Soins aux adultes transgenres

Programme d'apprentissage en petit groupe basé sur la pratique Vol. 29 (2), février 2021

INTRODUCTION

Les personnes transgenres constituent une population recevant des services insuffisants et présentant des besoins de santé particuliers qui peuvent poser des difficultés aux cliniciens de soins primaires. La création d'un espace accueillant et bienveillant peut aider les patients transgenres à se sentir à l'aise et en sécurité, les inciter à prendre des rendez-vous réguliers, et permettre aux patients et aux cliniciens de mieux assurer les soins. Les pratiques favorisant l'affirmation de genre comprennent l'apprentissage de la terminologie adéquate et des compétences nécessaires à une évaluation et à un examen respectueux. D'autres tâches importantes consistent à adopter les mesures de prévention et de dépistage nécessaires, à prendre en charge les traitements hormonaux et à soutenir les patients qui choisissent d'effectuer une chirurgie d'affirmation de genre.

OBJECTIFS

Ce module permettra aux cliniciens :

- d'adopter une approche favorisant l'affirmation et le respect, et de créer un espace clinique bienveillant pour les personnes transgenres dans le cabinet de soins primaires;
- de fournir avec assurance des soins primaires aux adultes en transition ou ayant effectué une transition de genre, y compris pour ce qui est du suivi des traitements (notamment hormonaux);
- de mettre en œuvre des mesures de santé préventive et de dépistage adaptées à la physiologie de chaque patient;
- de fournir aux patients de l'information et des outils fiables, fondés sur des données probantes, notamment en ce qui concerne le moment approprié et les modalités de l'orientation vers un spécialiste.

TABLE DES MATIÈRES

Renseignements généraux 3
Commentaires des histoires de cas 10
Collaborateurs et déclarations 13
Références bibliographiques 14
Annexes 16

REMARQUE D'ORDRE TERMINOLOGIQUE

Voir l'encadré 1 (section Renseignements généraux) pour la définition des termes. Ces termes du glossaire sont en bleu et en caractères gras la première fois qu'ils sont employés dans le module.

HISTOIRES DE CAS

RÉFLEXION DES MEMBRES

Quelles sont vos craintes et vos difficultés lorsque l'occasion vous est donnée de fournir des soins de santé à un adulte **transgenre**?

Cas numéro 1 : Jade, femme transgenre, âgée de 45 ans

Jade suit une hormonothérapie féminisante depuis environ huit ans. Elle était suivie par un autre médecin de famille local qui a pris sa retraite il y a quelques années. Elle est également atteinte de diabète de type 2 pris en charge par son endocrinologue, qui s'occupe de tous ses besoins médicaux depuis que son médecin de famille a pris sa retraite. Elle vous explique qu'un autre médecin de famille auquel elle s'est adressée a « refusé » de lui fournir des soins primaires parce qu'il « ne se sentait pas à l'aise » de prodiguer des soins aux personnes transgenres. Elle espère trouver ici un environnement de soins de santé plus accueillant que le cabinet du spécialiste, qui exerce dans un cadre hospitalier.

Jade est hébergée dans un centre d'accueil pour femmes depuis une agression survenue il y a un mois. Elle a essayé de trouver un médecin de famille pour la prendre en charge. Elle n'a pas été en mesure de faire des choix alimentaires sains et n'a pas pu obtenir de prescriptions régulières pour son hormonothérapie parce que son endocrinologue était en congé maladie. Elle trouve difficile la communication avec son remplaçant, de sorte qu'elle omet souvent des consultations. C'est la première fois que vous voyez Jade à titre de nouveau clinicien de soins primaires.

Votre cabinet est-il aménagé de manière à être un espace accueillant pour une femme transgenre comme Jade?

Quels autres renseignements pourraient vous aider à répondre aux besoins de Jade en matière de soins primaires?

Quelles sont les ressources locales et régionales auxquelles vous pouvez faire appel pour faciliter la prise en charge de Jade?

Deuxième partie

Jade préfère qu'on s'adresse à elle par son prénom et que vous utilisiez le pronom féminin « elle » pour la désigner.

Jade vous apprend qu'après huit mois de soins primaires réguliers et de traitement par des hormones de substitution (timbre d'estradiol) et des antiandrogènes (spironolactone à 100 mg 2 f.p.j) durant lesquels son état de santé était stable et les indicateurs de suivi normaux, elle espère être inscrite sur une liste d'attente en vue d'une chirurgie d'affirmation de genre. Ses amis et sa sœur la soutiennent et lui ont proposé de l'aider en ce qui concerne les frais de transport et les aspects pratiques, suivant l'endroit où aura lieu l'opération.

Elle a maintenant quitté le centre d'accueil pour femmes et vit dans son propre appartement. Elle reçoit actuellement des prestations d'assurance-emploi, ayant quitté son travail la semaine suivant l'agression. Elle déclare que cette chirurgie est une chose qu'elle a planifiée et espérée depuis de nombreuses années. Elle n'est pas sûre que l'intervention puisse être remboursée par son régime d'assurance-maladie provincial. Une de ses amies a dû aller à Montréal il y a plusieurs années pour y subir une mastectomie bilatérale, et elle se demande si les services locaux se sont développés depuis lors, car elle espère limiter les éventuels frais de déplacement.

Comment pourriez-vous déterminer si Jade peut bénéficier d'une chirurgie?

Quelles sont les options chirurgicales qui s'offrent à Jade dans votre région?

Cas numéro 2 : Daniel, homme transgenre, âgé de 52 ans

Daniel est un chef-cuisinier qui s'est toujours identifié comme une personne altersexuelle (« queer ») et qui s'est récemment affirmé comme un homme transgenre. Il est en bonne santé, ses antécédents médicaux n'incluent rien de particulier à l'exception d'une amygdalectomie dans l'enfance et d'une fracture du maxillaire après une agression il y a trois ans. Selon vos dossiers, son dernier test de Pap a été effectué il y a plus de trois ans. Il vient passer des analyses de sang périodiques.

Daniel a commencé à prendre de la testostérone il y a 18 mois; ce traitement a été prescrit par un prestataire de soins de santé aux personnes transgenres de la région dont vous avez pris la relève. Il prévoit de se soumettre à une mastectomie bilatérale à l'automne prochain, et a quelques préoccupations concernant les coûts. Au cours de la dernière année, il vous a consulté plusieurs fois à cause de symptômes liés à son humeur : insomnie, changement d'appétit, changement de sa libido et sautes d'humeur.

De quelles mesures de santé préventives discuteriez-vous avec Daniel?

Quels examens de laboratoire envisageriez-vous en vue de la surveillance et de la prise en charge de l'hormonothérapie de Daniel?

Quelle approche pourriez-vous adopter en ce qui concerne la santé mentale de Daniel?

Comment pourriez-vous apporter votre soutien aux patients transgenres comme Daniel, compte tenu de leurs difficultés sociales et économiques?

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Encadré 1. Définitions[1-5]

Terme	Définition
Sexe (sexe de naissance; sexe natal; sexe biologique)	Sexe d'un enfant à la naissance, généralement déterminé par l'anatomie externe.
Genre	Perception sociétale du masculin ou du féminin.
Identité de genre	Idée qu'une personne se fait d'elle-même en ce qui a trait à son genre (c'est-à-dire homme, femme, une combinaison des deux ou aucun des deux). L'identité de genre n'est pas visible par les autres et ne se confond pas avec l'orientation sexuelle (Renseignements généraux, point 2).
Transgenre (trans; non-coïncidence de genre; diversité de genre)	L'identité de genre de la personne diffère du sexe assigné à la naissance.
Femme transgenre/femme trans / transféminine	Le sexe assigné à la naissance est masculin, mais l'identité de genre est féminine.
Transgenre/ homme transgenre/transmasculin	Le sexe assigné à la naissance est féminin, mais l'identité de genre est masculine.
Cisgenre (non-transgenre)	Description de la personne dont l'identité de genre coïncide avec le sexe assigné à la naissance.
Genderqueer/de genre queer (non-binaire; non conforme quant au genre)	Identité de genre qui se situe en dehors des catégories du masculin et du féminin. Une personne peut s'identifier comme ni homme ni femme (non binaire) ou avoir une identité de genre fluide et à multiples facettes.
Bispirituel	Terme utilisé par les autochtones pour décrire les personnes qui s'identifient comme dotées d'un esprit à la fois masculin et féminin. Les cultures autochtones ont une longue tradition de diversité sexuelle et de genre; les rôles et les termes se rapportant aux personnes bispirituelles diffèrent d'une nation à l'autre.
Dysphorie de genre (Renseignements généraux, points 1, 12)	Malaise ou détresse causés par la non-concordance de l'identité de genre avec le sexe assigné à la naissance. Toutes les personnes transgenres ne souffrent pas de dysphorie.
Expression de genre	Manifestation extérieure de l'identité de genre d'une personne (p. ex., nom, pronoms, comportement, vêtements, coiffure, intérêts).
Transition de genre (affirmation de genre; confirmation de genre)	Processus de reconnaissance, d'acceptation et d'expression de l'identité de genre lorsqu'elle diffère du sexe assigné à la naissance. Cela peut consister à vivre socialement en assumant un autre rôle de genre ou à effectuer des changements physiques : • Modifications de l'habillement, de la voix, de la démarche, de la pilosité faciale et corporelle. • Accessoires d'adaptation : serrage ou bandage; sous-vêtements de compression (« gaff »), de rembourrages, soutiens-gorges matelassés. • Hormonothérapie. • Intervention chirurgicale. La démarche varie selon les individus et ne comprend pas toujours une intervention chirurgicale ou une hormonothérapie.
Intersexe	État rare dans lequel l'anatomie à la naissance ne correspond pas aux caractères typiques des corps masculins et féminins (p. ex., chromosomes, gonades, organes génitaux ou autres caractéristiques sexuelles secondaires). Certaines personnes intersexuées se considèrent comme transgenres, et d'autres non.

Ne pas utiliser	Pourquoi?	Utiliser plutôt
Changement de sexe/sexe avant l'intervention/ sexe après l'intervention	Met trop l'accent sur le rôle de l'intervention chirurgicale dans la transition	Transition
Chirurgie de changement de sexe	Terme ancien et obsolète	Chirurgie d'affirmation (ou de confirmation) de genre
Sexe biologique ou sexe génétique	Met l'accent sur la biologie plutôt que sur l'identité de genre	Sexe masculin/féminin assigné à la naissance
Nom « véritable »	Met l'accent sur le nom officiel plutôt que sur le nom choisi; parfois désigné comme le « nom mort »	Nom choisi ou nom utilisé
Travelo	Péjoratif	Trans ou transgenre
Hermaphrodite	Péjoratif	Intersexe
Travesti	Péjoratif	« Drag queen » ou « drag king »
Transsexuel	Terme offensant hors d'usage	Transgenre

1. Le mot transgenre signifie que l'**identité de genre** d'une personne ne correspond pas au **sexe qui lui a été assigné à la naissance** et recouvre un large éventail d'identités (encadré 1). L'expression de l'identité de genre peut varier considérablement et peut évoluer dans le temps. Celle-ci peut prendre des formes très diverses : pas de manifestation extérieure, vie sociale en tant que personne transgenre (p. ex., changement de nom, habillement, coiffure, pilosité, démarche) et transition physique (hormonothérapie, chirurgie). Lorsque l'**expression du genre** est niée ou non respectée, certaines personnes transgenres peuvent éprouver un malaise ou une détresse. Certains aspects de cette détresse trouvent leur origine dans leur malaise physique, mais ce sentiment peut être encore aggravé par la marginalisation sociale. Bien que la **dysphorie de genre** soit un diagnostic établi suivant les critères du DSM (Renseignements généraux, point 12) et prêtant à controverse, c'est souvent une condition nécessaire d'admissibilité à un traitement pharmaceutique et chirurgical.

