patients qui

choisissent cette intervention devrait la faire après que toutes les autres opérations requérant l'anesthésie générale avec intubation aient été réalisées.

Chirurgie génitale pour le patient Femme vers Homme.

Les interventions chirurgicales génitales peuvent inclure hystérectomie, salpingo-ovariectomie, vaginectomie, métoïdioplastie, scrotoplastie, urétroplastie, mise en place de prothèses testiculaires, et phalloplastie. Les techniques opératoires actuelles pour la phalloplastie sont variées. Le choix des techniques peut être restreint par des considérations anatomiques ou chirurgicales. Si les objectifs d'une phalloplastie sont un néophallus de bonne apparence, une miction debout, une sensation sexuelle ou une aptitude coïtale, le patient devrait être clairement informé qu'il y a plusieurs phases séparées de chirurgie et de fréquentes difficultés techniques qui peuvent requérir des opérations supplémentaires. Même la métaïdioplastie, qui théoriquement est une intervention en une seule phase de construction d'un microphallus, requiert souvent plus d'une opération. La pléthore de techniques de reconstruction de pénis indique qu'un développement technique plus approfondi est nécessaire.

Autre opération pour le patient Femme vers Homme.

Les autres interventions qui pourraient être pratiqués pour faciliter la masculinisation comprennent la liposuction pour réduire la graisse dans les hanches, les cuisses et les fesses.

XIII. Suivi post-transition

Le suivi postopératoire à long terme est encouragé en ce qu'il est un des facteurs associés à un bon résultat psychosocial. Le suivi est important pour la santé anatomique et médicale du patient ainsi que pour la connaissance du chirurgien sur les bienfaits et limites de la chirurgie.

Le suivi à long terme avec le chirurgien est recommandé chez tous les patients pour assurer un résultat chirurgical optimum. Les chirurgiens qui opèrent les patients qui viennent de loin devraient inclure des suivis personnels dans leur protocole de soins et tenter d'assurer un suivi post soins abordable, local, à long terme dans la région géographique du patient. Les patients postopératoires s'excluent aussi parfois eux-mêmes du suivi avec le médecin prescrivant les hormones, ne reconnaissant pas que ces médecins sont les plus à même de prévenir, diagnostiquer et traiter les maladies possibles à long terme qui sont propres aux patients traités par les hormones et la chirurgie. Les patients postopératoires devraient subir des examens médicaux réguliers suivant les lignes de conduite recommandées pour leur âge. La nécessité de suivi s'étend au professionnel de santé mentale qui, ayant passé une plus longue période avec le patient que tout autre professionnel, est dans une excellente position pour aider dans tous problèmes d'adaptation postopératoire.

Traduit pour le Groupe Activiste Trans' (GAT) par:
Marlène MEGES, Alana CAMUS HOLLAND, Tom REUCHER.

En cas de doute sur cette traduction, seule la version originale anglaise fait foi.

PETIT LEXIQUE HORS TRADUCTION

1) Généralités

Agoniste: qui a une action favorisante.

Anamnèse: Histoire/historique médicale d'un individu.

Antagoniste: qui a une action freinante ou bloquante.

Blépharoplastie: chirurgie plastique des paupières.

Catamnèse: histoire/historique d'un cas (pathologie, syndrome).

Diabète juvénile: diabète sucré (à évolution létale se terminant par un coma si non traité).

Glycémie à jeun: taux de glucose (dextrose) dans le sang d'une personne à jeun. Le taux, régulé principalement par l'insuline et le glucagon (produits par le pancréas) varie entre 5 mmol/l et 10 mmol/l. En dessous de 5 mmol/l, l'on est en présence d'hypoglycémie (traité au glucagon) entraînant l'affaiblissement des fonctions musculaires et neurologiques. Au dessus de 10 mmol/l, l'on est en présence d'hyperglycémie (diabète sucré traité à l'insuline) entraînant des dommages aux vaisseaux sanguins (dont ceux des yeux), au système nerveux et aux reins.

Gonadectomie: ablation des gonades (testicules, ovaires).

Hyperprolactémie: production excessive de prolactine entraînant une galactorrhée (production de lait excessive) et pouvant s'avérer être un signe de présence d'un prolactinome (tumeur du lobe inférieur de l'hypophyse).

Labilité émotionnelle: instabilité émotionnelle.

Médicaments agonistes LHRH: médicament stimulant les récepteurs LHRH. Cette abréviation signifie "Luteinizing Hormone Releasing Hormone" (en Français: "Hormones Débloquant la sécrétion d'Hormones Lutéinisantes ou *Lutéinostimulantes* / *lutéostimulantes* / *gonadotrophine B*"). Ces hormones sont sécrétées par le lobe antérieur de l'hypophyse (ou *glande pituitaire*). Ces hormones lutéinisantes

favorisent la production de testostérone chez l'homme et du corps jaune gravidique ou menstruel caractérisé par la présence de cellules jaunes sécrétant l'hormone stéroïde dite luteïne (ou *progestérone*). Cette dernière hormone prépare la muqueuse utérine à l'implantation de l'ovule fécondé (corps jaune gravidique) ou favorise la reconstitution de la muqueuse utérine (corps jaune menstruel) chez la femme.

Médroxyprogestérone (ou progestérone synthétique): substance qui supprime la production d'œstrogène ou de testostérone, et par conséquent, retarde les changements physiques de la puberté.

Numération cellulaire: évaluation du nombre de cellule sanguines dans un volume de sang donné (litres, millilitres). Cette évaluation est très utile pour déceler des maladies sanguines.

Prolactine (ou hormone galactogène, luthétrophine ou lutéotropine, mammothrophine): hormone lutéotrope — hormone sécrétée par le lobe inférieur de l'hypophyse qui favorise la sécrétion de progestérone, a un effet protecteur sur la muqueuse utérine durant la grossesse et déclenche la lactation après l'accouchement.

2) Pour les patients Homme vers Femme

Chondroplastie thiroïdienne: plastie (remodelage) du cartilage thiroïdien (pomme d'Adam).

Labioplastie: création des lèvres du vagin.

Orchidectomie: ablation des testicules.

Penectomie: ablation des corps caverneux, et corps spongieux, la peau du pénis est préservée.

3) Pour les patients Femme vers Homme

Métaoidioplastie: intervention chirurgicale qui permet au clitoris d'être libéré et d'apparaître comme un micro pénis (résulte l'action conjuguée des hormones et du chirurgien).

Notons qu'il existe autant d'orthographe que de chirurgien (métoïdioplastie, métodoioplastie, métaïdioplastie, métadoioplastie...) mais l'orthographe correcte est la suivante.

Métaoidioplastie: "meta" qui veut littéralement dire "change"; "oidio" qui est un mot latin concernant les parties génitales; "plastie" qui est un terme utilisé pour les

procédures de chirurgies plastiques. Donc, le terme Métaoidioplastie signifie littéralement changer les parties génitales avec un procédé de chirurgie plastique.

Phalloplastie: construction du phallus / du pénis.

Salpingo-oophorectomie: ablation des trompes de Fallope (salpingectomie) et des ovaires (oophorectomie = ovariectomie).

Scrotoplastie: construction du scrotum ou bourses.

Urethroplastie: construction de l'urètre (canal urinaire).