

FICHE

Transidentité : prise en charge de l'adulte

Destinée aux médecins spécialistes en médecine générale

Adoptée par le Collège le 17 juillet 2025

Cette fiche complète la Recommandation intitulée « Transidentité : prise en charge chez l'adulte » et l'autre fiche relative à la mise en œuvre du parcours de soins.

Généralités

- L'identité de genre ne doit pas faire l'objet d'une évaluation psychiatrique spécifique.
- L'incongruence de genre évoquée dans la CIM-11 de l'OMS ne recouvre pas toutes les situations de transidentité.
- Les personnes trans ont les mêmes besoins en soins de santé globale que la population générale et doivent avoir un suivi et une prise en charge comparables à la population générale pour leurs soins courants. Le médecin accueille toute demande de soins.
- L'application des recommandations et protocoles en matière de santé doit être adaptée afin de les rendre inclusifs de la diversité des personnes.
- Le dépistage des cancers sera adapté au profil de la personne trans en fonction de ses organes et de ses antécédents personnels (médicaux et chirurgicaux) et familiaux.
- L'accueil se fait sans jugement ou idée préconçue dans un environnement bienveillant et adapté, sans différence de traitement des personnes afin d'éviter toute stigmatisation.
- La reconnaissance pleine et entière du genre exprimé est une condition majeure pour assurer la qualité de l'accompagnement. Les prénom et pronom d'usage sont utilisés dans toutes les communications.

Accueil d'une demande de transition

Comme dans toute prise en charge, l'entretien initial d'une personne trans vise à :

- accueillir la demande et proposer un accompagnement adapté aux besoins de la personne ;
- individualiser l'accompagnement en fonction des objectifs de sa transition ;
- renforcer l'autonomie de la personne dans ses décisions de soins.

L'entretien initial intègre :

- l'histoire de la personne en lien avec l'incongruence de genre, sa persistance et les besoins de la personne en matière d'affirmation de genre (soins médicaux, accompagnements, etc.) ;
- l'évaluation des facteurs de vulnérabilité en santé, des violences subies, et co-occurrences psychiatriques (troubles anxieux, troubles dépressifs, idées suicidaires et tentatives de suicide, troubles d'usage de substance, trouble de stress post-traumatique, troubles des conduites alimentaires et trouble du spectre de l'autisme) ;
- la recherche de risques spécifiques selon les demandes (prescription d'hormones, chirurgies, etc.) ;
- une information, adaptée à l'âge et aux capacités de compréhension de la personne, sur les options de transition, leurs bénéfices et leurs risques, ainsi que sur les résultats potentiels des différents traitements, afin d'éviter toute attente irréaliste. Les prises en charge irréversibles nécessitent un délai de réflexion qui soit raisonnable et proportionné ;

- une information sur les options de préservation de la fertilité et possibilités alternatives de parentalité ;
- l'évaluation des ressources et soutiens (sociaux, associatifs, familiaux) et leur maintien lors de la transition ;
- la recherche des pratiques d'automédication, sans jugement, pour en identifier les causes ;
- l'évaluation de l'autonomie et la capacité de la personne à consentir de façon éclairée. Il n'y a pas d'outil d'évaluation à utiliser de façon spécifique ;
- le recueil du consentement libre et éclairé aux soins proposés.

Cet entretien peut être une opportunité pour proposer :

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

Coordination des parcours

Le médecin accueille toute demande de soins et coordonne les soins tout au long de la transition. Le parcours de transition est personnalisé en prenant en compte les objectifs et les attentes de la personne, ainsi que les moyens envisagés et les contraintes. Ce parcours est adapté dans le temps en fonction des besoins et de leur évolution.

Selon les options de parcours, la personne est orientée vers les professionnels de santé adaptés.

