



HAL
open science

Analyse du parcours médical et de la prise en charge des patientes transgenres dans le cadre d'une chirurgie de féminisation faciale en france

Louis Chappuis

► **To cite this version:**

Louis Chappuis. Analyse du parcours médical et de la prise en charge des patientes transgenres dans le cadre d'une chirurgie de féminisation faciale en france. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03403661

HAL Id: dumas-03403661

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03403661>

Submitted on 26 Oct 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

CHAPPUIS, Louis

Présentée et soutenue publiquement le 24 Septembre 2021

**ANALYSE DU PARCOURS MEDICAL ET DE LA PRISE EN CHARGE DES
PATIENTES TRANSGENRES DANS LE CADRE D'UNE CHIRURGIE DE
FEMINISATION FACIALE EN FRANCE**

Président du jury : Madame BARTHELEMY Isabelle, Professeur, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Directeur de thèse : Monsieur DEPEYRE Arnaud, Docteur, CHU Clermont-Ferrand, service de chirurgie maxillo-faciale

Membres du jury : Monsieur CHOSSEGROS Cyrille, Professeur, UFR de Médecine et des professions paramédicales de Marseille

Membres du jury : Madame PHAM DANG Nathalie, Professeur, UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand



UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

CHAPPUIS, Louis

Présentée et soutenue publiquement le 24 Septembre 2021

**ANALYSE DU PARCOURS MEDICAL ET DE LA PRISE EN CHARGE DES
PATIENTES TRANSGENRES DANS LE CADRE D'UNE CHIRURGIE DE
FEMINISATION FACIALE EN FRANCE**

Président du jury : Madame BARTHELEMY Isabelle, Professeur, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Directeur de thèse : Monsieur DEPEYRE Arnaud, Docteur, CHU Clermont-Ferrand, service de chirurgie maxillo-faciale

Membres du jury : Monsieur CHOSSEGROS Cyrille, Professeur, UFR de Médecine et des professions paramédicales de Marseille

Membres du jury : Madame PHAM DANG Nathalie, Professeur, UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand



UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE D'AUVERGNE

: **JOYON** Louis
: **DOLY** Michel
: **TURPIN** Dominique
: **VEYRE** Annie
: **DULBECCO** Philippe
: **ESCHALIER** Alain

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE BLAISE PASCAL

: **CABANES** Pierre
: **FONTAINE** Jacques
: **BOUTIN** Christian
: **MONTEIL** Jean-Marc
: **ODOUARD** Albert
: **LAVIGNOTTE** Nadine

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE et
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE PLENIER
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT
VICE-PRESIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE
PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA
FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE
DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES

: **BERNARD** Mathias
: **DEQUIEDT** Vianney
: **FOGLI** Anne
: **HENRARD** Pierre VICE
: **PEYRARD** Françoise
: **PAQUIS** François



UFR DE MEDECINE

ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES

: **DETEIX** Patrice
: **CHAZAL** Jean

DOYEN
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

: **CLAVELOU** Pierre
: **ROBERT** Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BEYTOUT Jean - BOMMELAER Gilles -
BOUCHER Daniel - BUSSIÈRE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean -
CATILINA

Pierre - CHABANNES Jacques - CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe -
CITRON Bernard - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DAUPLAT Jacques -
DECHELOTTE Pierre - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - DETEIX Patrice
- ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - Mme GLANDDIER
Phyllis - MM. IRTIUM Bernard - JACQUETIN Bernard - Mme LAVARENNE Jeanine -
MM. LAVERAN Henri - LESOURD Bruno - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard -
MARCHEIX Jean- Claude - MICHEL Jean-Luc - MONDIE Jean-Michel - PHILIPPE Pierre -
PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - REY Michel - Mme
RIGAL Danièle - MM. ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques -
RIBAL Jean-Pierre - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain -
THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-
François - Mlle VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. AUMAITRE Olivier - BOITEUX Jean-Paul - CHAMOIX Alain - DUBRAY Claude -
ESCHALIER Alain - KEMENY Jean-Louis - LABBE André - Mme LAFEUILLE Hélène -
MM. LEMERY Didier - LUSSON Jean-René

