

# Demande d'approbation préalable de chirurgie de confirmation de genre



La chirurgie de confirmation de genre (CCG) est un service assuré par le régime d'assurance-maladie sous réserve de l'approbation préalable du médecin-conseil de l'Assurance-maladie.

## Directives

**A** - Vous devez remplir le présent formulaire pour demander l'approbation préalable du remboursement d'une CCG par l'Assurance-maladie.

**B** - Si vous remplissez le formulaire à la main, veuillez écrire lisiblement et bien remplir toutes les sections.

**C** - Le présent formulaire de demande de CCG doit être rempli par un médecin ou un professionnel de la santé mentale qui répond aux critères énumérés dans la version 7 ou la plus récente version des normes de soins de la World Professional Association for Transgender Health (WPATH), qui sont décrits à l'annexe B. **REMARQUE** : *Au Nouveau-Brunswick, les médecins, les infirmières praticiennes, les psychologues, les infirmières immatriculées spécialisées et les travailleurs sociaux agréés titulaires d'une maîtrise, tous ayant suivi la formation requise en CCG, ont les qualifications nécessaires pour remplir le formulaire de demande d'approbation préalable de CCG.*

**D** - Le médecin ou le professionnel de la santé mentale (voir la description à l'annexe B) qui présente une demande d'approbation préalable peut aussi être l'un des fournisseurs de soins qui signent une lettre de recommandation.

**E** - Toute lettre de recommandation de l'intervention chirurgicale doit être rédigée par un médecin ou un professionnel de la santé mentale, l'un ou l'autre ayant suivi la formation requise en CCG et ayant les qualifications minimales exigées par la WPATH (décrites à l'annexe B).

- Si une seule lettre de recommandation est requise, une lettre de recommandation d'appui peut être rédigée par un médecin ou un professionnel de la santé mentale, l'un ou l'autre ayant suivi la formation requise en CCG et ayant les qualifications minimales décrites à l'annexe B.
- Si deux lettres de recommandation sont requises, la première lettre (celle d'appui) peut être rédigée par un médecin ou un professionnel de la santé mentale (annexe B) qui entretient une relation clinique avec la personne et la deuxième lettre (celle d'évaluation) doit provenir d'un autre médecin ou professionnel de la santé mentale qui a joué un rôle d'évaluateur auprès de la personne. La lettre de recommandation d'évaluation doit être plus descriptive et comprendre les points énumérés à l'annexe A. Il est possible d'envoyer deux lettres distinctes ou une lettre signée par les deux experts si ces derniers pratiquent dans la même clinique.

**F** - Les fournisseurs de soins orienteurs seront informés de la décision prise à l'égard de la demande de financement.

**G** - Envoyer le formulaire dûment rempli et les pièces jointes par la poste ou par télécopieur aux coordonnées suivantes :

Centre métropolitain de chirurgie  
999, rue de Salaberry  
Montréal (Québec) H3L 1L2

Télécopieur : 514 288-3547

**H** - Le chirurgien et son équipe évalueront la documentation et, s'ils la jugent satisfaisante, enverront le formulaire dûment rempli et la demande officielle indiquant la chirurgie proposée au conseiller médical de l'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick aux fins d'approbation du financement.

Conseiller médical – Assurance-maladie  
Ministère de la Santé – 520, rue King  
Place-HSBC, C.P. 5100  
Fredericton (Nouveau-Brunswick) E3B 5G8

Télécopieur : 506-457-7671

**I** - Dans les cas de patients qui **ne sont pas** aiguillés vers Montréal et dont la chirurgie doit être pratiquée au Nouveau-Brunswick (p. ex. mastectomie ou hystérectomie avec salpingo-oophorectomie bilatérale), il faut envoyer le formulaire et les pièces jointes dûment remplis directement aux chirurgiens locaux, qui évalueront aussi les patients. S'ils jugent que le patient répond aux critères d'admissibilité pour la chirurgie, les spécialistes suivront les étapes décrites au point H.

# Demande d'approbation préalable de chirurgie de confirmation de genre



## I. Renseignements personnels de la patiente ou du patient

Nom de famille : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Deuxième prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Date de naissance (aaaa/mm/jj) : \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance-maladie : \_\_\_\_\_ Date d'expiration (aaaa/mm/jj) : \_\_\_\_\_