Tableau 1. Orientation de la personne

Actes possibles	Spécialités et professionnels
Prescription d'hormones	médecin généraliste, endocrinologue, gynécologue, urologue, andrologue
Chirurgies (visage, pomme d'Adam, torse/poitrine, appareil génital)	chirurgien, urologue, gynécologue, ORL, autres
Soins de suite	kinésithérapeute, sage-femme, infirmier
Épilation définitive	dermatologue
Acné	dermatologue, médecin généraliste
Greffes capillaires, prothèses capillaires	chirurgien, dermatologue, prothésiste capillaire
Modification de la silhouette	fabricants de vêtements spécialisés
Voix	orthophoniste (chirurgien si nécessaire)
Accompagnement psychosocial	professionnel de santé mentale, psychologue, médecin généraliste association, pair-aidance services sociaux
Préservation de la fertilité	médecins de la reproduction et de la préservation de la fertilité

Accompagner les pratiques d'automédication afin d'en réduire le plus possible les risques par des prescriptions de traitements ou de soins infirmiers, un suivi biologique, une information sur le matériel et les gestes d'injection, une discussion sur les risques, des examens cliniques, etc.

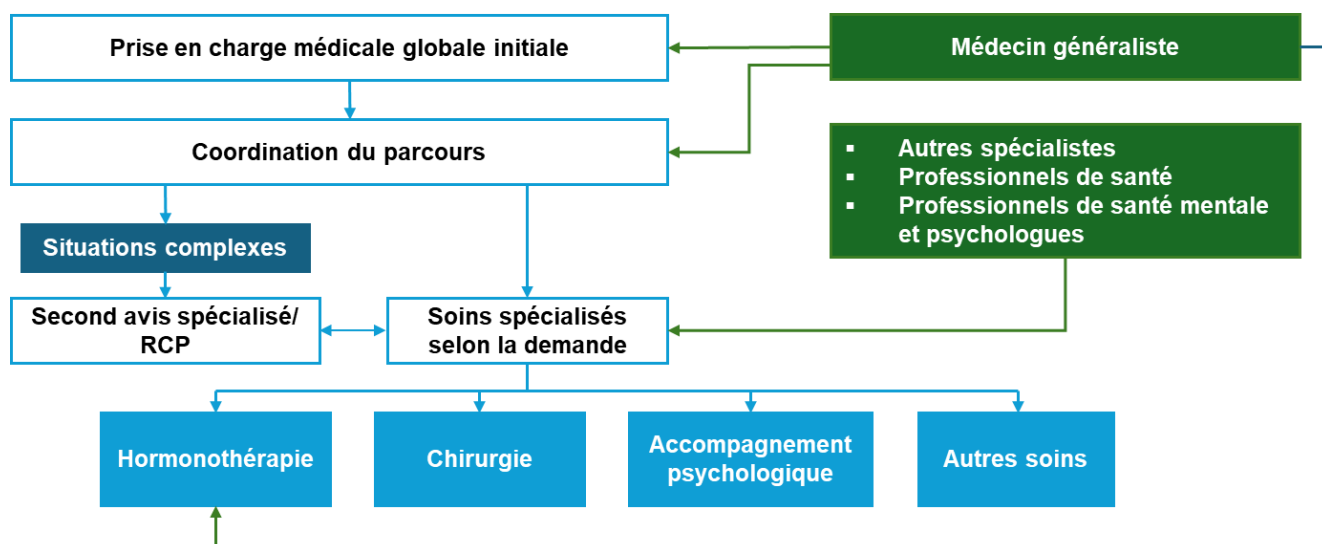


Figure 1. Rôle du médecin généraliste dans le parcours de soins

Situations complexes

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

Prescription d'hormones féminisantes

Tableau 1. Effets physiques attendus des œstrogènes

Temps moyen	Effet des œstrogènes
1-3 mois après l'instauration	Changement des odeurs corporelles Diminution de la masse musculaire Augmentation de la masse grasse Redistribution des graisses (fesses et hanches) Peau plus douce Changement de la libido Diminution des érections nocturnes, matinales ou spontanées (parfois érections moins fermes ou absence d'érections provoquées) Diminution de la production de sperme
Changements progressifs (maximum 1 à 2 ans après l'instauration)	Croissance des mamelons et des seins Diminution de la pilosité Ralentissement ou arrêt de la progression d'une calvitie Diminution de la taille testiculaire