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M. AVAN Paul	Biophysique et Traitement de l'Image
M. DURIF Franck	Neurologie
M. BOIRE Jean-Yves	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M. POULY Jean-Luc	Gynécologie et Obstétrique
M. CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. BAZIN Jean-Etienne	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M. BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M. BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M. CLAVELOU Pierre	Neurologie
M. GILAIN Laurent	O.R.L.
M. LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M. CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio- Vasculaire
M. DAPOIGNY Michel	Gastro-Entérologie
M. LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes

M.	PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M.	SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale
M.	BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme	DUCLOS Martine	Physiologie
M.	SCHMIDT Jeannot	Médecine d'Urgence
M.	BERGER Marc	Hématologie
M.	GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M.	ROSSET Eugénio	Chirurgie Vasculaire
M.	SOUBRIER Martin	Rhumatologie
M.	ABERGEL Armando	Hépatologie
Mlle	BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M.	RUIVARD Marc	Médecine Interne

1ère CLASSE

M.	CAILLAUD Denis	Pneumo-phtisiologie
M.	VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M.	D'INCAN Michel	Dermatologie -Vénérologie
Mme	JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
M.	GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
M.	TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M.	MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	RICHARD Ruddy	Physiologie
M.	SAPIN-DEFOUR Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M.	COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme	GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M.	TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M.	CHIAMBARETTA Frédéric	Ophthalmologie
M.	FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M.	GUY Laurent	Urologie
M.	TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière
M.	ANDRE Marc	Médecine Interne
M.	BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
M.	CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	COSTES Frédéric	Physiologie
M.	FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
Mme	HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M.	MOTREFF Pascal	Cardiologie
Mme	PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique
M.	RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique
M.	CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M.	DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme	HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
M.	POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale

2ème CLASSE

Mme CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la
Santé Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M. TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie
M. CORNELIS François	Génétique
M. LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M. BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M. BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
Mme BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du
	Développement et de la Reproduction
M. ESCHALIER Romain	Cardiologie
M. MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M. DURANDO Xavier	Cancérologie
M. DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme FANTINI Maria Livia	Neurologie
M. SAKKA Laurent	Anatomie – Neurochirurgie
M. BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIEZE Romain	Hématologie
M. POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M. SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie
M. EVRARD Bertrand	Immunologie
M. POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie
Mme PHAM DANG Nathalie	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
Mme SARRET Catherine	Pédiatrie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

1ère CLASSE

M. CLEMENT Gilles	Médecine Générale
M. VORILHON Philippe	Médecine Générale

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

2ème CLASSE

Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne	Nutrition Humaine
------------------------------	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne	Médecine Générale
M. CAMBON Benoît	Médecine Générale
M. TANGUY Gilles	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

HORS CLASSE

Mme CHAMBON Martine	Bactériologie Virologie
Mme BOUTELOUP Corinne	Nutrition
Mme FOGLI Anne	Biochimie Biologie Moléculaire
Mle GOUAS Laetitia	Cytologie et Histologie, Cytogénétique

1ère CLASSE

M. MORVAN Daniel	Biophysique et Traitement de l'Image
Mle GOUMY Carole	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. MARCEAU Geoffroy	Biochimie Biologie Moléculaire
Mme MINET-QUINARD Régine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. ROBIN Frédéric	Bactériologie
Mle VERONESE Lauren	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. DELMAS Julien	Bactériologie
Mle MIRAND Audrey	Bactériologie Virologie
M. OUCHCHANE Lemlih	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. LIBERT Frédéric	Pharmacologie Médicale
Mle COSTE Karen	Pédiatrie
Mle AUMERAN Claire	Hygiène Hospitalière
Mme CASSAGNES Lucie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. LEBRETON Aurélien	Hématologie
M. BUISSON Anthony	Gastroentérologie
M. BOUVIER Damien	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. MAQDASY Salwan	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques
Mme NOURRISSON Céline	Parasitologie - Mycologie
Mme PONS Hanaë	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction

2ème CLASSE

M.	JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie – Réanimation Chirurgicale
M.	COLL Guillaume	Neurochirurgie
M.	GODET Thomas	Anesthésiologie-Réanimation et Médecine Péri-Opératoire
M.	LACHAL Jonathan	Pédopsychiatrie
M.	MOUSTAFA Farès	Médecine d'Urgence

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
DE MEDECINE GENERALE**

1ère CLASSE

Mme	VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale
-----	-------------------------	-------------------

