

lignes directrices en soins de première ligne d'affirmation de genre pour patients trans et non binaires

AIDE-MÉMOIRE POUR PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ DE PREMIÈRE LIGNE

Cet aide-mémoire, inspiré du document [Guidelines for Gender-Affirming Primary Care with Trans and Non-Binary Patients](#) (en anglais seulement), est conçu pour une utilisation conjointe avec la version intégrale des lignes directrices.

Messages clés

- La prescription d'une hormonothérapie aux personnes trans est une pratique qui se fait bien en première ligne.
- Les risques liés à l'abstention de l'homonothérapie sont souvent plus importants que ceux liés au traitement.

UNE APPROCHE PERSONNALISÉE

Le spectre des identités de genre et des expressions de celles-ci chez différentes personnes fait en sorte qu'il n'existe pas qu'une façon de faire. Les personnes non binaires peuvent aussi rechercher une hormonothérapie pour modifier leurs caractères sexuels secondaires. Certaines personnes qui décident de prendre des hormones pour réaliser leur transition pourraient vouloir une féminisation ou une masculinisation maximale, alors que d'autres préféreront une apparence plus androgyne.

LA DÉCISION DE DÉBUTER UNE HORMONOTHÉRAPIE

La décision de débiter une hormonothérapie est un processus centré sur le patient, réalisé en collaboration, et axé sur la préparation psychosociale et le consentement éclairé. Le professionnel de la santé de première ligne (avec ou sans l'appui d'une équipe multidisciplinaire) peut rendre possible un processus décisionnel qui éclaire, instruit et soutient les patients. Il importe que soient pris en considération, pour chaque personne demandant une hormonothérapie, non seulement les risques liés au traitement, mais également les risques souvent graves de ne pas traiter.

AVIS DE NON-RESPONSABILITÉ:

Les présentes lignes directrices reflètent la pratique courante au Sherbourne Health ayant trait à la prise en charge des patients trans. Notre intention n'est pas de les présenter en tant que « norme de soins », mais plutôt de guide venant en aide au personnel clinicien dans le cadre de leur pratique quotidienne. Il conviendrait d'envisager des adaptations de ces lignes directrices à la situation unique de chaque personne. Le personnel clinique doit se fier à ses compétences spécialisées et à son aptitude à prendre des décisions lors de chaque consultation.

TERMINOLOGIE

CIS: Qualifie l'état d'harmonisation entre l'identité de genre d'une personne et le genre qui lui a été assigné à la naissance. Le terme « cisgenre » est aussi employé. Les hommes non trans sont donc des « hommes cis » et les femmes non trans, des « femmes cis ». Il est préférable (et plus exact) d'utiliser le terme « cis » au lieu de « biologique », « génétique » ou « réel ». Il est également préférable de parler d'homme cis ou de femme cis, plutôt que de dire simplement « homme » ou « femme, » pour parler des personnes non trans. Si le terme cis n'est pas utilisé pour décrire les personnes non trans, cela sous-entend que cette identité est la « norme, » ce qui contribue à alimenter le cissexisme.

TRANS: Terme général qui englobe les personnes qui ne sont pas cis, qui inclut aussi les personnes qui sont (ou qui s'identifient comme) non binaires, les hommes trans et les femmes trans.

NON BINAIRE: Terme général qualifiant toute personne qui ne s'identifie pas avec une identité de genre binaire et statique. Ceci inclut, entre autres, les personnes *genderqueer*, bigenre, multigenre, de genre fluide et agenre (ceci n'est pas une liste exhaustive).

Hormonothérapie masculinisante

La testostérone constitue la **pierre angulaire de l'hormonothérapie** pour les patients transmasculins. L'objectif de ce traitement est la virilisation, soit le développement de caractères sexuels secondaires masculins. Ce traitement entraîne des effets réversibles et irréversibles.

TESTOSTÉRONNE

En Ontario, la testostérone peut être administrée de manière injectable ou transdermique (timbre ou gel). Les injections sont les plus souvent utilisées en raison de leur plus grande efficacité et de leur abordabilité. Bien que les injections intramusculaires (IM) constituent le mode d'administration de la testostérone parentérale le plus populaire, l'administration sous-cutanée (SC) s'est révélée efficace sur le plan clinique et est très bien tolérée. Un passage de la voie IM à SC pourrait demander une réduction de 10 à 15 % de la dose.