2. Les études de population ne permettent pas actuellement de déterminer le nombre de personnes transgenres au Canada[6,7]. Selon les données américaines, environ 0,6 % de la population adulte de ce pays s'identifie comme transgenre[8]. **Remarque :** L'identité de genre est distincte de l'orientation sexuelle, qui se rapporte à l'attirance sexuelle. Une personne transgenre peut être sexuellement active avec des partenaires hétérosexuels ou homosexuels, ou les deux (bisexuels)[9].

3. Les patients transgenres sont souvent confrontés à la stigmatisation, à la discrimination et aux mauvais traitements et peuvent avoir de la difficulté à obtenir un soutien familial, un logement, un travail et des soins de santé[9-13]. Toutes les personnes transgenres ne sont pas marginalisées ou vulnérables, mais les prestataires de soins de santé doivent être conscients des difficultés diverses auxquelles cette population peut faire face.
   - Violence : Il est fréquent que les personnes transgenres soient victimes de violence ou de harcèlement[4]. Une vaste enquête canadienne menée auprès de 2 873 personnes transgenres a permis d'établir que 68 % d'entre elles étaient victimes de harcèlement verbal, 16 % de violence physique, 42 % de harcèlement sexuel et 26 % d'agressions sexuelles[14]. Les données permettant de comparer les taux de victimisation chez les personnes transgenres et **cisgenres** sont limitées car de nombreuses enquêtes de population ne comportaient pas de questions sur l'identité de genre[7].
   - Emploi : Dans le cadre d'une étude portant sur les personnes transgenres en Ontario (n = 433), 18 % des répondants ont déclaré s'être vu refuser un emploi parce qu'ils étaient transgenres, 13 % ont été licenciés parce qu'ils étaient transgenres, et 15 % ont été licenciés mais ne sont pas certains que cela soit lié au fait d'être transgenre[15].
   - Suicide : Une étude ontarienne portant sur 380 personnes transgenres a révélé que 35 % d'entre elles avaient sérieusement envisagé le suicide et que 11 % avaient tenté de se suicider au cours de l'année précédente[16]. Les facteurs associés à la réduction du risque de suicide sont le soutien social, des niveaux de transphobie plus faibles, la modification des documents d'identité personnels visant à les faire correspondre à l'identité de genre, le fait de suivre une hormonothérapie et d'avoir effectué une transition médicale.

4. Les patients transgenres reçoivent généralement des services médicaux insuffisants, se heurtent souvent à des obstacles en matière de soins et ne sont pas toujours à l'aise d'aborder leurs problèmes de santé avec les cliniciens[17,18]. La mise en place d'un espace de pratique sûr et accueillant peut aider à surmonter ces difficultés, à établir de bonnes relations et à faciliter l'accès aux soins de santé aux personnes transgenres[19].

CRÉER UN ESPACE DE PRATIQUE FAVORISANT L'AFFIRMATION DE GENRE

5. *Communication:* Comme avec tous les patients, il est important d'adopter une attitude respectueuse et non critique[1,5,9]. Quelques conseils généraux de discussion sont présentés dans l'encadré 2.
   - Les mots sont importants. Familiarisez-vous avec la terminologie relative à la prise en charge des personnes transgenres (encadré 1).
   - Accueillez les patients tels qu'ils sont sans aucun préjugé (« humilité culturelle »).
   - Utilisez les noms et les pronoms indiqués par les patients. Si la carte relative aux soins de santé de la personne n'a pas été modifiée de manière à correspondre à son identité de genre, notez le nom qu'elle utilise entre parenthèses dans son dossier médical électronique et laissez des indications à cet effet (p. ex., au moyen de fenêtres contextuelles).
   - Utilisez un langage neutre ou inclusif quant au genre.
   - Limitez autant que possible les risques d'atteinte à la confidentialité. Ne présumez pas que les patients sont prêts à divulguer leur identité de genre aux membres de leur famille.

Encadré 2. Conseils généraux de discussion[1,5]

- Mon expérience dans la prise en charge des patients d'identités de genre diverses est limitée. Cependant, il est important pour moi que vous vous sentiez en sécurité dans mon cabinet. Je ferai de mon mieux pour vous offrir des soins de qualité.
- Je ne suis pas un expert en matière de soins aux personnes transgenres, mais je ferai tout mon possible pour que vous receviez les meilleurs soins.
- Comment souhaitez-vous que je m'adresse à vous?
- Quels nom et pronom aimeriez-vous que j'utilise?
- Avez-vous actuellement un partenaire amoureux ou sexuel?
- Comment votre partenaire s'identifie-t-il/elle?

6. *Protocoles à adopter dans le milieu de pratique :* Certains principes et protocoles peuvent contribuer à diminuer le malaise que les patients transgenres peuvent ressentir lors des consultations médicales, ce qui peut favoriser la continuité des soins[1,9].
   - Formation du personnel : Les assistants et le personnel infirmier du cabinet médical doivent connaître les problématiques de santé des personnes transgenres et savoir communiquer de manière respectueuse (voir les ressources dans l'annexe 1).
   - Salle d'attente : des affiches, des illustrations, des brochures et des revues présentant des couples de même sexe ou des autocollants arc-en-ciel peuvent contribuer à promouvoir l'inclusion.
   - Accueil : Utiliser la méthode en deux étapes pour obtenir des renseignements sur l'identité de genre : 1) Quelle est votre identité de genre? 2) Quel est le sexe qui vous a été assigné à la naissance? Utilisez un langage inclusif sur les formulaires (p. ex., choix de réponse « en couple » plutôt que « marié »).
   - Toilettes : prévoyez au moins une salle de toilettes neutre quant au genre.

ÉVALUATION AUX FINS DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES TRANSGENRES

7. Les patients transgenres consultent des prestataires de soins de santé pour recevoir des soins préventifs, et aborder des problèmes de santé généraux et des questions d'identité de genre (p. ex., aider à entamer les démarches de **transition de genre**, surveiller l'hormonothérapie). Chaque patient appréhende la transition différemment, si bien qu'une approche individualisée est nécessaire.

Anamnèse

8. Il peut falloir plusieurs visites pour se faire une idée complète de la situation des patients transgenres[20]. Comme avec tous les autres patients, il convient d'effectuer une anamnèse détaillée (p. ex., santé mentale, dépistage, interventions chirurgicales, vaccins, médicaments, santé sexuelle, pratiques sexuelles, consommation de substances, allergies). Informez le patient ou la patiente que vous posez ces questions car tous les tests de dépistage ou de diagnostic et les mesures de santé préventives dépendront de son anatomie et des facteurs de risque présents, ainsi que des antécédents en matière d'hormonothérapie.

9. Il est également important de comprendre le vécu de la personne en ce qui concerne le **genre**. L'encadré 3 énumère quelques conseils de discussion en vue de l'évaluation. Parmi les éléments à clarifier :
   - Antécédents relatifs à l'identité de genre.
   - Examen de l'anatomie actuelle, y compris les seins et les organes génitaux internes et externes, et tout antécédent d'hormonothérapie.
   - Éventuels objectifs de transition. Les patients peuvent être satisfaits des changements qu'ils

Encadré 3. Conseils de discussion en vue de la détermination de l'identité de genre[5,20]

- Seriez-vous d'accord pour que nous parlions de la manière dont vous définissez votre genre et de vos sentiments à ce sujet?
- Quels sont vos pensées et vos sentiments concernant votre genre?
- Votre identité de genre a-t-elle changé au fil du temps?
- Comment s'est déroulée votre puberté/adolescence?
- Par qui êtes-vous attiré(e) sur le plan sexuel et amoureux?
- Qui sont les personnes faisant partie de votre système de soutien et dans quelle mesure sont-elles disponibles?
- Souhaitez-vous que j'utilise des termes particuliers pour décrire certaines parties de votre corps?
- Avez-vous pris des mesures pour changer votre apparence afin de la faire correspondre à votre identité de genre?
- Utilisez-vous des moyens de contraction, de bandage ou un « gaff »?
- Comment imaginez-vous votre moi idéal? Quels changements, le cas échéant, prévoyez-vous effectuer?
- Qu'est-ce qui vous amène à envisager de prendre des hormones à ce stade de votre vie?
- À quelles difficultés pensez-vous être confronté(e), le cas échéant, vis-à-vis de votre famille et de vos amis?
- Comment pensez-vous gérer votre transition au travail/à l'école?
- Je vous ai entendu utiliser le terme « chirurgie au haut du corps » (ou « chirurgie au bas du corps »). Pouvez-vous me dire ce que cela signifie pour vous?

ont effectués jusqu'à présent, ou prévoir d'en effectuer d'autres (p. ex., hormonothérapie, intervention chirurgicale).
- Milieu social : soutien et sécurité.

.

10. *Mesures de santé préventives :* Les tests de dépistage sont les mêmes que pour les patients **cisgenres** et dépendent à la fois de l'anatomie actuelle et du sexe de la personne à la naissance, ainsi que des médicaments utilisés et des comportements. L'utilisation d'hormones peut affecter le risque de thromboembolie veineuse (TEV), de maladie métabolique et d'ostéoporose d'une personne (voir la section Hormonothérapie). Les recommandations des lignes directrices en matière de dépistage du cancer du sein, du col de l'utérus et de la prostate doivent être suivies en fonction de l'anatomie actuelle de la personne et de son sexe à la naissance. Il convient également de suivre les directives relatives à la vaccination (p. ex., contre le VPH) et au dépistage des ITS[1].
    - Si des hommes transgenres présentent des tissus mammaires résiduels après une chirurgie mammaire et un risque élevé de cancer du sein, il faut envisager un examen de la paroi thoracique et une échographie pour rechercher la présence de masses[21].
11. *Santé mentale :* Les patients transgenres peuvent présenter des problèmes de santé mentale sous-jacents sans rapport avec leur identité de genre. Certains peuvent souffrir de problèmes de santé mentale liés à la dysphorie de genre ou à leur expérience de vie en tant que personne transgenre (p. ex., violence, exclusion sociale, insécurité financière)[22]. Les traitements hormonaux peuvent également affecter l'humeur (voir la section Hormonothérapie).
    - Les études concernant la prévalence des problèmes de santé mentale dans cette population sont pour la plupart de mauvaise qualité et les méthodes d'évaluation varient, notamment en ce qui concerne le moment où le diagnostic de santé mentale est posé (avant ou après la transition, à différentes phases de l'hormonothérapie, etc.). Les observations sont contradictoires, certaines études faisant état de taux comparables à ceux de la population générale et d'autres de taux plus élevés[23]. Les lignes directrices sur le dépistage de divers troubles de santé mentale et du développement neurologique (p. ex., dépression, anxiété, syndrome de stress post-traumatique, trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité [TDAH], troubles alimentaires, toxicomanie, violence envers un partenaire sexuel, comportements sexuels à risque élevé et suicide) s'appliquent au même titre que dans la population générale. Voir à ce sujet les modules du PGBP intitulés « Dépression chez l'adulte : optimiser le traitement » (février 2014), « Troubles anxieux chez l'adulte » (mai 2016), « Soins tenant compte des traumatismes » (mai 2020) et « Troubles alimentaires » (mai 2019) disponibles au https://members.fmpe.org. Quelques réserves s'imposent :
        - D'après les estimations issues d'une revue systématique réalisée en 2019 auprès d'adultes transgenres aux États-Unis et au Canada, 47 % d'entre eux ont des idées suicidaires et 27 % ont fait des tentatives de suicide au cours de leur vie[24]. Les estimations concernant la population canadienne en général (≥ 15 ans) sont de l'ordre de 11,8 % pour les idées suicidaires et de 3,1 % pour les tentatives de suicide[25]. Une réduction du risque de suicide est observable lorsque la transition de genre est complète et que l'hormonothérapie est instaurée (Renseignements généraux, point 15), et en cas de soutien social, de changement de sexe indiqué sur les documents officiels et de recul de la transphobie dans l'environnement social immédiat.
        - D'après les résultats de l'enquête nationale américaine de 2011 portant sur la discrimination à l'égard des personnes transgenres (n = 6 450), parmi les facteurs de stress cumulatifs qui accroissent davantage le risque de suicide, les plus significatifs étaient la perte d'emploi liée aux préjugés, les actes d'intimidation et les agressions[26,27].
        - Une analyse de quatre ensembles de données transversales à grande échelle et d'un ensemble de données longitudinales, réalisée en 2020, a permis de conclure que « les personnes transgenres et d'identités de genre diverses présentent des taux élevés de diagnostic d'autisme, de troubles neurologiques du développement (tels que le TDAH), d'autres troubles psychiatriques et de traits autistiques, par rapport aux personnes cisgenres ». L'incidence de l'autisme non diagnostiqué peut être élevée parmi les personnes transgenres ou d'identités de genre diverses[28,29]. Bien que des études supplémentaires soient nécessaires pour confirmer les données émergentes, les auteurs insistent sur l'importance d'une approche adaptée aux besoins de chaque patient.
        - Une étude ontarienne de 2017 fait état d'une consommation de substances plus élevée chez les personnes transgenres que chez les personnes cisgenres. La différence de prévalence estimée était de 6,8 % (IC à 95 % : 1,6-10,9 %) pour la consommation de cocaïne et de 1,6 % (IC à 95 % : 0,5-2,7 %) pour la consommation d'amphétamines[6].