Tableau 2. Effets physiques attendus des molécules limitant la production de testostérone

Temps moyen	Effet des bloqueurs de testostérone
1 à 3 mois après l'instauration	Diminution de la libido Diminution des érections nocturnes, matinales ou spontanées. Parfois difficulté à avoir des érections même en étant stimulées

	Diminution de la production de sperme
Changements progressifs (habituellement au moins 2 ans)	Diminution de la pilosité
	Diminution ou arrêt de la progression d'une calvitie
	Croissance modérée des seins (réversible dans certains cas seulement)

Remarque : les œstrogènes et les molécules limitant la production de testostérone ne provoquent pas de modification de la voix.

Bilan initial

- ➔ Bilan clinique avant la prescription d'hormones féminisantes
- Recueil des antécédents (personnels et familiaux)
- Information sur les effets attendus, les bénéfices et risques des différentes options et les résultats potentiels des différents traitements, afin d'éviter toute attente irréaliste
- Information sur la fertilité sous hormones et sur la possibilité de préservation
- Recherche d'une éventuelle automédication
- Examen clinique orienté par l'entretien après accord de la personne
 - . Recherche des facteurs de risques vasculaires (artériels et veineux) et oncologiques
 - . Recherche d'un terrain métabolique
 - . Mesure de la pression artérielle
 - . Recueil de la taille et du poids
- ➔ Examens biologiques
- Testostéronémie totale et estradiol
- Selon les options thérapeutiques
 - . Spironolactone : créatininémie et ionogramme sanguin
 - . Médicaments hépatotoxiques (acétate de cyprotérone, bicalutamide) : transaminases
- Recherche d'une anomalie lipidique, d'un diabète ou dépistage des IST conformément aux recommandations de la population générale
- ➔ Recueil du consentement libre et éclairé lorsqu'un traitement est envisagé

Prescription

Estradiol

- La dose de 17-bêta-estradiol est adaptée aux bilans sanguins et aux symptômes cliniques de la personne.
- Le choix de la voie d'administration prend en compte les souhaits et le mode de vie.
- En l'absence de préférence ou en cas de facteurs de risque, la voie percutanée est privilégiée.

Tableau 3. Utilisation du 17-bêta-estradiol pour une transition hormonale féminisante

17-bêta-estradiol	Dose initiale	Dose maximale pouvant être utilisée	Remarque
Transdermique « gel »	1,5-3 mg/j	6 mg/j	Très grande variabilité en fonction du site d'application ou de la surface d'étalement
Transdermique « patchs » hebdo ou bihebdo	100 µg/j	400 µg/j	Dosage le plus fort 100 µg donc parfois plusieurs patchs simultanés sont nécessaires
Oral	2-4 mg/j	8 mg/j	Si > 2 mg, 2 prises par jour
Injection intramusculaire	4 mg/sem	-	Non disponible en France pour le moment

Injection sous-cutanée	3,5-4 mg/sem	-	Non disponible en France pour le moment
------------------------	--------------	---	---

Bloqueurs de testostérone

La prise de 17-bêta-estradiol seule peut être suffisante pour freiner la testostérone.

Dans le cas contraire, l'association à une spécialité visant à diminuer la production ou l'action de la testostérone est à discuter. La diminution progressive du bloqueur pourra s'envisager dès que les effets cliniques recherchés seront stabilisés.

Si besoin, en première intention :

- spironolactone sous réserve d'une surveillance de la pression artérielle, ionique sanguine et de la fonction rénale ;
- agonistes de la GnRH (triptoréline, leuproréline) avec une utilisation éventuelle d'un autre anti-androgène pour éviter l'augmentation de la testostérone les premières semaines.