PRÉCAUTIONS

Des données probantes compilées par l'*Endocrine Society* indiquent que l'hormonothérapie masculinisante est « **sécuritaire et sans risque majeur d'effets indésirables lorsqu'elle est suivie étroitement pour éviter l'apparition des quelques problèmes médicaux possibles et bien documentés¹** ».

Les mesures prévues pour diminuer les risques associés à une hormonothérapie masculinisante doivent être prises en considération et discutées avec les patients, et, si possible, être prises avant ou en même temps que l'hormonothérapie. La version intégrale des lignes directrices présente les mesures proposées liées aux précautions connues pour réduire au minimum les risques.

PRÉPARATIONS ET DOSES RECOMMANDÉES DE TESTOSTÉRONNE

Préparations	Dose initiale	Dose maximale	Coût par unité*	Coût approx.* (4 sem.)
Énanthate de testostérone (IM/SC) ^a	20-50 mg q sem. ou 40-100 mg q 2 sem.	100 mg q sem. ou 200 mg q 2 sem.	73,50 \$ par fiole de 5 mL (chaque fiole contient 200 mg/mL x 5 mL = 1 000 mg)	14 \$-29 \$ (remboursé par le PMO avec formulaire de demande au PAE)
Cypionate de testostérone (IM/SC) ^a			64 \$ par fiole de 10 mL (chaque fiole contient 100 mg/mL x 10 mL = 1 000 mg)	13 \$-26 \$ (remboursé par le PMO avec formulaire de demande au PAE)
Timbre de testostérone (transdermique) ^b	2,5-5 mg par jour	5-10 mg par jour	164 \$/60 timbres de 2,5 mg 169 \$/30 timbres de 5 mg	76,50 \$-315 \$
Gel de testostérone 1 % (transdermique)	2,5-5 g par jour (2-4 pompes, équivalent à 25-50 mg de testostérone)	5-10 g par jour (4-8 pompes, équivalent à 50-100 mg de testostérone)	67 \$/30 sachets de 2,5 g 110 \$/30 sachets de 5 g 175 \$/2 flacons pompes ^c	Sachets : 62 \$-205 \$ Flacons : 81 \$-327 \$

* Les prix estimatifs sont tirés de www.pharmacy.ca. Les prix énumérés ci-dessus étaient exacts en juin 2018 et s'appliquent à des médicaments génériques, sauf indication contraire (allant d'une faible dose à la dose maximale). Le prix comprend des honoraires de préparation normaux de 9,99 \$, qui peuvent varier d'une pharmacie à l'autre.

a) L'énanthate de testostérone est préparé avec de l'huile de sésame et le cypionate de testostérone, avec de l'huile de coton; les personnes allergiques à l'une ou l'autre de ces substances doivent recourir à l'autre agent.

b) De marque Androderm; selon la monographie du produit, le timbre de 12,2 mg procure 2,5 mg/jour et le timbre de 24,3 mg, 5 mg par jour.

c) Chaque flacon pompe procure 60 coups de pompe; 1 coup de pompe = 1,25 g de gel, équivalent à 12,5 mg de testostérone.

Contre-indications

- Grossesse ou allaitement
- Cancer actif connu, sensible aux hormones sexuelles (p. ex. sein, endomètre)
- Cardiopathie ischémique instable
- Psychose mal-contrôlée ou idées hétéro-agressives actives
- Troubles psychiatriques limitant la capacité à fournir un consentement éclairé
- Hypersensibilité à l'une des composantes de la préparation

INNOCUITÉ

Les préparations en gel présentent des risques d'exposition accidentelle pour d'autres personnes en cas de contact avec l'épiderme de la personne traitée. Ce risque est particulièrement important pour les personnes ayant de jeunes enfants ou un/e partenaire enceint/e ou prévoyant l'être.

Rappelez-vous ceci :

Un traitement par la testostérone n'empêche pas la grossesse, même si l'aménorrhée est atteinte. La testostérone est une substance tératogène – une méthode contraceptive fiable pourrait être nécessaire, selon les pratiques sexuelles.

SOINS PRÉVENTIFS

Les patients transmasculins sous hormonothérapie masculinisante ont des besoins uniques en matière de soins préventifs et font l'objet de recommandations particulières. La version intégrale des lignes directrices présente un « *Preventive Care Checklist* » adapté aux hommes trans, à utiliser en clinique.