## 2. Déclaration de la patiente ou du patient

- Je réside au Nouveau-Brunswick de façon permanente.  Oui  Non
- Je suis titulaire d'une carte valide d'assurance-maladie du Nouveau-Brunswick.  Oui  Non
- J'ai 18 ans.  Oui  Non
- Mon médecin ou professionnel de la santé mentale m'a expliqué les risques et complications associés à la CCG.  Oui  Non
- Je comprends que la mastectomie avec masculinisation de la poitrine (excluant les implants), l'hystérectomie et la salpingo-ovariectomie pratiquées comme CCG sont seulement financées par l'État si elles sont réalisées au Canada, de préférence au Nouveau-Brunswick (si aucune autre intervention chirurgicale n'est comprise).  Oui  Non
- Je comprends que la reconstruction génitale (annexe C) pratiquée comme CCG est seulement financée par l'État si elle est réalisée au Centre métropolitain de chirurgie à Montréal, au Québec, et préalablement approuvée par le médecin-conseil du ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick.  Oui  Non
- Je comprends que les services suivants ne sont pas financés par l'État :
  - › les interventions associées à la CCG subies à l'extérieur du Canada;  Oui  Non
  - › les interventions associées à la CCG subies sans l'approbation préalable du médecin-conseil du ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick;  Oui  Non
  - › toute intervention non couverte par l'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick, y compris, entre autres : féminisation du visage, liposuction, chondrolaryngoplastie, chirurgie de changement du timbre de la voix, augmentation mammaire et épilation;  Oui  Non
  - › les médicaments à prendre à domicile, l'équipement, les repas, les frais de déplacement et d'hébergement et d'autres dépenses personnelles.  Oui  Non

## 3. Attestation et consentement – Signature de la patiente ou du patient

- J'atteste que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont complets et exacts.
- Je comprends que les renseignements personnels sur ma santé recueillis dans le présent formulaire et dans les documents d'appui en annexe seront seulement utilisés pour traiter ma demande et ne seront pas divulgués sans mon consentement à moins que la loi ne l'exige.

Nom (en lettres moulées) : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

# Demande d'approbation préalable de chirurgie de confirmation de genre



## 4. Coordonnées du médecin ou du professionnel de la santé mentale orienteur

Nom de famille : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ ID : \_\_\_\_\_

Adresse du cabinet : \_\_\_\_\_

Téléphone : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Télécopieur : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## 5. Déclaration du médecin ou du professionnel de la santé mentale ayant suivi la formation requise

- J'ai vérifié que la personne réside en permanence au Nouveau-Brunswick et est titulaire d'une carte d'assurance-maladie valide.  Oui  Non
- J'ai passé en revue la plus récente version des normes de soins de la World Professional Association for Transgender Health (version 7 ou plus récente) et je suis un « professionnel de la santé qualifié » selon la description donnée dans les normes de soins de la WPATH.  Oui  Non

## CRITÈRES CLINIQUES PRIMAIRES

J'ai vérifié que la personne :

- a reçu un diagnostic de dysphorie sexuelle persistante bien documenté;  Oui  Non
- a la capacité de prendre une décision éclairée et de consentir au traitement :
  - › comprend ce qu'englobe l'intervention;  Oui  Non
  - › comprend les risques et les complications associés à l'intervention;  Oui  Non
- a des problèmes médicaux ou mentaux raisonnablement contrôlés, le cas échéant;  Oui  Non
- a en place un plan de suivi ou de postobservation.  Oui  Non

## CRITÈRES CLINIQUES PARTICULIERS

### Chirurgie mammaire

Mastectomie avec masculinisation de la poitrine (excluant les implants)

- La personne a obtenu une lettre de recommandation d'appui signée par un médecin ayant suivi la formation requise en CCG ou un professionnel de la santé mentale qualifié ayant suivi la formation requise en CCG (annexe B).  Oui  Non  S. O.
- La personne a atteint l'âge de 18 ans.  Oui  Non

### Chirurgie génitale (voir la liste complète des interventions à l'annexe C)

- La personne a obtenu deux lettres de recommandation signées par un professionnel de la santé mentale qualifié ayant suivi la formation requise en CCG (annexe B). La première lettre de recommandation (celle d'appui) peut être rédigée par un médecin ou un professionnel de la santé mentale qui a principalement entretenu une relation clinique avec la personne. La deuxième lettre de recommandation (celle d'évaluation) doit provenir d'un autre médecin ou professionnel de la santé qui a joué un rôle d'évaluateur auprès de la personne.  Oui  Non  S. O.
- Douze mois consécutifs de traitement hormonal substitutif selon le rôle de genre de la personne (à moins d'une contre-indication médicale, d'une incapacité ou d'un refus de subir un traitement hormonal substitutif).  Oui  Non  S. O.
- La personne a atteint l'âge de 18 ans.  Oui  Non

### Reconstruction génitale (voir la liste complète des interventions à l'annexe C)

- La personne a subi les interventions chirurgicales génitales susmentionnées nécessaires et a passé douze mois consécutifs à vivre dans un rôle de genre qui ne correspond pas à son identité de genre (à moins qu'un motif précis soit indiqué dans une lettre de recommandation).  Oui  Non  S. O.