12. *Dysphorie de genre :* il est important d'évaluer la dysphorie de genre chez les patients qui cherchent à obtenir une hormonothérapie ou une intervention chirurgicale. En général, il est nécessaire d'établir un diagnostic pour autoriser les interventions hormonales ou chirurgicales et leur prise en charge par les régimes d'assurance. Le diagnostic différentiel comprend l'exclusion des troubles qui pourraient ressembler à la dysphorie de genre (p. ex., psychose, troubles dissociatifs, trouble dysmorphique corporel, état intersexué). Les critères diagnostiques sont présentés à l'encadré 4.

Examen physique

13. Il convient de procéder à un examen correspondant aux mesures de santé préventives applicables au sexe du patient à la naissance et adapté à son anatomie individuelle, ainsi qu'à un examen des systèmes et des facteurs de risque liés au mode de vie ou aux antécédents familiaux. Parmi les facteurs à prendre en compte, citons ceux-ci en particulier :
    - Un bandage prolongé de la poitrine peut entraîner une dégradation ou une irritation de la peau, des douleurs mammaires ou des infections fongiques[9]. Un bandage élastique peut nuire à la respiration et doit être déconseillé[20].
    - Le bandage des testicules et du pénis peut entraîner des hernies, une dégradation cutanée au niveau du périnée ou des troubles de l'anneau inguinal superficiel[9].

14. Un examen pelvien avec ou sans test de Pap peut être stressant pour certains hommes transgenres. Voici quelques moyens d'atténuer le sentiment de détresse[9] :
    - Reporter l'examen à une date ultérieure, en attendant qu'une relation de confiance soit établie.
    - Expliquer chaque étape du processus.
    - Permettre aux patients d'être accompagnés d'une personne de confiance ou d'écouter de la musique avec des écouteurs.
    - Utiliser un spéculum pédiatrique en plastique enduit de lubrifiant pour réduire l'incommodité (les patients peuvent aussi insérer le spéculum eux-mêmes).
    - Rechercher des signes d'atrophie vaginale s'il apparaît que la réalisation d'un test de Pap est ou peut être douloureuse et difficile (encadré 5).
    - Demander aux patients de prélever eux-mêmes des échantillons d'ADN aux fins du dépistage du VPH; cette méthode est associée à un taux d'acceptabilité élevé chez les hommes transgenres et présente une sensibilité et une spécificité comparables à l'auto-écouvillonnage chez les femmes cisgenres[30,31].

    Il est important de préciser qu'un test de Pap *cervical* est nécessaire, car le laboratoire peut supposer qu'il s'agit d'un échantillon anal si le sexe indiqué sur la carte relative aux soins de santé est masculin.

Encadré 5. Particularité clinique

Recommander l'auto-administration d'œstrogène vaginal (sous forme de crème ou d'ovules) pendant plusieurs semaines (en général, de deux à quatre semaines, huit au plus) avant l'examen en vue de réduire l'atrophie vaginale, ce qui rendra l'examen au spéculum moins incommodant (les patients peuvent vérifier si l'atrophie a diminué en vérifiant s'ils peuvent insérer confortablement un ou deux doigts dans le vagin).

Encadré 4. Résumé des critères du DSM-5 pour la dysphorie de genre*

Une différence marquée entre l'identité de genre de la personne et son sexe de naissance, qui persiste au moins six mois et se manifeste par au moins deux des situations suivantes :

- Une différence marquée entre l'identité de genre de la personne et ses caractéristiques sexuelles (primaires, secondaires).
- Un fort désir de se défaire de ses caractéristiques sexuelles parce qu'elles sont en conflit avec son identité de genre.
- Un fort désir de posséder les caractéristiques sexuelles de l'autre sexe.
- Un fort désir de ne pas appartenir au sexe assigné à la naissance.
- Un fort désir d'être traité comme un membre d'un autre genre.
- La ferme conviction que ses sentiments et ses réactions sont typiques de ceux des personnes d'un autre genre.

ET

La personne souffre d'une détresse ou d'une atteinte fonctionnelle importante résultant de la différence entre son identité de genre et son sexe de naissance.

* Pour connaître la formulation exacte, consulter le premier document cité après Sources.

Sources : 1) Toward Optimized Practice. *Transgender Health in Primary Care. Initial Assessment.* Edmonton, AB: Toward Optimized Practice, Alberta Government; 2019 https://top.albertadoctors.org/CPGs/Lists/CPGDocumentList/Initial-assessment-gender-dysphoria.pdf ; **2)** American Psychiatric Association. *Gender Dysphoria Diagnosis* https://www.psychiatry.org/psychiatrists/cultural-competency/education/transgender-and-gender-nonconforming-patients/gender-dysphoria-diagnosis .

HORMONOTHÉRAPIE

Remarque concernant l'instauration de l'hormonothérapie

Des conseils détaillés concernant les modalités d'instauration d'une hormonothérapie chez les patients transgenres seront peut-être présentés dans un prochain module. Les prestataires de soins primaires qui aimeraient développer leur expertise en la matière peuvent suivre une formation à cette fin (annexe 1). Vous trouverez également une liste de références en annexe. Dans de nombreuses provinces, les cliniciens de soins primaires peuvent être amenés à intervenir pour obtenir le remboursement des médicaments.

15. Les recherches de bonne qualité sur l'hormonothérapie des patients transgenres sont limitées car ce traitement vise une petite population historiquement victime de stigmatisation et de marginalisation[32]. D'après une revue systématique de sept études observationnelles (n = 552) menées auprès d'hommes et de femmes transgenres, l'hormonothérapie atténue l'anxiété et la dépression et améliore la qualité de vie [preuves de faible qualité][32]. La réduction du risque de suicide a été associée à un risque relatif (RR) de 0,52 d'avoir eu recours à l'hormonothérapie (IC à 95 % : 0,37-0,75) et à un RR de 0,38 d'avoir complété la transition médicale (IC à 95 % : 0,22-0,66) d'après une étude ontarienne (Renseignements généraux, point 3)[16]. Il faut informer les patients qui cherchent à bénéficier d'une hormonothérapie des avantages et des risques associés, en précisant bien que les données existantes sont de faible qualité. L'hormonothérapie peut également avoir une incidence sur la fertilité, ce qui est un enjeu important à aborder avec les patients[2].

Hormonothérapie féminisante (transition d'homme à femme)

16. Chez les femmes transgenres, l'hormonothérapie (œstrogène et antiandrogènes tels que la spironolactone, la cyprotérone et le finastéride) a pour effet de réduire la pilosité du visage et du corps, la masse musculaire et la libido, de stimuler la croissance des seins et de redistribuer l'adiposité corporelle dans des proportions plus féminines[1,2]. Si la personne commence un traitement hormonal après la puberté, la voix et la structure du squelette (p. ex., la taille, le tour de taille, le bassin) ne changeront pas.

17. L'annexe 2 énumère les médicaments, les posologies et la prise en charge des effets secondaires de l'hormonothérapie féminisante. L'utilisation de la progestérone dépasse le cadre de ce module car son rôle dans les soins des personnes transgenres ne fait pas l'unanimité[21]. L'objectif est de réduire le taux de testostérone pour le faire passer de la plage masculine à la plage féminine en maintenant un taux optimal d'estradiol sérique (voir « Plages de référence » au tableau 1) [opinion d'experts][9,33]. Si la carte d'assurance-santé du patient n'a pas été modifiée, demandez au laboratoire de préciser les plages de référence correspondant à l'identité de genre du patient, et non au sexe assigné à la naissance. Le tableau 1 présente les valeurs de référence.

18. Les risques de l'hormonothérapie féminisante comprennent la thrombo-embolie veineuse (TEV), les maladies cardiovasculaires, les maladies vasculaires cérébrales, le prolactinome (généralement à court terme), la cholélithiase et l'hypertriglycéridémie [preuves de faible qualité][1,33-35]. Ces effets indésirables sont rares ou n'ont pas été étudiés de manière approfondie.

Hormonothérapie masculinisante (de femme à homme)

19. Chez les hommes transgenres, les effets de l'hormonothérapie (testostérone) comprennent la chute des cheveux, l'acné, l'augmentation de la pilosité sur le corps et le visage, l'augmentation de la masse musculaire, la prise de poids, l'abaissement (ou gravité) de la voix, l'atrophie vaginale, l'hypertrophie

Tableau 1. Valeurs de référence pour l'hormonothérapie[20,33]

Test	Plage de référence pour les femmes transgenres*	Valeurs de référence comparatives pour les femmes cisgenres**	Valeurs de référence comparatives pour les hommes cisgenres**
Testostérone totale (nmol/L)	< 1,74	< 1,8	8,4–28,8
17-bêta-estradiol (pmol/L)	367–734	Phase folliculaire : 70-530 Au milieu du cycle : 235-1 310 Phase lutéale : 205-790 Femmes ménopausées : < 120	< 150

*Plage de référence proposée dans les lignes directrices de l'American College of Endocrinology et de l'American Association of Clinical Endocrinologists[33].

**Plages de référence fournies par Santé arc en ciel Ontario (SAO), un programme de Sherbourne Health. Les valeurs peuvent varier légèrement entre les laboratoires.

clitoridienne, l'arrêt des menstruations, une stérilité temporaire ou permanente et l'augmentation de la libido[1,33]. L'objectif de l'hormonothérapie est d'augmenter le taux de testostérone sérique jusqu'aux concentrations normales pour les hommes cisgenres (tableau 1). L'annexe 2 énumère les médicaments, les posologies et la prise en charge des effets secondaires.

20. Les risques de l'hormonothérapie masculinisante comprennent l'érythrocytose (hématocrite > 50 %), l'apnée du sommeil, l'hypertension, la prise de poids excessive, la rétention de sel, les changements lipémiques tels que la diminution du taux de cholestérol à lipoprotéines de haute densité (HDL) et l'acné excessive ou kystique[33,34].

Suivi des patients transgenres sous hormonothérapie

21. Il est important de suivre attentivement les patients transgenres sous hormonothérapie. Évaluer les valeurs de laboratoire tous les 6 à 12 mois une fois que le patient reçoit une dose stable. Le tableau 2 énumère les analyses de laboratoire à inclure.