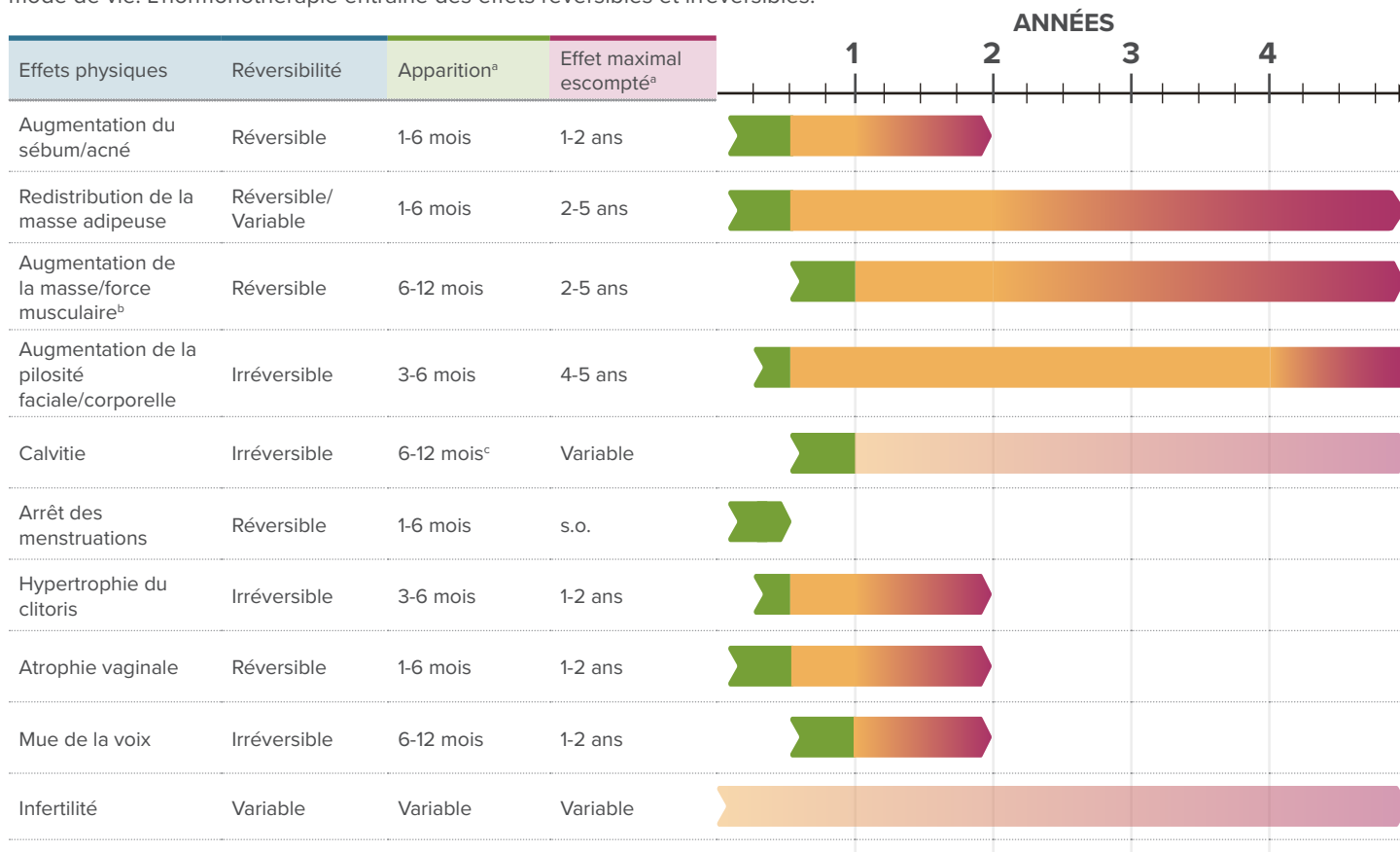
N. B. : La testostérone (sous toutes ses formes) est considérée comme une substance contrôlée au Canada; la rédaction des prescriptions doit respecter les exigences provinciales en matière de substances contrôlées.