2ème CLASSE

Mme	LAPORTE Catherine	Médecine Générale
-----	-------------------	-------------------

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

HORS CLASSE

M.	BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
M.	MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
Mme	VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire

CLASSE NORMALE

M.	BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mlle	AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
Mlle	GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M.	BIDET Yannick	Oncogénétique
M.	DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M.	PIZON Frank	Santé Publique
M.	SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M.	GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
M.	LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences – Neuropharmacologie

Mme MARTEIL Gaëlle
M. PINEL Alexandre

Biologie de la Reproduction
Nutrition Humaine

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

M. BERNARD Pierre
Mme ESCHALIER Bénédicte
Mme RICHARD Amélie
M. TESSIERES Frédéric
Mme ROUGE Laure

Médecine Générale
Médecine Générale
Médecine Générale
Médecine Générale
Médecine Générale

REMERCIEMENTS

A ma présidente du jury,

Madame le Professeur Isabelle BARTHELEMY

Professeur des Universités

Praticien Hospitalier en Chirurgie Maxillo-Faciale, Stomatologie et Plastique de la face au
CHU de Clermont Ferrand

Chef de service de Chirurgie Maxillo-Faciale, Stomatologie et Plastique de la face du CHU de
Clermont Ferrand

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse, et je vous en remercie. Toujours présente à nos côtés, vous nous apprenez à tous, vos internes, la rigueur et les connaissances nécessaires pour progresser. Votre patience au bloc opératoire nous permet d'acquérir cette dextérité et le goût du travail parfait.

C'est un immense plaisir que d'avoir passé ces cinq années d'internat à vos côtés. Veuillez recevoir à travers ce travail l'expression de ma reconnaissance et de mon plus profond respect

Monsieur le Professeur Cyrille CHOSSEGROS

Professeur des Universités
Praticien Hospitalier en Chirurgie Maxillo-Faciale et Orale, Stomatologie au CHU de
Marseille
Chef de service de Chirurgie Maxillo-Faciale et orale, Stomatologie du CHU de Marseille

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de juger ce travail.

Je vous remercie de m'avoir accueilli pour ce semestre à Marseille. Ce fût un plaisir que
d'approfondir mes connaissances à vos côtés. Soyez assuré de toute ma reconnaissance et de
mon profond respect.

Madame le Professeur Nathalie PHAM DANG

Professeur des Universités
Praticien Hospitalier en Chirurgie Maxillo-Faciale, Stomatologie et Plastique de la face au
CHU de Clermont Ferrand

Je te remercie d'avoir accepté de juger ce travail.

Ta disponibilité et tes conseils sont d'une aide précieuse pour l'ensemble des internes.

Merci pour l'énergie que tu transmets pour le travail universitaire et pour ton soutien durant
ces 5 années d'internat.

A mon directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Arnaud DEPEYRE,

Praticien hospitalier – attaché en Chirurgie Maxillo-faciale, Stomatologie et Plastique de la face au CHU de Clermont-Ferrand

Praticien libéral en chirurgie maxillo-faciale à l'Hôpital Privé de la Loire

C'est un privilège d'être un de tes derniers internes pour lequel tu diriges une thèse, je t'en remercie. Ta passion pour la chirurgie, ta rigueur au travail et ta persévérance sont un modèle, et je suis fier d'avoir bénéficié de ton enseignement durant ces 5 années d'internat. Grace à toi j'ai pu redécouvrir l'usage de l'équerre et du rapporteur, portés disparu depuis le collège...

Merci pour tout ce que tu as fait pour tes internes, tant sur le plan professionnel que personnel, et c'est avec regret que nous te voyons partir du CHU Estaing.

Au plaisir de te revoir au détour d'un bloc sur Saint-Etienne ou, à défaut, autour d'une bière au Still !