22. *Tous les patients transgenres :* les principales mesures à prendre pour la gestion des risques consistent à[33,35] :
    - Éviter les doses supraphysiologiques d'hormones.
    - Évaluer les facteurs de risque cardiovasculaire (p. ex., tension artérielle, profils lipidiques, dépistage du diabète).
    - Évaluer la densité minérale osseuse (DMO) si le sujet présente des facteurs de risque d'ostéoporose. Aucune étude n'a permis de déterminer si les évaluations des risques doivent être basées sur le sexe assigné à la naissance ou sur l'identité de genre.
    - Effectuer des tests de dépistage du cancer du sein, du côlon et de l'appareil reproducteur conformément aux lignes directrices canadiennes et selon l'anatomie du patient. Les données probantes concernant le risque de cancer chez les patients transgenres sont limitées[36, 37].
    - Effectuer des tests de dépistage des ITS selon les facteurs de risque du patient.

23. *Femmes transgenres* : les principales mesures consistent à[33,35] :
    - Éviter les taux sériques d'œstrogène susceptibles d'augmenter le risque de maladie thromboembolique (p. ex., les taux supraphysiologiques en dehors de la plage normale pour les femmes).
    - Pour calculer les scores de risque cardiovasculaire, utiliser les formules pour femmes si l'hormonothérapie a été instaurée tôt dans la vie (p. ex., pendant l'adolescence ou au début de l'âge adulte), utiliser les formules pour hommes si l'hormonothérapie est instaurée plus tard[21]. D'autres options consistent à calculer le risque en fonction du sexe assigné à la naissance et de l'identité de genre, et à faire la moyenne des deux [opinion d'experts].
    - Évaluer les facteurs de risque de thromboembolie (p. ex., tabagisme, immobilisation à la suite d'une intervention chirurgicale, trouble d'hypercoagulation). Offrir des conseils pour l'abandon du tabagisme aux patients qui continuent de fumer.
    - Faire passer aux femmes transgenres des tests de dépistage de l'ostéoporose plus tôt (50-64 ans) si elles présentent un risque accru (p. ex., gonadectomie et arrêt de l'hormonothérapie, prise d'antiandrogènes sans œstrogène à long terme). Certaines études à faible effectif ont rapporté que les médicaments utilisés pour supprimer la puberté peuvent entraîner une baisse de la densité minérale osseuse (DMO); certaines études, mais pas toutes, ont montré que l'hormonothérapie neutralise ces changements[38,39].
    - Il faut savoir que l'antigène prostatique spécifique (PSA) peut être un paramètre moins fiable ou que son taux peut être faussement élevé chez les patients présentant des faibles taux d'androgènes[21].
    - Dépistage du cancer de la prostate : il n'existe aucune ligne directrice visant spécifiquement les femmes transgenres quant à l'opportunité du test de dépistage du cancer de la prostate sur la base des antécédents et/ou de tests objectifs. Quelques cas de cancer de la prostate ont été rapportés même chez des femmes transgenres ayant subi une orchidectomie[40,41]; l'incidence du cancer de la prostate chez les femmes transgenres ayant subi une orchidectomie est de 0,04 % dans l'ensemble, et de 0,13 % chez celles ayant commencé l'hormonothérapie à 40 ans ou après[42].

Tableau 2. Valeurs de laboratoire à surveiller pendant une hormonothérapie[9,21,33]

Testostérone (tous les 6-12 mois)	Antiandrogènes et œstrogène (tous les 6-12 mois)
Testostérone, formule sanguine complète, HbA_{1C}, TSH, lipides	Testostérone totale, estradiol, formule sanguine complète, ALT, HbA_{1C}, lipides, TSH Si le sujet prend de la spironolactone : créatinine et électrolytes. Si le sujet prend de la cyprotérone : prolactine tous les 12 mois.

ALT, alanine transaminase.

24. *Hommes transgenres :* les principales mesures à prendre comprennent :
    - Pour calculer les scores de risque cardiovasculaire, utiliser les formules pour hommes si l'hormonothérapie a été instaurée tôt dans la vie, utiliser les formules pour femmes si l'hormonothérapie est instaurée plus tard[21].
    - Si l'utérus est toujours intact, évaluer les causes de tout saignement continu après une période de 6 à 12 mois durant laquelle les taux de testostérone sont dans la plage des hommes[9].

CHIRURGIE D'AFFIRMATION DE GENRE

25. Certains patients transgenres peuvent souhaiter subir une intervention chirurgicale pour féminiser ou masculiniser leur corps. Les interventions chirurgicales peuvent concerner la poitrine, les organes génitaux, les organes reproducteurs et le visage (annexe 3)[2]. Le remboursement de ces interventions varie selon la province; en général, la féminisation du visage n'est pas prise en charge (annexe 4).

26. Les incidences de l'intervention chirurgicale sur la fertilité doivent être envisagées avec les patients, qui peuvent avoir besoin de temps pour y réfléchir. Les conditions d'admissibilité à la chirurgie varient légèrement d'une province à l'autre (voir l'annexe 4 pour connaître les conditions d'admissibilité, et l'annexe 1 pour la liste des ressources). Plusieurs provinces se basent sur les critères de la *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH)[43] :
    - Dysphorie de genre persistante et attestée.
    - Capacité à prendre des décisions éclairées et à donner son consentement.
    - Âge de la majorité.
    - Les problèmes médicaux ou de santé mentale importants doivent être raisonnablement maîtrisés.
    - *Pour une hystérectomie/une salpingo-oophorectomie :* tout ce qui précède plus une hormonothérapie de 12 mois ou plus (sauf si ce traitement n'est pas cliniquement indiqué).
    - *En ce qui concerne la métoïdioplastie, la phalloplastie et la vaginoplastie :* tous les critères ci-dessus, plus 12 mois continus de vie pendant lesquels le patient assume socialement son identité de genre.

POINTS CLÉS

- Environ 0,6 % des Canadiens s'identifient comme des personnes transgenres et sont confrontés à des taux de violence, de discrimination et d'obstacles aux soins de santé plus élevés que leurs homologues cisgenres.
- La création d'un « espace accueillant » pour les personnes transgenres demande un effort délibéré, notamment en matière de formation du personnel, de choix de mots, de protocoles de travail et de communication.
- Les soins de santé préventifs et le dépistage doivent être adaptés à la personne concernée.
- La forte incidence des tentatives de suicide chez les personnes transgenres exige une vigilance particulière et peut-être un dépistage ciblé, en particulier lorsque d'autres facteurs de stress entrent en jeu (p. ex., agression, discrimination professionnelle, intimidation). Les soins primaires appropriés permettent de constater une diminution du risque de suicide.
- Les personnes transgenres ne sont pas toutes désireuses d'effectuer une transition hormonale ou chirurgicale. Cependant, pour celles qui le sont, les cliniciens de soins primaires sont bien placés pour suivre les traitements et leurs effets secondaires et pour en discuter et orienter les patients suivant les besoins.

COMMENTAIRES DES HISTOIRES DE CAS

Cas numéro 1 : Jade, femme transgenre, âgée de 45 ans

Votre cabinet est-il aménagé de manière à être un espace accueillant pour une femme transgenre comme Jade?

Enseigner aux assistants, au personnel infirmier et aux autres membres du personnel du cabinet médical des pratiques respectueuses pourrait faire en sorte que les patients transgenres se sentent plus à l'aise dans votre cabinet (Renseignements généraux, points 5, 6). Les conseils de discussion figurant dans l'encadré 2 vous aideront à choisir vos mots et à formuler vos questions. La formation pourrait consister à :

- sensibiliser le personnel au langage et aux comportements critiques ou stigmatisants auxquels sont souvent confrontés les patients transgenres, et au malaise qu'ils peuvent éprouver en consultant les professionnels de la santé;
- favoriser l'humilité culturelle et l'acceptation des patients sans jugement ni préjugés (Renseignements généraux, point 5);
- utiliser autant que possible des termes respectueux des différences culturelles (Renseignements généraux, point 5, encadré 1);
- encourager le personnel à s'informer des changements

de noms, de pronoms* et d'apparence physique, qui peuvent intervenir entre deux consultations;
- apprendre au personnel à utiliser un langage non genré et à appliquer la méthode en deux étapes (poser des questions sur l'identité de genre et le sexe assigné à la naissance) durant l'entretien initial (Renseignements généraux, point 6).

D'autres pratiques de soutien aux patients transgenres consisteraient à s'assurer que le nom que le patient préfère utiliser figure dans le dossier médical électronique (p. ex., entre parenthèses). Vous pourriez utiliser les fenêtres contextuelles du dossier médical électronique pour afficher des rappels de contrôle de santé si la désignation du sexe du patient sur sa carte de santé ne correspond pas à son identité de genre (Renseignements généraux, point 5). Des affiches, des illustrations et des brochures bienveillantes dans la salle d'attente permettraient également de faire comprendre aux patients transgenres que le cabinet est un endroit sûr et accueillant (Renseignements généraux, point 6). La question des toilettes devrait être envisagée; une salle de bain non genrée contribuerait à créer un espace accueillant (Renseignements généraux, point 6).
* Il pourrait s'agir des pronoms suivants : elle/lui/eux/per (personne)/xe/ve/ze/zie; voir : https://uwm.edu/.

Quels autres renseignements pourraient vous aider à répondre aux besoins de Jade en matière de soins primaires?

Vous devriez lui demander de vous indiquer de quelle manière (p. ex., nom, ou madame ou autre chose) et par quels pronoms elle préfère qu'on s'adresse à elle.

Il serait important de se faire une idée de la personnalité de Jade, de son état de santé et de ses objectifs en matière de soins de santé. Vous pourriez prendre une anamnèse détaillée incluant les médicaments, les antécédents familiaux, les allergies, les antécédents chirurgicaux, les vaccinations, la consommation de substances, les antécédents sexuels et de santé mentale (Renseignements généraux, points 8 et 9), comme vous le feriez pour tout nouveau patient, en tenant compte de son identité sexuelle et de son anatomie existante. Étant donné que les patients transgenres sont souvent la cible de mauvais traitements et de discrimination, vous pourriez vous renseigner sur la situation sociale de Jade (logement, sécurité alimentaire, emploi) (Renseignements généraux, points 3, 9). Vous pourriez lui expliquer en quoi le dépistage sanitaire dépendra de son anatomie, et discuter des examens nécessaires (Renseignements généraux, point 10). Vous pourriez également discuter de ce que la transition représente pour elle et vous enquérir de ses projets pour la suite (Renseignements généraux, point 9). Vous seriez en mesure de mieux connaître son état de santé en commandant des analyses de laboratoire et en effectuant un examen médical à la prochaine visite (Renseignements généraux, point 13).

Communiquer avec les prestataires précédents – en l'occurrence, l'endocrinologue – vous donnerait peut-être l'occasion de poser des questions plus précises. Cela pourrait également donner à Jade l'assurance que vous êtes déterminé à l'aider en optimisant la continuité des soins et la circulation de l'information dans le cadre de ses soins.

Quelles sont les ressources locales et régionales auxquelles vous pouvez faire appel pour faciliter la prise en charge de Jade?

L'annexe 1 énumère les ressources régionales et en ligne sur les soins primaires aux patients transgenres.

Deuxième partie

Comment pourriez-vous déterminer si Jade peut bénéficier d'une chirurgie?