RÉFÉRENCES

1. Weinand J, Safer J. 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(2):55–60.

EFFETS DE LA TESTOSTÉRONE ET ÉVOLUTION ESCOMPTÉE

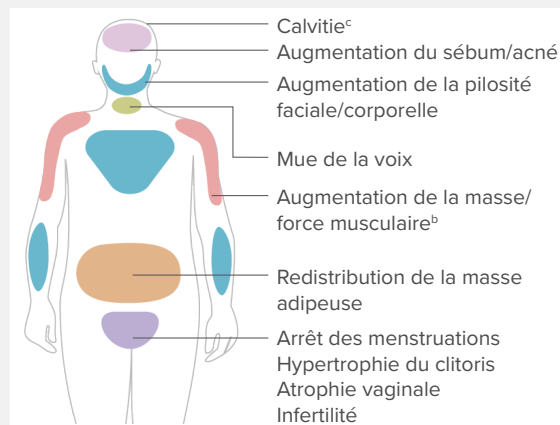
L'ampleur et la rapidité d'apparition des effets physiques dépendent de la dose et de la voie d'administration², de même que de facteurs propres à la personne, comme l'âge, le bagage génétique, la morphologie et le mode de vie. L'hormonothérapie entraîne des effets réversibles et irréversibles.



Rappelez-vous ceci :

Employez la terminologie privilégiée par le patient. Les mots « clitoris » et « vagin » peuvent ne pas convenir à certains patients, mais ce n'est pas le cas pour tous.

Les effets androgènes recherchés lors d'une hormonothérapie à base de testostérone incluent un timbre de voix plus grave, la cessation des menstruations, l'hypertrophie du clitoris, une masse musculaire plus importante, l'augmentation de la pilosité dans les zones cutanées androgénodépendantes comme le visage. Les tissus mammaires peuvent perdre leur glandularité mais, en règle générale, les seins ne perdent ni leur masse ni leur hémicircconférence. Habituellement, les personnes prenant de la testostérone constatent l'apparition de changements masculinisants échelonnés sur des mois ou des années. Les changements physiologiques pourraient apparaître légèrement plus lentement avec l'utilisation de préparations transdermiques.



a) Les estimations correspondent aux données cliniques non publiées et aux observations publiées³⁻⁶

b) Dépend grandement de la quantité d'exercice

c) Dépend beaucoup de l'âge et de l'hérédité; pourrait être minimale

REFERENCES

- Feldman J, Safer J *Hormone Therapy in Adults: Suggested Revisions to the Sixth Version of the Standards of Care*, Intl J of Transgenderism 2009;1(3)146-182, DOI: 101080/15532730903383757
- Toorians AWFT, Thomassen MCLGD, Zweegman S, Magdeleyns EJP, Tans G, Gooren LJG, et al. *Venous thrombosis and change of hemostatic variables during cross-sex hormone treatment in transsexual people*. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism 2003;88(12):5723-5729.

- Asscheman H, Gooren LJG, Assies J, Smits JPH, Slegte R. *Prolactin levels and pituitary enlargement in hormone-treated male-to-female transsexuals*. Clin Endocrinol (Oxf) 1988; 28(6): 583-588.

- Gooren LJ, Harmsen-Louman W, van Kessel H. *Follow-up of prolactin levels in long-term oestrogen-related male-to-female transsexuals with regard to prolactinoma induction*. Clin Endocrinol (Oxf) 1985; 22(2): 201-207.

- Wierckx K, Gooren L, T'Sjoen G. *Clinical Review: Breast Development in trans feminine patients Receiving Cross-Sex Hormones*. The Journal of Sexual Medicine 2014;11(5):1240-1247.

Visual reference: Tetzlaff K. *Patient's guide to transgender, trans, & gender diverse health*. 2015. https://ktetzlaffdotcom.files.wordpress.com/2015/01/tetzlaff_transhealthbooklet1.pdf