TABLE DES MATIERES

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	17
ABBREVIATIONS	19
PREMIERE PARTIE : GENERALITES	20
1) DEFINITIONS	21
1.1 Le genre et l'identité de genre	21
1.2 Transsexualisme et incongruité de genre.....	22
1.3 Dysphorie de genre	23
2) EPIDEMIOLOGIE	24
3) PARCOURS MEDICAL ACTUEL DES PATIENTES	25
3.1 Cadre légal international : la WPATH	25
3.2 Cadre légal en France	25
3.2.1 La HAS	25
3.2.2 La Caisse d'Assurance Maladie	27
3.2.3 La SoFECT et la FPATH	28
DEUXIEME PARTIE : LES ETAPES DE LA FEMINISATION FACIALE	30
1) RAPPELS ANATOMIQUES	31
1.1 Tiers inférieur	32
1.2 Tiers moyen	33
1.3 Tiers supérieur	34
2) LES DIFFERENTES CHIRURGIES	35
2.1 Tiers inférieur	35

2.1.1	La chondrolaryngoplastie	35
2.1.2	Chirurgie des bases osseuses mandibulaires	36
2.1.3	Lifting labial	38
2.2	Tiers moyen	40
2.2.1	La Rhinoplastie.....	40
2.2.2	Chirurgie des pommettes	41
2.2.3	Canthopexie latérale	43
2.3	Tiers supérieur	44
3)	DIFFERENTS PROTOCOLES DE PRISE EN CHARGE	47
	TROISIEME PARTIE : ETUDE	48
1)	INTRODUCTION.....	49
2)	MATERIEL ET METHODE	50
2.1	Type d'étude	50
2.2	Population.....	50
2.3	Données recueillies	50
3)	RESULTATS	52
3.1	L'ALD	52
3.2	Le suivi médical pré-opératoire	52
3.3	Les différentes chirurgies	53
3.4	Questionnaire au médecin conseil	55
4)	DISCUSSION	55
4.1	Prise en charge médicale	56
4.1.1	La place du médecin généraliste.....	56
4.1.2	La place du psychiatre	57
4.1.3	La place de l'endocrinologue	58

4.2	Prise en charge chirurgicale.....	58
4.3	La chirurgie de féminisation à l'étranger.....	60
	CONCLUSION.....	63
	REFERENCES-BIBLIOGRAPHIE.....	66
	ANNEXE I	71
	ANNEXE II.....	72
	ANNEXE III	73
	ANNEXE IV.....	74
	ANNEXE V	75
	ANNEXE VI.....	78

Liste des tableaux et figures

Tableaux :

Tableau I : Chirurgies réalisées dans le cadre de la féminisation faciale

Tableau II : Prise en charge des chirurgies réalisées pas la Caisse Primaire d'Assurance
Maladie

Figures :

Figure 1 : Parcours de soins édité par la HAS en 2009

Figure 2 : Différences entre le visage féminin et masculin au niveau cutané de face (A), de profil (C) et osseux de face (B), de profil (D)

Figure 3 : Différences entre le menton osseux masculin (à gauche) et féminin (à droite)

Figure 4 : Comparaison de la hauteur du philtrum entre homme (à gauche) et femme (à droite) de profil

Figure 5 : Comparaison anatomique des angles naso-labial et naso-frontal de profil chez l'homme (à gauche) et la femme (à droite)

Figure 6 : Comparaison anatomique des reliefs du front entre homme et femme

Figure 7 : Cliché peropératoire de chondrolaryngoplastie

Figure 8 : Cliché peropératoire de génioplastie de réduction transversale. A gauche, tracés des ostéotomies. A droite, cliché après réalisation des ostéosynthèses.

Figure 9 : Tracé du Liplift avec lignes repères verticales

Figure 10 : Cliché peropératoire du Liplift associé à une rhinoplastie par voie ouverte. A gauche, tracé de la zone d'exérèse (hachuré). A droite, cliché après réalisation de l'exérèse.

Figure 11 : Clichés peropératoire du Liplift associé à une rhinoplastie par voie ouverte.

Figure 12 : Cliché peropératoire de rhinoplastie par voie ouverte

Figure 13 : Schéma du tracé de l'ostéotomie de valgisation zygomatique

Figure 14 : Prothèse zygomatique gauche MedPore

Figure 15 : Zones de modelage des bosses frontales et du cadre orbitaire

Figure 16 : Cliché peropératoire de frontoplastie de féminisation

Figure 17 : Cliché peropératoire d'une ostéotomie d'impaction des sinus frontaux

Figure 18 : Cliché peropératoire d'une chirurgie d'abaissement de la ligne d'implantation capillaire

ABREVIATIONS

ALD : Affection de Longue Durée

CCAM : classification commune des actes médicaux

CIM : Classification Internationale des Maladies

CNAM : Caisse Nationale Assurance Maladie

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DSM : Diagnostic Statistic Manual of Mental Disorders