Vous pourriez discuter avec Jade du type d'intervention chirurgicale qu'elle envisage et chercher à savoir comment elle appréhende les répercussions sur le plan de la fertilité, de la fonction sexuelle et du risque d'interventions supplémentaires (Renseignements généraux, points 15, 26; annexe 3). Plusieurs provinces utilisent les critères de la *World Professional Association for Transgender Health* (https://www.wpath.org/) pour déterminer l'admissibilité à l'intervention chirurgicale (Renseignements généraux, point 26). Jade répond déjà à certains critères : elle vit selon son identité de genre et suit une hormonothérapie depuis plus d'un an, et elle a l'âge requis. Consultez l'annexe 4 pour connaître les exigences et les critères en vigueur dans votre province (le cas échéant). Tout problème médical ou de santé mentale doit être raisonnablement maîtrisé et, en général, il faut qu'un diagnostic de dysphorie de genre persistante (Renseignements généraux, point 12) soit établi pour qu'une intervention chirurgicale soit autorisée. Vous pourriez effectuer une évaluation de l'état de préparation à l'intervention chirurgicale si vous êtes qualifié, ou l'orienter vers un clinicien compétent (voir l'annexe 1 pour la liste des ressources).

Quelles sont les options chirurgicales qui s'offrent à Jade dans votre région?

L'annexe 4 présente un aperçu des interventions chirurgicales prises en charge dans toutes les provinces. Dans plusieurs provinces, les chirurgies génitales doivent être effectuées à Montréal, tandis que les chirurgies thoraciques peuvent être pratiquées localement.

Cas numéro 2 : Daniel, homme transgenre, âgé de 52 ans

De quelles mesures de santé préventives discuteriez-vous avec Daniel?

Vous devriez recourir aux examens et aux conseils préventifs habituels qui s'appliquent à une personne de sexe féminin à la naissance, compte tenu de son âge, de ses antécédents familiaux et d'autres facteurs de risque (p. ex., lipémie, recherche de sang occulte dans les selles, taux d'HbA_{1c}), ainsi qu'à des examens et à des interventions tenant compte de son anatomie (p. ex., test de Pap si le col de l'utérus est intact, mammographie si l'anatomie mammaire est intacte) et de ses traitements hormonaux (Renseignements généraux, points 10, 13, 14, 22, 24). La testostérone peut accroître les facteurs de risque cardiovasculaire tels que l'hypertension et la baisse du taux de C-HDL (Renseignements généraux, point 20). Vous discuteriez donc avec Daniel de l'importance des comportements préventifs (p. ex., activité physique, habitudes alimentaires, consommation limitée d'alcool, tabagisme) et de la surveillance des facteurs de risque (p. ex., tension artérielle, lipémie). Puisque Daniel a commencé les traitements hormonaux dans la quarantaine, vous pourriez calculer les scores de risque de maladies cardiovasculaires en fonction du sexe féminin (Renseignements généraux, point 24). S'il avait pris de l'œstrogène pour retarder sa puberté, le risque d'ostéopénie ou d'ostéoporose aurait pu être supérieur (Renseignements généraux, point 23). Étant donné que Daniel a toujours un utérus, vous pourriez lui demander de vous indiquer s'il a des saignements persistants. Vous procéderiez à un dépistage des ITS à la lumière des antécédents de santé sexuelle de Daniel et des risques associés (Renseignements généraux, point 22).

Quels examens de laboratoire envisageriez-vous en vue de la surveillance et de la prise en charge de l'hormonothérapie de Daniel?

Daniel prend une dose fixe de testostérone, ce qui exigerait un suivi annuel ou semestriel (Renseignements généraux, point 21). Vous pourriez demander au laboratoire d'utiliser des plages de référence masculines si le sexe indiqué sur la carte de santé n'a pas été modifié (Renseignements généraux, point 17); les plages de ces valeurs sont indiquées au tableau 1. Les autres tests à effectuer en plus du dosage de la testostérone sont la formule sanguine complète, le taux d'ALT, le taux d'HbA_{1c} avec ou sans glycémie à jeun, le bilan lipidique et le taux de TSH. Le tableau 2 présente un résumé des analyses de laboratoire dans le cadre de la surveillance de l'hormonothérapie à base de testostérone.

Quelle approche pourriez-vous adopter en ce qui concerne la santé mentale de Daniel?

Ses symptômes liés à l'humeur pourraient être de nature situationnelle (p. ex., changements liés à la quarantaine, post-traumatisme) ou hormonale (Renseignements généraux, point 11). Vous pourriez expliquer à Daniel que les effets de la prise de testostérone comprennent les changements d'humeur et de la libido (Renseignements généraux, point 19; annexe 2). Vous pourriez lui expliquer les tendances relatives à ces symptômes, certains hommes ayant signalé des troubles de l'humeur juste avant l'injection suivante, au moment où le taux de testostérone sérique peut atteindre son nadir (annexe 2). Dans ces cas, la pratique consiste souvent à augmenter la fréquence des injections [opinion d'experts]; Daniel pourrait également opter pour une voie d'administration transdermique permettant d'obtenir des taux de testostérone à l'état d'équilibre plus constants. Vous pourriez aussi examiner avec Daniel tous les autres facteurs qui, selon lui, sont susceptibles d'affecter son humeur.

Comment pourriez-vous apporter votre soutien aux patients transgenres comme Daniel, compte tenu de leurs difficultés sociales et économiques?

Il serait possible de soutenir les patients transgenres sur le plan social et économique par les moyens suivants :

- Être conscient des problèmes psychosociaux que rencontrent fréquemment les personnes transgenres (Renseignements généraux, point 3).
- Établir un historique général qui tienne compte de la situation des patients en matière d'emploi, de logement, d'antécédents de violence physique et émotionnelle, et de soutien social (Renseignements généraux, point 9).
- Être attentif aux difficultés sociales et économiques des patients au moment de leur prescrire des médicaments, de leur faire des recommandations et de les orienter.
- Connaître les ressources disponibles dans votre collectivité pouvant être utiles aux patients transgenres confrontés à des problèmes sociaux et économiques, et les recommander (feuillet d'information destiné aux patients).
- Encourager les patients à faire appel aux programmes de services sociaux locaux/provinciaux existants.

Nous apprécions toujours vos commentaires. Si vous souhaitez fournir des commentaires sur ce module, le lien suivant vous mènera à un questionnaire électronique :
http://members.fmpe.org/modulefeedback

Auteure : **Lori Regenstreif, M.D., CCMF**
Médecin de famille
Hamilton, Ontario

Réviseurs : **Justin Bell, M.D., CCMF**
Médecin de famille
Sioux Lookout, Ontario

Kathleen Moncrieff, M.D., CCMF
Médecin de famille
Calgary, Alberta

Rédactrice médicale en chef :
Lori Teeple, M.D., CCMF (méd.urg.), FCMF (soins palliatifs)
Médecin de famille, professeure agrégée de médecine et de médecine familiale, Université Western
London, Ontario

Rédactrice médicale/Coordonnatrice, Développement des modules : **Angela Eady, maîtrise en études légales, maîtrise en travail social**
Hamilton, Ontario

L'équipe de rédaction du module de la Fondation aimerait remercier Kate Foulds (Squamish, Colombie-Britannique), Amy Pieroway (Steady Brook, Terre-Neuve) et Sylvia Vantomme (Regina, Saskatchewan) qui ont participé à la table ronde initiale de ce module. De plus, la Fondation remercie les groupes-pilotes PGBP facilités par Mark Lees (Saskatoon, Saskatchewan) et Tracy Roche (St. John's, Terre-Neuve), qui ont participé à la table ronde initiale de ce module de formation et proposé des améliorations. Enfin, la Fondation souhaite remercier Roland Halil, qui a agi à titre de consultant dans la préparation de ce module.

Divulgation des conflits d'intérêts :

Lori Regenstreif, Justin Bell, Kathleen Moncrieff, Lori Teeple et Angela Eady n'en ont déclaré aucun.

Même si le plus grand soin a été apporté à la préparation des informations contenues dans ce module, le Programme ne peut en garantir la pertinence dans des cas cliniques particuliers ou chez certains patients. Les médecins et les autres professionnels de la santé doivent utiliser leur propre jugement clinique, fondé sur les circonstances particulières de chaque cas, pour décider de la prise en charge et du traitement de leur patient.

Quiconque utilise ces renseignements, le fait à ses risques, et ne peut tenir pour responsable la Fondation pour l'éducation médicale continue ni le Programme d'apprentissage en petit groupe basé sur la pratique d'aucun incident ou dommage qui pourrait découler de cet usage.

Les ressources sur le Web citées dans ce module étaient toujours actives en février 2021.

Vous pouvez accéder en ligne à ce module et à ses annexes. Rendez-vous au https://members.fmpe.org/

Ce programme est le résultat d'une collaboration entre :

La Fondation pour l'éducation médicale continue

McMaster University

© La Fondation pour l'éducation médicale continue

NIVEAUX DE PREUVES

Niveau de preuves	Type de preuves incluses
Élevé Les conclusions de l'étude ont peu de chances d'être grandement modifiées par l'information révélée lors de futures études.	• Revues systématiques/méta-analyses qui incluent une grande variété d'études bien conçues (peu de limitations/de risque de biais, directement applicable à la population ciblée; l'évaluation du sommaire a un intervalle de confiance restreint). • Études comparatives d'envergure, randomisées, multicentriques, et bien conçues.
Modéré Les conclusions de l'étude pourraient changer en fonction des résultats de futures études.	• Revues systématiques/méta-analyses d'études comportant plus de limitations/de risques de biais (études comparatives randomisées moins bien conçues, cohortes, études de cas-témoins; large intervalle de confiance de l'estimation sommaire). • Études comparatives randomisées bien conçues, de taille modérée ou unique. • Études comparatives bien conçues et cohérentes, mais non randomisées • Études d'envergure de cohortes.
Faible Les conclusions de l'étude pourraient probablement changer en fonction des résultats de futures études.	• Petites études comparatives randomisées avec risque élevé de biais. • Études comparatives ou de cohortes comportant des limites/risques de biais importants, dont les variations des résultats entre les études sont significatives, ou ne sont pas directement applicables à la population ciblée.
Très faible Les preuves provenant d'études de taille appropriée dans les populations représentatives manquent ou sont insuffisantes.	• Rapports de cas individuel ou de séries de cas • Une ou plusieurs études comportant des limites/risques de biais significatifs.

En plus de la classification ci-dessus, lorsque l'ensemble des preuves appuyant une question spécifique est limité, nous pouvons citer l'opinion d'experts à titre de niveau de preuves le plus élevé (s'il est disponible).

Sources :

1) Canadian Task Force on Preventive Health Care Quality of Evidence: https://canadiantaskforce.ca/methods/grade/.

2) U.S. Preventive Services Task Force Grade Definitions. May 2008. https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/grade-definitions.