Ne sont pas recommandés en première intention :

- inhibiteurs de 5 alpha-réductase (finastéride) du fait d'un impact potentiellement négatif sur la santé mentale (dépression, idées suicidaires) ;
- bicalutamide car non suffisamment évaluée et présentant un risque de toxicité hépatique ;
- acétate de cyprotérone du fait du surrisque de méningiome et de la disponibilité de spécialités alternatives. Il peut être utilisé sur une période courte à des dosages de 25 mg/j à 25 mg tous les deux jours en suivant les règles de prescription ;
- progestérone du fait du manque de preuve de son effet.

Tableau 4. Récapitulatif des anti-androgènes utilisables pour une transition hormonale féminisante lors de l'utilisation concomitante d'œstrogènes

Molécule	Dosage initial	Dosage maximal	Surveillance spécifique	Remarque
Spironolactone	100 mg/j	200 mg/j	Fonction rénale, potassium	Effet diurétique
Triptoréline/leuproréline	3,75 mg/mois ou 11,25 mg/3 mois	-	Pas de surveillance	Effet flare-up les premiers jours. Utilisation possible d'un autre anti-androgène pour antagoniser l'effet (par exemple, spironolactone)
Acétate de cyprotérone	12,5 mg/j	25 mg/j	Prolactinémie, IRM cérébrale avant l'initiation et à 5 ans puis tous les 2 ans	En 2 ^e intention
Bicalutamide	50 mg/j	-	Fonction hépatique (transaminases)	En 2 ^e intention. Peu évaluée
Progestérone micronisée	100 mg/j	200 mg/j	Pas de surveillance	Peu évaluée. Bénéfices incertains

Suivi

La surveillance hormonale chez les personnes se fait à 3 mois, puis à une fréquence adaptée jusqu'à ce que le dosage soit dans les valeurs de référence, puis une fois par an.

Le suivi comprend :

- des entretiens cliniques pour vérifier la tolérance (signes de sur et sous-dosages), l'efficacité du traitement et la satisfaction de la personne ;
- des examens biologiques de surveillance qui sont centrés sur les effets des éventuelles thérapeutiques :

- . un dosage de l'estradiol, de la testostérone,
- . en cas d'utilisation de la spironolactone : dosage de créatininémie et ionogramme sanguin,
- . en cas d'utilisation de thérapeutiques hépatotoxiques éventuelles comme le bicalutamide : dosage des transaminases,
- . un dosage de prolactine est recommandé en cas d'apparition de céphalées, de galactorrhées ou de troubles visuels ;
- le suivi de l'évolution (selon l'âge et la durée de traitement) des facteurs de risque ;
- l'adaptation si besoin du traitement.

Les dépistages des cancers sont ceux concernant leurs organes (sein, prostate et testicule).

Une surveillance osseuse spécifique peut être nécessaire pour les personnes en sous-dosage en estradiol.

Prescription d'hormones masculinisantes

Tableau 5. Effets physiques attendus de la testostérone

Temps moyen	Effets de la testostérone
1 à 3 mois après l'instauration	Augmentation de la libido Sécheresse et diminution de l'élasticité vaginale Augmentation de la taille du dicklit (hypertrophie du clitoris 1 à 3 cm) Augmentation de la croissance, épaisseur, longueur des poils sur les jambes, bras, thorax, dos, abdomen Odeurs corporelles Peau plus grasse et acné Augmentation de la masse musculaire et de la force Redistribution des graisses avec augmentation sur l'abdomen et réduction sur les hanches
1-6 mois après l'instauration	Arrêt des menstruations
3-6 mois après l'instauration	Début de la mue de la voix (peut prendre jusqu'à un an)
1 an ou plus après l'instauration	Pousse graduelle de la barbe (habituellement 1 à 4 ans) Possible calvitie de type masculine