FFS : Facial Feminization Surgery

FPATH : French Professional Association for Transgender Health

HAS : Haute Autorité de Santé

HPL : Hôpital Privé de la Loire

SoFECT : Société Française d'Etude et de prise en Charge du Transsexualisme

WPATH : World Professional Association for Transgender Health

PREMIERE PARTIE : GENERALITES

1) DEFINITIONS

1.1 Le genre et l'identité de genre

La définition du genre est multimodale. En effet, le genre peut se définir comme la dimension identitaire, historique, culturelle et symbolique de l'appartenance au sexe féminin ou masculin. Le genre va donc être en très grande partie impacté par la société dans laquelle nous vivons.

Il faut remonter à 1935 pour que Margaret Mead (anthropologue américaine) introduise la notion de genre dans son livre intitulé « *Sex and temperament in three primitive societies* ». Elle introduit indirectement la notion de genre en analysant ces tribus : « *les traits de caractère que nous qualifions de masculins et féminins sont pour le plus grand nombre d'entre eux, sinon en totalité, déterminés par le sexe d'une façon aussi superficielle que sont les vêtements, les manières, ou la coiffure qu'une époque assigne à l'un ou l'autre sexe* »

L'identité de genre est, elle, propre à la personne. Il s'agit en effet de la conviction intime d'être une femme ou un homme. Ce terme est introduit en 1964 par le psychiatre et psychanalyste américain Robert Stoller pour expliquer la différence entre le sexe biologique (mâle et femelle) et l'identité.

Cette identité de genre est ancrée dans la psychologie de la personne et ceci nous fait comprendre la possibilité d'une incongruité entre l'identité de genre et le sexe biologique (anatomique).

1.2 Transsexualisme et incongruité de genre

Dans le dictionnaire, le transsexualisme est défini comme la « conviction qu'a un sujet d'appartenir à l'autre sexe, qui le conduit à tout mettre en œuvre pour que son anatomie et son mode de vie soient le plus possible conformes à sa conviction ».

Les termes « transsexualisme » et « incongruité de genre » ont fait l'objet de nombreuses évolutions au cours des années. En effet, le terme « transsexualisme » est apparu la première fois dans la classification internationale des maladies (CIM 9) en 1975 et dans la classification américaine (DSM III, Diagnostic Statistic Manual of Mental Disorders) en 1980.

Il faudra attendre les années 90 pour voir la modification de la classification américaine avec la disparition du terme « transsexualisme » et l'apparition du terme « incongruité de genre ». Cette modification s'inscrit dans la volonté de diminuer la stigmatisation des patientes et patients transgenres.

La CIM 11, votée en 2019, a également fait disparaître le terme de « transsexualisme » et « dysphorie de genre », remplacé par le terme « incongruité de genre ». Ce dernier ne sera plus classé comme trouble mental et du comportement mais comme conditions liées à la santé sexuelle. Elle sera mise en application en janvier 2022, toujours dans le souci de déstigmatiser les patientes et patients transgenres.

1.3 Dysphorie de genre

Le terme de dysphorie de genre a été introduit par la société américaine de psychiatrie pour décrire une souffrance associée à l'incongruité de genre.

Les critères diagnostiques selon le DSM-V sont les suivants (1) :

- Incongruité marquée entre le sexe de naissance et le ressenti de l'identité de genre (l'identification de l'autre sexe) présente pendant ≥ 6 mois ;
- Souffrance cliniquement importante ou altération fonctionnelle résultant de cette incongruité.

En plus de ces caractéristiques, chez l'adolescent et l'adulte il faut également au moins 1 des critères suivant :

- Un fort désir de se débarrasser de (ou pour le jeune adolescent, de prévenir le développement de) leurs caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires ;
- Un fort désir pour les caractères sexuels primaires et/ou secondaires qui correspondent à leur identité de genre ressentie ;
- Un fort désir d'être de l'autre sexe (ou d'un autre genre) ;
- Un fort désir d'être traité comme un autre genre ;
- Une forte conviction de ressentir et de réagir de façon typique comme le ferait l'autre sexe.

Cette définition, bien que très discutée, permet actuellement aux patientes transgenres d'être prises en charge tant sur le plan médical que chirurgical.