RÉFÉRENCES

1. Klein DA, Paradise SL, Goodwin ET. Caring for transgender and gender-diverse persons: what clinicians should know. *Am Fam Physician.* 2018;98:645-53. PMID 30485050
2. Safer JD, Tangpricha V. Care of the transgender patient. *Ann Intern Med.* 2019;171:Itc1-itc16. PMID 31261405
3. Rosendale N, Goldman S, Ortiz GM, Haber LA. Acute clinical care for transgender patients: a review. *JAMA Intern Med.* 2018;178:1535-43. PMID 30178031
4. Reisner SL, Poteat T, Keatley J, et al. Global health burden and needs of transgender populations: a review. *Lancet.* 2016;388:412-36. PMID 27323919
5. Toward Optimized Practice. *Transgender Health in Primary Care. Initial Assessment.* Edmonton, AB: Toward Optimized Practice, Alberta Government;2019.
6. Scheim AI, Bauer GR, Shokoohi M. Drug use among transgender people in Ontario, Canada: disparities and associations with social exclusion. *Addict Behav.* 2017;72:151-8. PMID 28411424
7. Waite S, Denier N. A research note on Canada's LGBT data landscape: where we are and what the future holds. *Can Rev Sociol.* 2019;56:93-117. PMID 30793865
8. Flores AHJG, GJ; Brown, TNT. *How Many Adults Identify as Transgender in The United States?* Los Angeles, CA: The Williams Institute;2016.
9. Deutsch MBe. *Guidelines for the Primary and Gender-Affirming Care of Transgender and Gender Nonbinary People.* San Francisco, CA: Center of Excellence for Transgender Health;2016.
10. Winter S, Diamond M, Green J, et al. Transgender people: health at the margins of society. *Lancet.* 2016;388:390-400. PMID 27323925
11. Bucik A. *Canada: Discrimination and Violence Against Lesbian, Bisexual, and Transgender Women and Gender Diverse and Two Spirit People on the Basis of Sexual Orientation, Gender Identity and Gender Expression.* Toronto, ON: Egale Canada Human Rights Trust;2016.
12. Bauer GS, AI, for the Trans PULSE Project Team,. *Transgender People in Ontario, Canada: Statistics from the Transpulse Project to Inform Human Rights Policy.* Ontario: TransPULSE;2015.
13. Bauer GR, Scheim AI, Deutsch MB, Massarella C. Reported emergency department avoidance, use, and experiences of transgender persons in Ontario, Canada: results from a respondent-driven sampling survey. *Ann Emerg Med.* 2014;63:713-20.e1. PMID 24184160
14. The Trans PULSE Canada Team. *Trans Pusle Canada Report No. 1 of 10. Health and Health Care Access for Trans & Non-Binary People In Canada. National, Provincial, and Territorial Results.* Ontario: Trans PULSE Canada;2020.

15. Bauer GN, N; Travers R; Munro L; Pyne, J; Redman, N. *We've Got Work To Do: Workplace Discrimination and Employment Challenges for Trans People In Ontario.* Ontario: TransPULSE;2011.

16. Bauer GR, Scheim AI, Pyne J, Travers R, Hammond R. Intervenable factors associated with suicide risk in transgender persons: a respondent driven sampling study in Ontario, Canada. *BMC Public Health.* 2015;15:525. PMID 26032733

17. Bauer GR, Zong X, Scheim AI, Hammond R, Thind A. Factors impacting transgender patients' discomfort with their family physicians: a respondent-driven sampling survey. *PLoS One.* 2015;10:e0145046. PMID 26678997

18. Giblon R, Bauer GR. Health care availability, quality, and unmet need: a comparison of transgender and cisgender residents of Ontario, Canada. *BMC Health Serv Res.* 2017;17:283. PMID 28420361

19. Seelman KL, Colón-Diaz MJP, LeCroix RH, Xavier-Brier M, Kattari L. Transgender noninclusive healthcare and delaying care because of fear: connections to general health and mental health among transgender adults. *Transgend Health.* 2017;2:17-28. PMID 28861545

20. Bournes A. *Guidelines and Protocols for Hormone Therapy and Primary Health Care for Trans Clients.* Toronto, ON: Sherbourne Health Centre;2015.

21. Trans Care BC. *Gender-Affirming Care for Trans, Two-Spirit, and Gender Diverse Patients in Bc: A Primary Care Toolkit.* BC: Trans Care BC Provincial Services Authority;2017.

22. Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *Am Psychol.* 2015;70:832-64. PMID 26653312

23. de Freitas LD, Leda-Rego G, Bezerra-Filho S, Miranda-Scippa A. Psychiatric disorders in individuals diagnosed with gender dysphoria: A systematic review. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2020;74:99-104. PMID 31642568

24. Adams NJ, Vincent B. Suicidal thoughts and behaviors among transgender adults in relation to education, ethnicity, and income: a systematic review. *Transgend Health.* 2019;4:226-46. PMID 31637302

25. *Public Health Agency of Canada. Suicide in Canada: Key Statistics* [Infographic]. 2019; https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/healthy-living/suicide-canada-key-statistics-infographic/pub-eng.pdf.

26. Grant JM ML, Tanis J. *Injustice At Every Turn: A Report of the National Transgender Discrimination Survey, Executive Summary.* Washington: National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force;2011.

27. Porter KE, Brennan-Ing M, Chang SC, et al. Providing competent and affirming services for transgender and gender nonconforming older adults. *Clin Gerontol.* 2016;39:366-88. PMID 29471769

28. Thrower E, Bretherton I, Pang KC, Zajac JD, Cheung AS. Prevalence of autism spectrum disorder and attention-deficit hyperactivity disorder amongst individuals with gender dysphoria: a systematic review. *J Autism Dev Disord.* 2020;50:695-706. PMID 31732891

29. Warrier V, Greenberg DM, Weir E, et al. Elevated rates of autism, other neurodevelopmental and psychiatric diagnoses, and autistic traits in transgender and gender-diverse individuals. *Nat Commun.* 2020;11:3959. PMID 32770077

30. Reisner SL, Deutsch MB, Peitzmeier SM, et al. Test performance and acceptability of self- versus provider-collected swabs for high-risk HPV DNA testing in female-to-male trans masculine patients. *PLoS One.* 2018;13:e0190172. PMID 29538411

31. Dhillon N, Oliffe JL, Kelly MT, Krist J. Bridging barriers to cervical cancer screening in transgender men: a scoping review. *Am J Mens Health.* 2020;14:1557988320925691. PMID 32489142

32. Rowniak S, Bolt L, Sharifi C. Effect of cross-sex hormones on the quality of life, depression and anxiety of transgender individuals: a quantitative systematic review. *JBI Database System Rev Implement Rep.* 2019;17:1826-54. PMID 31021971

33. Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, et al. Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: an Endocrine Society clinical practice guideline. *Endocr Pract.* 2017;23:1437. PMID 29320642

34. Maraka S, Singh Ospina N, Rodriguez-Gutierrez R, et al. Sex steroids and cardiovascular outcomes in transgender individuals: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Endocrinol Metab.* 2017;102:3914-23. PMID 28945852

35. Weinand JD, Safer JD. Hormone therapy in transgender adults is safe with provider supervision; A review of hormone therapy sequelae for transgender individuals. *J Clin Transl Endocrinol.* 2015;2:55-60. PMID 28090436

36. Hartley RL, Stone JP, Temple-Oberle C. Breast cancer in transgender patients: A systematic review. Part 1: Male to female. *Eur J Surg Oncol.* 2018;44:1455-62. PMID 30087072

37. Joint R, Chen ZE, Cameron S. Breast and reproductive cancers in the transgender population: a systematic review. *Bjog.* 2018;125:1505-12. PMID 29706033

38. Klink D, Caris M, Heijboer A, van Trotsenburg M, Rotteveel J. Bone mass in young adulthood following gonadotropin-releasing hormone analog treatment and cross-sex hormone treatment in adolescents with gender dysphoria. *J Clin Endocrinol Metab.* 2015;100:E270-5. PMID 25427144

39. Vlot MC, Klink DT, den Heijer M, Blankenstein MA, Rotteveel J, Heijboer AC. Effect of pubertal suppression and cross-sex hormone therapy on bone turnover markers and bone mineral apparent density (BMAD) in transgender adolescents. *Bone.* 2017;95:11-9. PMID 27845262

40. Turo R, Jallad S, Prescott S, Cross WR. Metastatic prostate cancer in transsexual diagnosed after three decades of estrogen therapy. *Can Urol Assoc J.* 2013;7:E544-6. PMID 24032068

41. Miksad RA, Bubley G, Church P, et al. Prostate cancer in a transgender woman 41 years after initiation of feminization. *Jama.* 2006;296:2316-7. PMID 17105793

42. Gooren L, Morgentaler A. Prostate cancer incidence in orchidectomised male-to-female transsexual persons treated with oestrogens. *Andrologia.* 2014;46:1156-60. PMID 24329588

43. The World Professional Association for Transgender Health. *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People.* East Dundee, IL: WPATH;2012.

ANNEXE 1. Ressources destinées aux cliniciens prenant en charge les personnes transgenres

FORMATION AUX PRATIQUES DE SOINS PRIMAIRES		
Organisme	**Formation**	**Lien (voir les codes QR dans le feuillet d'information destiné aux patients)**
Ontario : Sherbourne Health/ Santé arc en ciel Ontario (SAO)	Cours agréés sur les soins culturellement adaptés aux personnes LGBTBA, les hormonothérapies et les interventions chirurgicales.	www.rainbowhealthontario.ca/
World Professional Association for Transgender Health (WPATH)	Cours de l'Initiative mondiale pour l'éducation (*Global Education Initiative* ou GEI) sur les hormonothérapies et les interventions chirurgicales destinées aux personnes transgenres.	www.wpath.org/gei/upcoming-gei-courses
Ontario : Centre de toxicomanie et de santé mentale	Formation par vidéoconférence destinée aux cliniciens de soins primaires œuvrant auprès de patients transgenres qui cherchent à bénéficier d'une hormonothérapie ou d'une chirurgie d'affirmation du genre.	camh.echoontario.ca
C.-B. : Trans Care BC (pour les médecins de la C.-B.)	Module de formation en ligne : Soins de santé primaires favorisant l'affirmation de genre (1,5 crédit Mainpro+).	www.phsa.ca/
TNL : Trans Support NL (TSNL)	Organisme à but non lucratif offrant des services de sensibilisation et de formation en matière de diversité de genres. Courriel : tsnl.umbrella@gmail.com	www.tsnl.org
Balado sur la médecine généraliste	Épisode consacré à la santé des personnes LGBTBA, animé par le Dr Justin Bell (notions de base, définitions et rôle des prestataires de soins de santé). **UTILE POUR LA FORMATION DU PERSONNEL.**	genmed.libsyn.com/

RESSOURCES POUR LA PRISE EN CHARGE EN SOINS PRIMAIRES				
Province	**Nom et lien**	**Hormonothérapie (HT)**	**Intervention chirurgicale**	**Autre**
VIRTUEL	Santé arc en ciel Ontario (SAO) sherbourne.on.ca/	Lignes directrices et protocoles		Conseils en vue de l'évaluation initiale www.rainbowhealthontario.ca/
	Alberta Medical Association Accelerating Change Transformation Team (ACTT) actt.albertadoctors.org/		Outils pratiques destinés à engager des discussions au sujet de l'intervention chirurgicale	Outil pratique en vue de l'évaluation initiale
AB	Gender Program, University of Alberta Hospital https://www.albertahealthservices.ca/	Endocrinologie	Orientation en vue d'une chirurgie	Comprend un soutien psychiatrique
C.-B.	Accès rapide à des conseils d'experts http://www.raceconnect.ca/	Consultations téléphoniques avec des spécialistes des services aux personnes transgenres. Questions concernant les soins non urgents aux patients www.raceconnect.ca/ecase/		
MB	Klinic Community Health (Winnipeg) klinic.mb.ca	Consultation pour l'ajustement posologique et la dose de l'hormonothérapie	Orientation en vue d'une chirurgie	
ON	Clinique de l'identité du genre du CAMH www.camh.ca/	On y encourage les cliniciens à envisager de prescrire l'HT, et propose un lien vers les protocoles du programme Sherbourne. En cas de préoccupations d'ordre médical concernant : les risques, orienter le patient en endocrinologie.	• Évaluations de la santé mentale • Seconde évaluation en vue d'une intervention chirurgicale • Orientation en vue d'une intervention chirurgicale	Offre des consultations avec des prestataires de soins primaires et d'autres prestataires de soins de santé afin d'aider ses clients à atteindre leurs objectifs en matière d'identité et d'expression de genre.
	Women's College Hospital www.womenscollegehospital.ca/		Chirurgie de transition pour les patients de l'Ontario	
QC	Complexe Chirurgical GRS Montréal www.grsmontreal.com/		Chirurgie de transition	
N.-B.	Clinic 554 www.clinic554.ca/	Orientations pour évaluer la disposition du patient à recevoir une HT Ordonnances d'HT	Soins préopératoires et postopératoires	Services de conseil
N.-É.	Halifax Sexual Health Centre hshc.ca/transgender-health/	Orientations pour évaluer la disposition du patient à recevoir une HT Ordonnances d'HT	• Orientations en vue de l'autorisation de l'intervention chirurgicale • Planification d'une intervention chirurgicale à Montréal • Soins postopératoires	• Soutien émotionnel • Soins généraux en matière de santé sexuelle
TNL	Site Web du gouvernement consacré à la chirurgie de transition www.health.gov.nl.ca/		Liste des évaluateurs de l'état de préparation à la chirurgie dans la province de Terre-Neuve-et-Labrador	
SK	Services de soutien Transsask www.transsask.ca/resources/guide/	Liste de prescripteurs de l'HT	Liste des évaluateurs de l'état de préparation à la chirurgie	

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org

ANNEXE 2. Hormonothérapie (HT)

HT FÉMINISANTE

Objectif : maintenir des taux de testostérone dans la plage pour femmes (< 1,8 nmol/L), et des taux d'œstrogène entre ~300 et 800 pmol/L, et effectuer des contrôles tous les 6-12 mois une fois à dose stable.