# Demande d'approbation préalable de chirurgie de confirmation de genre

## CRITÈRES CLINIQUES SUPPLÉMENTAIRES

- La personne est en bonne forme physique et n'a aucun problème de santé majeur qui poserait une contre-indication ou un risque de complication par rapport à l'intervention chirurgicale proposée.  Oui  Non
- La personne est psychologiquement prête à recevoir l'intervention chirurgicale.  Oui  Non
- La personne a des objectifs et des attentes réalistes par rapport à l'intervention chirurgicale.  Oui  Non
- La personne a été informée des autres interventions possibles et les comprend.  Oui  Non
- La personne a entrepris le processus d'évaluation ou de traitement de façon responsable.  Oui  Non
- La personne a un bon réseau de soutien et un mode de vie stable et son identité de genre est demeurée stable au fil du temps.  Oui  Non

## 6. Interventions proposées pour lesquelles une approbation préalable est demandée :

Veuillez dresser la liste des interventions recommandées pour lesquelles une approbation préalable est demandée (voir la liste complète des interventions à l'annexe C) :

## 7. Documents à l'appui à annexer

Pièces jointes requises :

- Une lettre de recommandation ou deux, selon l'intervention chirurgicale, signée par un professionnel de la santé mentale ayant suivi la formation requise et ayant les qualifications nécessaires en CCG (décrites à l'annexe B).  Oui  Non  
**\*REMARQUE :** Si la première lettre de recommandation (celle d'appui) est rédigée par un médecin ou un professionnel de la santé mentale qui a principalement entretenu une relation clinique avec la personne, la deuxième lettre (celle d'évaluation) doit provenir d'un autre médecin ou professionnel de la santé mentale qui a joué un rôle d'évaluateur auprès de la personne.
- Une preuve de la formation suivie par le médecin ou le professionnel de la santé mentale orienteur ou une déclaration signée confirmant que le fournisseur de services orienteur a suivi une formation en matière de CCG ou de dysphorie sexuelle (déclaration pouvant être ajoutée à même la lettre de recommandation) ou l'annexe D dûment rempli.  Oui  Non

Autres pièces jointes requises, le cas échéant :

- Un rapport du médecin qui a prescrit et supervisé le traitement hormonal substitutif.  Oui  Non  S. O.
- Des rapports sur les interventions chirurgicales qu'a subies la personne avant la CCG ou le traitement (dans le cas d'une hystérectomie ou d'une salpingo-ovariectomie, un rapport pathologique montrant que tout le col utérin a été enlevé est requis).  Oui  Non  S. O.

## 8. Attestation et recommandation - Signature du médecin ou du professionnel de la santé mentale

- J'atteste que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont complets et exacts.
- Je recommande la chirurgie de confirmation de genre pour cette personne.

Nom (en lettres moulées) : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

### Réservé à l'usage du ministère de la Santé :

La demande de financement par l'Assurance-maladie de la chirurgie de confirmation de genre de cette personne est approuvée (voir la lettre d'approbation en pièce jointe).

Conseiller médical – Assurance-maladie      Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

## ANNEXE A : Contenu des lettres de recommandation

Voici le contenu qu'il est recommandé de présenter dans les lettres de recommandation pour la chirurgie :

1. Les caractéristiques d'identification générales de la personne;
2. Les résultats de l'évaluation psychosociale de la personne, y compris tout diagnostic;
3. La durée de la relation entre le professionnel de la santé mentale et la personne, y compris le type d'évaluation et de thérapie ou de counseling offert jusqu'à cette date;
4. Une explication montrant que les critères relatifs à la chirurgie sont respectés ainsi qu'une brève description de la justification clinique qui appuie la demande de chirurgie de la personne;
5. Une déclaration confirmant l'obtention du consentement éclairé de la personne;
6. Une déclaration confirmant que le professionnel de la santé mentale est disposé à assurer la coordination des soins et à prendre un rendez-vous téléphonique pour donner suite aux mesures entreprises.

Normes de soins de la WPATH, V.7

## **ANNEXE B : Qualifications minimales des professionnels de la santé mentale qui ont les qualifications nécessaires pour remplir un formulaire de demande d'approbation préalable de chirurgie de confirmation de genre et des lettres de recommandation**

Les points suivants sont les qualifications minimales recommandées pour les professionnels de la santé mentale qui travaillent avec des adultes présentant une dysphorie sexuelle :