SURVEILLANCE ET AJUSTEMENTS DES DOSES

- L'administration de testostérone nécessite un protocole de surveillance de routine avant de débiter, puis après 3, 6 et 12 mois et, par la suite, une fois par année
- Dans certains cas, les professionnels de la santé préfèrent voir les personnes traitées à chaque mois jusqu'à l'atteinte d'une dose efficace.
- Les visites de suivi doivent comprendre un questionnaire, un examen physique ciblé et un bilan sanguin, de même que des conseils en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies, selon les indications.
- Habituellement, les ajustements de la dose ont lieu vers le début du traitement, souvent durant la première année. Pour la testostérone par injection, par exemple, si l'on commence à une dose de 30mg q1 semaine, on pourrait l'augmenter de 10 à 20 mg aux 4 à 6 semaines. Le rythme des ajustements dépend des résultats d'analyse, des objectifs de la personne, de sa réponse et des effets secondaires.
- Lorsque la voie d'administration choisie est l'injection, il pourrait être judicieux de varier le moment des analyses sanguines afin de recueillir des données sur les taux d'hormones sériques tout au long du cycle (pic, milieu du cycle et creux), surtout chez les personnes qui signalent des symptômes cycliques.
- Les taux d'hormones des personnes recherchant une apparence plus androgyne pourraient se situer intentionnellement à mi-chemin entre les limites de la normale masculine et féminine.
- Des taux supraphysiologiques sont à éviter en raison des risques accrus d'effets indésirables et effets secondaires et de la possibilité d'aromatation de la testostérone excédentaire en œstrogènes. Une diminution de la dose est justifiée si des taux supraphysiologiques sont mesurés au milieu ou dans le creux du cycle.
- Des saignements irréguliers ou du « spotting » sont possibles dans les premiers mois du traitement. Cependant, dès l'obtention d'une aménorrhée soutenue, tout saignement vaginal inexplicé (p. ex. à la suite d'une dose de testostérone oubliée ou réduite) justifie une investigation complète pour éliminer une hyperplasie de l'endomètre ou un cancer de l'endomètre.

Rappelez-vous ceci :

La thérapie vise les effets cliniques, non des résultats d'analyse particuliers. Si la mention du sexe indiquée sur la carte d'assurance maladie du patient n'a pas été changée, les valeurs de référence du laboratoire rapportées correspondront au sexe qui lui a été assigné à la naissance. Comme les valeurs de référence varient d'un laboratoire à l'autre, référez-vous à celles du laboratoire utilisé (souvent disponibles en ligne ou transmises par le laboratoire, sur demande).

RÉSUMÉ DE LA SURVEILLANCE DE L'HORMONOTHÉRAPIE MASCULINISANTE

Dans ce tableau, les crochets plus petits et gris pâles indiquent des paramètres mesurés dans ces circonstances particulières.

Analyses non hormonales :

Il faut se référer aux valeurs de référence masculines pour le Hb/Hct (la limite inférieure de la normale féminine peut servir si le patient a des menstruations).

	Au départ	À 3 mois	À 6 mois	À 12 mois ^{b,c}	À chaque année	Selon les lignes directrices pour personnes cisgenres, ou à la discrétion du professionnel de la santé
Examen/analyses	Examen physique ciblé avec PAP, si indiqué. Comprend : taille, poids, TA.	TA, poids				Consultez la « <i>Preventive care checklist for transmasculine patients</i> » et explications, dans la version intégrale des lignes directrices.
BILAN SANGUIN						
FSC	✓	✓	✓	✓	✓	
ALT	✓			✓ ^c		✓
HbA1c ou glycémie à jeun	✓			✓ ^c		✓
Bilan lipidique	✓			✓ ^c		✓
Testostérone totale	✓	✓	✓	✓	✓	
LH ^a	✓			✓	✓	
Autre	Hép B et C Test de grossesse (avant la première dose) Envisager : dépistage du VIH, de la syphilis et autres ITSS, selon les indications, la fréquence dépendant du risque					

N. B. : Il convient d'examiner certains paramètres plus souvent en présence de préoccupations ou de facteurs de risque

a) Post-gonadectomie : un taux de LH élevé pourrait avoir des répercussions sur la densité minérale osseuse (voir la version intégrale des Lignes directrices).

b) Seulement durant la première année de traitement.

c) Une fois, soit après 6 ou 12 mois.

Cet aide-mémoire à l'intention des professionnels de la santé de première ligne est l'œuvre de Dr Amy Bourns et produit par Santé Arc-en-ciel Ontario, un programme de Sherbourne Health, pour accompagner les [Guidelines for Gender-Affirming Primary Care with Trans and Non-Binary Patients, 4th edition](#) (en anglais seulement).