	MÉDICAMENT	DOSE Habituelle à maximale	UTILISATION Les doses initiales sont souvent plus faibles : on les augmente progressivement.	EFFETS SECONDAIRES
ANTIANDROGÈNES	**SPIRONOLACTONE (ALDACTONE)**	**100-300 mg/jour**	Généralement pour le traitement de première intention. La dose peut être fractionnée (2 f.p.j.).	Étourdissements persistants/hypotension orthostatique (passagère). Passer à la cyprotérone si les effets ne disparaissent pas.
	CYPROTÉRONE (ANDROCUR)	**25-100 mg/jour**		
	FINASTÉRIDE (PROPECIA, PROSCAR)	**1-5 mg/jour**	Réduit la chute des cheveux d'origine androgénique. Peut être ajouté à un schéma incluant œstrogène et antiandrogène.	Effets sexuels indésirables.
ŒSTROGÈNE	**17-BÊTA-ESTRADIOL (ESTRACE)**	**2-6 mg jusqu'à 8 mg/ jour par voie orale**	La dose peut être fractionnée (2 f.p.j.).	Faible libido/difficulté à maintenir une érection. Taux élevé de prolactine : hausse généralement légère. Les lignes directrices concernant le dosage régulier sont contradictoires. Élévation des transaminases : généralement transitoire.
	TIMBRE D'ESTRADIOL (ESTRADOT/ESTRADERM)	**25-200 mcg deux fois par semaine**		
	VALÉRATE D'ESTRADIOL (INJECTABLE)	**5-30 mg par voie i.m. toutes les 2 sem.**	Offert uniquement sous forme magistrale. La dose peut être fractionnée en injections hebdomadaires pour les symptômes cycliques.	

HT MASCULINISANTE

Objectif : maintenir les taux de testostérone (injection au milieu du cycle) au milieu ou à la limite supérieure de la plage pour hommes (8,4-28,8 nmol/L), et mesurer les taux tous les 6-12 mois une fois la dose stable.

	MÉDICAMENT	DOSE Habituelle à maximale	UTILISATION Les doses initiales sont souvent plus faibles : on les augmente progressivement.	EFFETS SECONDAIRES
TESTOSTÉRONE (T)	**CYPIONATE T** 100 mg/mL, suspension injectable d'huile de graine de coton **ÉNANTHATE DE TESTOSTÉRONE (DELATESTRYL)** 200 mg/mL, suspension injectable d'huile de sésame	**50-100 mg par semaine**	L'administration hebdomadaire est préférable pour réduire au minimum les fluctuations (p. ex., irritabilité ou humeur morose à la fin du cycle d'injection). Certaines personnes peuvent tolérer des injections deux fois par mois de 100-200 mg.	**Acné :** plus prononcée la première année. Si elle est chronique, il est possible de réduire la dose ou de changer de type de T. **Alopécie.** **Polyglobulie :** s'assurer que les valeurs de l'hémoglobine et de l'hématocrite sont interprétées en fonction des valeurs de référence des hommes. Si elle est grave, réduire la dose. **Élévation des transaminases :** généralement passagère **Saignement menstruel inattendu :** vérifier si l'administration de T est irrégulière. Mesurer les concentrations minimales de T, d'estradiol, de LH, de FSH. Envisager une administration plus fréquente (une fois par semaine au lieu de toutes les 2 semaines). **Sécheresse génitale interne :** mesurer les concentrations minimales de T, d'estradiol, de LH, de FSH. Envisager un ajustement de la dose. Envisager des œstrogènes vaginaux.
	Timbre transdermique (**ANDRODERM**)	**2,5-10 mg/jour**		
	Gel transdermique à 1 % (**ANDROGEL**) 12,5 mg/pompe ou sachet de 25 mg/2,5 mL	**50-100 mg/jour (4-8 pompes/jour)**	Prévenir le transfert cutané à d'autres personnes.	
	Testostérone en gel à 2 % pour administration topique sur l'aisselle (**AXIRON**)	**60-90 mg/jour (2-3 activations de la pompe/jour)**		
	Testostérone en crème 12,5 ou 25 mg/0,2 mL	**50-100 mg/jour**	Préparation magistrale.	
PROGESTATIFS*	**MÉDROXYPROGESTÉRONE IM(DEPO-PROVERA)**	**150 mg IM toutes les 12 semaines**		
	DIU libérant de la progestérone		Une dose plus élevée de progestérone est préférable pour supprimer les saignements mensuels. Dispositifs efficaces pendant 3 à 5 ans.	

LH, hormone lutéinisante; FSH, hormone folliculo-stimulante. * Progestatifs comme contraceptifs ou pour supprimer les saignements mensuels.

Sources : **1)** Trans Care BC. *Gender-Affirming Care for Trans, Two-Spirit, and Gender Diverse Patients in Bc: A Primary Care Toolkit*. BC: Trans Care BC Provincial Services Authority; 2017; **2)** Deutsch MB. *Guidelines for the Primary and Gender-Affirming Care of Transgender and Gender Nonbinary People*. San Francisco, CA: Center of Excellence for Transgender Health;2016. **3)** Hembree WC, et al. Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: an endocrine society clinical practice guideline. *Endocr Pract*. 2017;23:1437. **4)** Lee S, et al. Adverse sexual effects of treatment with finasteride or dutasteride for male androgenetic alopecia: a systematic review and meta-analysis. *Acta Derm Venereol*. 2019;99:12-7.

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org

ANNEXE 3. Chirurgies d'affirmation de genre*

TYPE	DESCRIPTION	AVANT L'OPÉRATION	RÉTABLISSEMENT
Augmentation mammaire (chirurgie au haut du corps, chirurgie de féminisation du torse)	• Bilatérale. • Poche en silicone ou remplie de silicone, placée sous le muscle pectoral de la poitrine ou les tissus mammaires existants. • Chirurgie ambulatoire suivie d'un rétablissement en quelques semaines. **COMPLICATIONS** Complications graves = rares. Certaines patientes souffrent de douleurs thoraciques persistantes.	• Abandon du tabagisme recommandé. • Prévoir un arrêt de travail et des limites de l'activité physique pendant 4 à 6 semaines après l'intervention.	• Le rétablissement complet peut prendre jusqu'à 3 mois. • Éviter de conduire pendant 2 semaines.
Mastectomie (chirurgie au haut du corps, chirurgie de masculinisation du torse)	• Mastectomie bilatérale avec ou sans masculinisation du torse. • Irréversible. • Élimine la nécessité d'un bandage des seins. • Entraîne l'incapacité d'allaiter et donne généralement lieu à des cicatrices permanentes. **COMPLICATIONS** Complications graves = rares, mais il y a un risque de sérome. Les patients peuvent ressentir de l'anxiété liée aux greffes mamelonnaires.	• Arrêt du tabac et de l'alcool recommandé pendant 4 semaines avant et après l'opération. • Prévoir de limiter les activités physiques pendant ≥ 4 semaines après l'opération. • Prévoir de limiter les activités professionnelles pendant 4-6 semaines après l'opération.	• Limiter l'amplitude des mouvements du bras, sous l'épaule, pendant 4-6 semaines. • Les drains doivent être retirés avant la reprise de la conduite. • Éviter de soulever des objets lourds ou de faire des efforts pendant 3 à 4 semaines. • Une enflure est à prévoir pendant 4-6 mois.
Métoïdioplastie (chirurgie au bas du corps, chirurgie de masculinisation des parties génitales)	• Création d'un pénis (néophallus) à partir du tissu clitoridien hypertrophié (relâchement complet des ligaments clitoridiens permettant l'allongement du clitoris et l'allongement de l'urètre jusqu'au bout du néophallus). • Permet d'uriner debout. • Le néophallus n'est généralement pas assez long pour permettre des rapports sexuels avec pénétration. • Si une vaginectomie et une scrotoplastie sont également souhaitées, l'hystérectomie et la SOB sont également requises → infertilité. **COMPLICATIONS** Risque substantiel et reprise chirurgicale supplémentaire requise → fistules, sténoses, rétrécissements, changement des sensations, infection urinaire.	• Arrêt du tabac et de l'alcool recommandé. • Conseils en matière de fertilité. • Administration de testostérone nécessaire pour agrandir le clitoris (1-2 ans). • Prévoir de limiter les activités physiques pendant ≥ 6 semaines. • Prévoir un arrêt de travail pendant ≥ 4 semaines.	• Le rétablissement complet peut prendre jusqu'à 3 mois. • Une sonde urinaire sera probablement nécessaire pendant plusieurs semaines. • Éviter de conduire pendant 2 semaines.
Phalloplastie (chirurgie au bas du corps, chirurgie de masculinisation des parties génitales)	• Chirurgie en 3 étapes sur 1 à 2 ans ou plus pour créer un pénis, un scrotum et des testicules. • Comprend une vaginectomie, une urétroplastie, une glansplastie, une scrotoplastie et un dispositif érectile (si le patient le souhaite). • Permet des rapports sexuels avec pénétration (avec dispositif érectile) et la miction en position debout. • Irréversible. • Nécessite une hystérectomie et une SOB si une vaginectomie et une scrotoplastie sont réalisées (infertilité). • En moyenne, nécessite 4 interventions chirurgicales, ou plus en cas de complications **COMPLICATIONS** Taux ≥ 33 % de complications graves ou susceptibles de changer la vie → fistule, rétrécissement, sténose, infections des tissus mous, infection urinaire, échec de la greffe, engourdissement/raideur, œdème du poignet/coude/bras (avant-bras = site donneur), lésions nerveuses, diminution de la satisfaction sexuelle, lésions à la vessie ou au rectum, complications liées à l'implant testiculaire.	• Épilation permanente méticuleuse du site donneur de l'avant-bras (≥ 6 mois avant la chirurgie). • Renoncement au tabac indispensable. • Hystérectomie requise ≥ 6 mois avant la phalloplastie. • Prévoir un arrêt de travail et une réduction des activités pendant 8 à 12 semaines. • Prévoir d'éviter toute activité intense pendant 12 semaines.	• Le renoncement au tabac est indispensable. • Il est important de suivre les directives du chirurgien pour la douche, les pansements et les sous-vêtements. • Éviter de conduire pendant 2 semaines ou plus, jusqu'à ce que le sujet puisse bouger les bras en toute sécurité. • L'enflure de la région génitale et périnéale est normale pendant ≥ 4-6 mois. • Les délais de récupération aux différents stades varient.