1. Être titulaire d'une maîtrise ou de l'équivalent dans le champ de la science du comportement clinique. Ce diplôme, ou un autre plus avancé, doit être délivré par une institution accréditée par les comités régionaux ou nationaux d'accréditation en la matière. Le professionnel de la santé mentale doit pouvoir justifier ses qualifications d'une instance reconnue dans le pays.
2. Avoir des compétences dans l'utilisation du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux ou de la Classification internationale des maladies à des fins diagnostiques.
3. Être capable de reconnaître et de diagnostiquer les problèmes de santé mentale coexistant et de les distinguer de la dysphorie sexuelle.
4. Avoir suivi une formation supervisée consignée et avoir des compétences en psychothérapie ou en counseling.
5. Avoir des connaissances documentées et étayées sur la question des expressions et des identités de genre non conformes, ainsi que sur l'évaluation et le traitement de la dysphorie sexuelle.
6. Suivre une formation continue dans l'évaluation et le traitement de la dysphorie sexuelle, ce qui peut comprendre la participation à des réunions professionnelles pertinentes, à des ateliers ou à des séminaires; l'exercice sous la surveillance d'un professionnel de la santé mentale comptant de l'expérience pertinente; ou la participation à des travaux de recherche en lien avec la non-conformité des genres ou la dysphorie sexuelle.

En plus des qualifications minimales susmentionnées, il est recommandé que les professionnels de la santé mentale développent et de maintiennent une compétence culturelle qui facilite leur travail auprès des personnes transsexuelles, transgenres ou de genre non conforme, ce qui peut se traduire par l'acquisition de connaissances au sujet des questions actuelles relatives à la communauté, à la défense des intérêts et aux politiques publiques qui touchent ces personnes et leur famille. De plus, les professionnels de la santé mentale devraient, de préférence, avoir de bonnes connaissances de la sexualité, des troubles de santé sexuelle et de l'évaluation et du traitement des troubles sexuels.

Les professionnels novices dans ce champ de pratique (quelle que soit leur formation ou leur expérience préalable) doivent travailler sous la surveillance d'un professionnel de la santé mentale de compétence reconnue dans l'évaluation et le traitement de la dysphorie sexuelle.

**REMARQUE :** Au Nouveau-Brunswick, les médecins, les infirmières praticiennes, les psychologues, les infirmières immatriculées spécialisées et les travailleurs sociaux agréés titulaires d'une maîtrise, tous ayant suivi la formation requise en CCG, ont les qualifications nécessaires pour remplir un formulaire de demande d'approbation préalable de CCG. Seuls les médecins, les infirmières praticiennes et les psychologues ont les qualifications nécessaires pour rédiger la lettre de recommandation d'appui ou celle d'évaluation. D'autres fournisseurs de services entièrement formés au WPATH/CPATH peuvent être pris en considération au cas par cas.

## **ANNEXE C : Liste des interventions chirurgicales de confirmation de genre**

### **Chirurgie mammaire :**

- **Mastectomie et masculinisation de la poitrine** (excluant les implants, qui ne sont pas couverts)

L'intervention susmentionnée devrait être pratiquée dans un hôpital public du Canada, de préférence au Nouveau-Brunswick.

### **Chirurgie génitale :**

Les interventions suivantes doivent être réalisées dans un hôpital public du Canada avant un renvoi pour une chirurgie génitale au Centre métropolitain de chirurgie, à Montréal :

- **Salpingo-ovariectomie**
- **Hystérectomie** (le col utérin doit être complètement enlevé et un rapport pathologique le confirmant doit être envoyé au Centre métropolitain de chirurgie in Montréal)

Interventions isolées :

- **Orchidectomie** (intervention pouvant être exécutée isolément si aucune vaginoplastie n'est prévue).

### **Reconstruction génitale au Centre métropolitain de chirurgie, à Montréal :**

- **Vaginoplastie** (y compris l'orchidectomie, la pénectomie, la construction de la vulve – grandes lèvres, petites lèvres et clitoris – et, si la personne le souhaite, la construction de la cavité vaginale)
- **Métaoidioplastie**
- **Phalloplastie**
- **Construction de l'urètre**
- **Insertion d'implants testiculaires**
- **Insertion d'une prothèse pénienne**

Selon les exigences de chaque patient, les interventions susmentionnées peuvent être réalisées de façon individuelle ou combinée.

# Demande d'approbation préalable de chirurgie de confirmation de genre

---



## ANNEXE D : Déclaration signée

Je déclare avoir suivi une formation en matière de chirurgie de confirmation de genre ou de dysphorie sexuelle, cette formation comprenant ce qui suit :

- Participation à des réunions professionnelles pertinentes
- Participation à des ateliers pertinents
- Participation à des séminaires pertinents
- Exercice sous la surveillance d'un professionnel de la santé mentale comptant de l'expérience pertinente
- Participation à des travaux de recherche sur la non-conformité des genres ou la dysphorie sexuelle
- Autre : \_\_\_\_\_

Nom (en lettres moulées) : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_