Bilan initial

- ➔ Bilan clinique avant la prescription d'hormones masculinisantes
- Recueil des antécédents (personnels et familiaux)
- Information sur les effets attendus, les bénéfices et risques des différentes options et les résultats potentiels des différents traitements, afin d'éviter toute attente irréaliste
- Informer les personnes des bénéfices/risques (antécédents vasculaires personnels et familiaux, conseiller l'arrêt du tabac)
- Information sur la fertilité sous hormones et sur la possibilité de préservation
- Recherche d'une éventuelle automédication
- Examen clinique orienté par l'entretien après accord de la personne :
 - . Recherche des facteurs de risques vasculaires (artériels et veineux) et oncologiques
 - . Recherche d'un terrain métabolique
 - . Mesure de la pression artérielle
 - . Recueil de la taille et du poids
- ➔ Examens biologiques

- Numération globulaire pour l'évaluation initiale de l'hémoglobine et de l'hématocrite
- Recherche d'une cytolyse hépatique et d'une cholestase
- Recherche d'une anomalie lipidique, d'un diabète ou dépistage des IST conformément aux recommandations de la population générale
- ➔ Recueil du consentement libre et éclairé
- ➔ La testostérone ne doit pas être considérée comme une contraception. Une contraception non hormonale ou progestative peut être proposée

Prescription

La voie d'administration (percutanée ou injectable) de la testostérone doit être personnalisée et adaptée au mode de vie et aux souhaits.

La dose de testostérone est adaptée aux bilans sanguins et aux symptômes cliniques. Il n'y a pas de valeur seuil ayant démontré de rapport bénéfices/risques préférable concernant la masculinisation.

Tableau 6. Utilisation de la testostérone pour une transition hormonale masculinisante

Testostérone	Dose minimale	Dose initiale	Dose maximale	Remarque
Énanthate par voie sous-cutanée ou intramusculaire	20 mg/sem	50 mg/sem	100 mg/sem	Doubler les doses si administration toutes les 2 semaines
Undécanoate par voie sous-cutanée ou intramusculaire		750 mg répétée à 4 sem puis toutes les 10 semaines		
Gel de testostérone	12,5-25 mg/matin	50 mg/matin	100 mg/matin	Variabilité en fonction du site d'application

Suivi

La surveillance hormonale chez les personnes se fait à 3 mois, puis à une fréquence adaptée jusqu'à ce que le dosage soit dans les valeurs de référence, puis une fois par an.

Le suivi comprend :

- entretien clinique pour vérifier la tolérance (signes de sur et sous-dosages) et l'efficacité du traitement et la satisfaction de la personne ;
- examens biologiques de surveillance centrés sur les effets des éventuelles thérapeutiques :
 - . un dosage de la testostérone (les concentrations de testostérone doivent correspondre à celles des hommes en fonction de l'âge),
 - . en cas de gonadectomie, un dosage de la LH,
 - . la numération globulaire pour l'évaluation de l'hémoglobine,
 - . l'hématocrite (à 3 mois de tout changement de dose) puis annuellement si inférieure à 54 % ;
- recherche de l'évolution (selon l'âge et la durée de traitement) des facteurs de risque ;
- surveillance cardiologique des personnes transmasculines sous testostérone identique à celle des hommes ;
- surveillance du cancer du sein avec ou sans mastectomie identique à celle des femmes ;
- surveillance des cancers pelviens identique à celle des femmes selon les organes ;
- la testostérone n'est pas considérée comme une contraception ;
- en cas de microdosage ou d'arrêt du traitement après gonadectomie, pas de surveillance osseuse spécifique chez les personnes transmasculines ;
- adaptation si besoin du traitement.

La diminution de la dose de la testostérone pour lutter contre l'alopecie pourra se discuter au cas par cas en prenant en compte l'impact potentiel negatif sur la virilisation et l'etat psychique.

Toutes nos publications sont telechargeables sur www.has-sante.fr