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org

ANNEXE 3. Chirurgies d'affirmation de genre* (suite)

TYPE	DESCRIPTION	AVANT L'OPÉRATION	RÉTABLISSEMENT
Vaginoplastie (chirurgie au bas du corps, chirurgie de féminisation des parties génitales)	• Création d'un vagin et d'une vulve (y compris le mont pubien, les lèvres, le clitoris et l'orifice urétral); ablation du pénis, du scrotum et des testicules. • Infertilité irréversible et permanente. • Possibilité d'avoir des relations sexuelles réceptives. • Possibilité d'uriner en position assise. • Il n'est plus nécessaire de « replier » les organes génitaux. • Élimine la principale source de production de testostérone endogène. • Les patients peuvent arrêter de prendre des antiandrogènes. • Certains patients peuvent ↓ leur dose d'œstrogène. • Production de testostérone presque nulle, ce qui peut ↑ le risque d'ostéoporose en l'absence d'HT. • Un faible taux de testostérone peut ↓ la libido et l'énergie. **COMPLICATIONS** Les plus fréquentes = reprises chirurgicales esthétiques/des organes génitaux externes requises (~23 %), suivies d'une sténose du méat urétral (~15 %) et infection de la plaie (~15 %).	• Abandon du tabagisme recommandé. • Conseils en matière de fertilité / banque de sperme. • Prévoir un arrêt de travail allant jusqu'à 3 mois (minimum de 4 semaines).	• Il faut suivre le calendrier des dilatations vaginales, des bains de siège et des douches vaginales. • Éviter de conduire pendant 2 semaines. • Une activité légère (marche) est bénéfique, mais il faut éviter toute activité physique vigoureuse et de soulever des charges lourdes pendant 6 semaines. • Le rétablissement complet peut prendre jusqu'à 3 mois. • Pas d'examen interne au spéculum pendant la première année.

AUTRES TYPES D'INTERVENTIONS CHIRURGICALES (Ne sont généralement pas financées par les programmes d'assurance provinciaux)	
Chirurgie faciale	Modifications des os du visage, des joues, du front, du nez, de la lisière des cheveux et des zones entourant les yeux, les oreilles ou les lèvres.
Rasage trachéal	Réduction et remodelage du cartilage thyroïdien.
Chirurgie de la voix	Modifications de la masse et/ou de la tension des cordes vocales pour augmenter la tonalité de la voix.
Liposuccion ou lipofilling	Suppression ou transfert de l'adiposité corporelle pour modeler le corps et créer la forme souhaitée.
Augmentation pectorale	Insertion d'implants sous les muscles pectoraux pour augmenter le volume et le relief des muscles.

* Voir la source n° 1 pour des renseignements plus détaillés.

SOB, salpingo-oophorectomie bilatérale.

Sources : 1) Alberta Medical Association. *Acct Guidelines for Transgender Care.* https://actt.albertadoctors.org/CPGs/Pages/Transgender-Health-Care.aspx; **2)** Trans Care BC Provincial Health Services Authority. *Gender-Affirming Care for Trans, Two-Spirit, and Gender Diverse Patients in Bc: A Primary Care Toolkit.* http://www.phsa.ca/transcarebc/Documents/HealthProf/Primary-Care-Toolkit.pdf; 3) Dunford C, Bell K, Rashid T. Genital reconstructive surgery in male to female transgender patients: a systematic review of primary surgical techniques, complication profiles, and functional outcomes from 1950 to present day. *Eur Urol Focus.* 2020. PMID 3206153

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org

ANNEXE 4. Chirurgie d'affirmation de genre financée par les provinces du Canada

Province	Intervention chirurgicale (masculinisante / féminisante)	Exigences
Colombie-Britannique http://www.phsa.ca/	**Mastectomie** **Augmentation***	1 examen • ≥ 18 mois sous HT pour l'augmentation
	Relâchement complet des ligaments clitoridiens, métoïdioplastie, phalloplastie **Vaginoplastie, vulvoplastie**	1 évaluation (2e évaluation à la discrétion du chirurgien) • ≥ 12 mois sous HT • ≥ 12 mois de vie avec son identité de genre
	Hystérectomie/salpingo-oophorectomie **Orchidectomie**	• 1 évaluation (2e évaluation à la discrétion du chirurgien) • ≥ 12 mois sous HT
Alberta (critères de la WPATH) https://www.albertahealthservices.ca	**Mastectomie** **Augmentation***	• Exige un diagnostic de dysphorie de genre posé par **psychiatre**
	Phalloplastie, métoïdioplastie **Vaginoplastie**	• Exige un diagnostic de dysphorie de genre posé par **psychiatre**
Manitoba http://klinic.mb.ca/	**Mastectomie Augmentation (selon le cas)**	• 2 évaluations (l'une par un médecin de Santé Manitoba • et l'autre chez un **psychologue**)
	Métoïdioplastie, phalloplastie **Pénectomie, vaginoplastie**	• 2 évaluations, comme pour la chirurgie thoracique • ≥ 12 mois sous HT • ≥ 12 mois de vie à temps plein dans le genre identifié avant • une métoïdioplastie, une phalloplastie, une pénectomie, une vaginoplastie
	Hystérectomie/salpingo-oophorectomie **Orchidectomie**	
	Épilation au laser féminisante **Thérapie visant à féminiser ou à masculiniser la voix**	
Ontario (critères de la WPATH) https://www.ontario.ca	**Mastectomie; Augmentation***	1 examen
	Hystérectomie/salpingo-oophorectomie **Orchidectomie, scrotectomie, vaginoplastie, vulvoplastie**	2 examens
	Vaginectomie, relâchement complet des ligaments clitoridiens, métoïdioplastie, phalloplastie, chirurgie esthétique du gland, implant pénien, scrotoplastie, implants testiculaires, urétroplasties; **Pénectomie**	
Québec (critères de la WPATH) http://santetranshealth.org/	**Mastectomie avec reconstruction**	• Toutes les chirurgies, sauf les hystérectomies, au complexe chirurgical GrS Montréal • 2 lettres d'un psychiatre, d'un psychologue ou d'un sexologue qui doit avoir vu le patient pendant ≥ 6 mois • 1 lettre du médecin de famille ou de l'endocrinologue qui prescrit des hormones (sauf dans les cas de mastectomies) • 1 lettre du médecin de famille indiquant le bon état de santé du patient
	Hystérectomie, phalloplastie, métoïdioplastie **Vaginoplastie**	
Nouveau-Brunswick (critères de la WPATH) https://www2.gnb.ca/	**Mastectomie avec masculinisation de la poitrine**	1 demande de consultation
	Hystérectomie/salpingo-oophorectomie	2 demandes de consultation (clinicien formé en CCG et professionnel en santé mentale)
	Vaginectomie, métoïdioplastie, phalloplastie et implants érectiles et testiculaires **Pénectomie, orchidectomie, vaginoplastie**	
Nouvelle-Écosse (critères de la WPATH) https://novascotia.ca/	**Mastectomie/masculinisation de la poitrine** **Augmentation mammaire***	• Lettre à l'appui de l'intervention chirurgicale du spécialiste de la N.-É. • Lettre d'un clinicien ayant reçu une formation sur les normes de la WPATH (il peut s'agir du même clinicien que le spécialiste) • Lettre d'un clinicien en soins primaires confirmant les soins postopératoires
	Hystérectomie/oophorectomie **Orchidectomie, pénectomie**	• Lettre d'un spécialiste de la N.-É. • 2 lettres de cliniciens ayant reçu une formation sur les normes de soins de la WPATH (l'un peut être le même que celui du spécialiste) • Lettre d'un clinicien en soins primaires confirmant les soinspostopératoires
	Phalloplastie, métoïdioplastie **Vaginoplastie**	
Île-du-Prince-Édouard (critères de la WPATH) https://www.princeedwardisland.ca/	**Mastectomie (sans masculinisation de la poitrine)**	• 1 demande de consultation d'un clinicien ayant reçu une formation sur les normes de la WPATH
	Hystérectomie/oophorectomie **Orchidectomie, pénectomie**	• 2 demandes de consultation d'un clinicien formé en CCG
	Relâchement complet des ligaments clitoridiens, implant érectile/testiculaire, métoïdioplastie, phalloplastie, scrotoplastie, vaginectomie **Clitoroplastie, labiaplastie, vaginoplastie**	• 2 demandes de consultation d'un clinicien formé en CCG
Terre-Neuve-et-Labrador (critères de la WPATH) https://www.health.gov.nl.ca/	**Mastectomie avec masculinisation de la poitrine** **Augmentation mammaire**	• 1 évaluation par un professionnel en santé mentale • Augmentation mammaire en cas d'aplasie des tissus mammaires après 18 mois sous HT
	Hystérectomie/salpingo-oophorectomie **Orchidectomie**	• 2 évaluations **REMARQUE :** Il est possible que la mastectomie soit réalisée dans la province, mais la plupart des interventions de CCG sont effectuées en dehors de la province.
	Métoïdioplastie, phalloplastie; Vaginoplastie	

La chirurgie peut être effectuée dans la province Chirurgie à l'extérieur de la province (généralement à GrS Montréal). * Financée en cas d'aplasie ou d'hypoplasie mammaire après ≥ 12 mois d'HT. CCG, chirurgie de confirmation du genre; HT, hormonothérapie; WPATH, *World Professional Association for Transgender Health (voir les critères sous Renseignements généraux, point 26).*

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org

FEUILLET D'INFORMATION DESTINÉ AUX PATIENTS. Ressources destinées aux patients transgenres et à leurs familles

Lieu ou type	Organisme	Description
En ligne	Trans Lifeline (sans frais) 1-877-330-6366. www.translifeline.org/	Ligne d'écoute téléphonique pour les personnes transgenres. Liste des groupes de soutien par les pairs pour les individus et leur famille.
C.-B.	Trans Care BC Service Directory www.phsa.ca/	Liste des groupes de soutien par les pairs pour les individus et leur famille.
Calgary, AB	Skipping Stone www.skippingstone.ca/	Prestation de services et d'aides ou facilitation de l'accès aux ressources (p. ex., conseillers, professionnels de la santé, autres organismes).
Saskatoon, SK	TransSask Support Services www.transsask.ca/	Fournit des ressources, un soutien social (y compris un soutien par les pairs en ligne) et une liste de prestataires de soins de santé respectueux des personnes transgenres.
Winnipeg, MB	Trans Health Klinic http://klinic.mb.ca	Fournit des services de soutien, d'orientation, de conseil et de soutien par les pairs.
Toronto, ON	Sherbourne Health Trans Health https://sherbourne.on.ca/	Accueille des groupes communautaires et de soutien et offre des soins de relève intensifs.
ON	Santé arc en ciel Ontario (SAO) https://www.rainbowhealthontario.ca/	Fournit de l'information, des ressources et un répertoire des prestataires de services respectueux des personnes transgenres.
TNL	Trans Support NL (TSNL) https://tsnl.org/ Facebook : www.facebook.com/tsnl.umbrella Courriel : tsnl.umbrella@gmail.com	Offre des services de sensibilisation et de formation à la diversité de genres, et propose plusieurs groupes de soutien par les pairs aux personnes transgenres de Terre-Neuve-et-Labrador
	Trans Support NL (groupe d'adultes) Courriel : tsnl.adults@gmail.com	Un groupe de soutien par les pairs pour tous les adultes de la région de St-John qui s'identifient comme transgenres, d'identités de genre diverses et non-binaires, y compris ceux qui s'interrogent sur leur genre.
	Quadrangle https://www.thequadnl.com	Centre communautaire destiné aux personnes et organismes BLGBTQIA+. Propose des formations axées sur les compétences professionnelles.
National	Pflag Canada https://pflagcanada.ca	Soutien en ligne et en personne pour les personnes BLGBTQIA+ et leur famille, avec des sections locales dans tout le pays.

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org
février 2021