2) EPIDEMIOLOGIE

Selon la « World Professional Association for Transgender Health » (2013, 7^e révision), la prévalence dans la population mondiale de personnes transgenres est très variable. Elle varie de 1/11900 à 1/45000 pour l'incongruence de genre homme vers femme et 1/30400 à 1/200000 pour l'incongruence femme vers homme (2).

Aux Etats-Unis, la prévalence des adultes transgenres est estimée entre 0,3 et 0.6% selon les études récentes (3) alors qu'en Europe celle-ci est estimée à 4,6 pour 100 000 personnes (4). Cette différence peut s'expliquer sur le fait qu'il existe peu d'études sur le sujet en Europe et que les personnes comptabilisées sont celles ayant recours au système de soins.

La prévalence en France ne repose sur aucune étude scientifique d'ampleur mais est estimée entre 1/10000 et 1/50000 par la HAS en 2013, c'est-à-dire environ 12 000 à 50 000 personnes (5).

Ces données sont très variables selon les sources puisque difficilement évaluables. En effet, une proportion non négligeable de patientes et patients transgenres n'ont pas recours au système de santé et ne sont donc pas « comptabilisés » dans ces chiffres de prévalence. Par ailleurs, ceux-ci se basent sur les personnes adultes, ce qui, en ne prenant pas en compte les enfants et adolescents, sous-estime nettement la prévalence.

3) PARCOURS MEDICAL ACTUEL DES PATIENTES

3.1 Cadre légal international : la WPATH

La WPATH est « une association professionnelle, internationale et multidisciplinaire dont la mission est de promouvoir le soin basé sur des preuves, l'éducation et la recherche, ainsi que des éléments pédagogiques et politiques, orientés vers le respect de la santé des personnes transgenres. »

Sur le plan médical, elle permet d'éditer des recommandations internationales sur la prise en charge des patientes et patients transgenres selon des avis d'experts. Ces recommandations permettent aux professionnels de santé d'avoir une ligne directrice dans le suivi de ces patients.

Pour ce qui est de la chirurgie de féminisation du visage, la prise en charge par un médecin psychiatre avant la chirurgie n'est pas recommandée et celle par un endocrinologue est non spécifiée par la WPATH (2).

Il s'agit là de recommandations et les prises en charge peuvent donc varier d'une patiente à l'autre. Ces recommandations peuvent également varier d'un pays à l'autre en fonction du cadre légal de celui-ci.

3.2 Cadre légal en France

3.2.1 La HAS

La HAS est une autorité publique indépendante à caractère scientifique visant à développer la qualité dans le champ sanitaire, social et médico-social, au bénéfice des

personnes.

Elle publie en 1989, un « protocole » de prise en charge des personnes transgenres ne reposant sur aucune base légale et n'ayant pas de valeur juridique.

Ce protocole stipule que les patientes transgenres peuvent bénéficier d'une prise en charge médico-chirurgicale par la caisse nationale d'assurance maladie sous certaines conditions :

- nécessité d'un suivi pendant une période minimale de deux ans, par une équipe « hautement qualifiée » comportant un psychiatre, un endocrinologue et un chirurgien plasticien ;
- rédaction par ces trois praticiens d'un protocole concluant au caractère indispensable des interventions médicales et chirurgicales envisagées ;
- une lettre ministérielle en date du 4 juillet 1989 accompagnait ce protocole, autorisant la prise en charge de l'intervention chirurgicale si et seulement si elle était effectuée dans un établissement public, au motif du caractère non lucratif de l'opération.

Ce protocole est fortement critiqué du fait de son caractère très contraignant et « psychiatrisant ».

En 2009, la HAS publie un rapport portant essentiellement sur le diagnostic, l'hormonothérapie et la chirurgie de réassignation (5). Ce rapport a pour objectif d'améliorer la prise en charge des patientes et patients transgenres en essayant de proposer un parcours de soins. Ce dernier débute par une phase où le diagnostic de « trouble de l'identité » doit être établi. Elle dure environ 6 à 9 mois durant lesquels plusieurs entretiens avec un médecin psychiatre sont nécessaires. S'en suit « l'expérience en vie réelle », celle-ci va s'étaler sur une année environ avant de pouvoir bénéficier d'un traitement hormonal puis chirurgical.

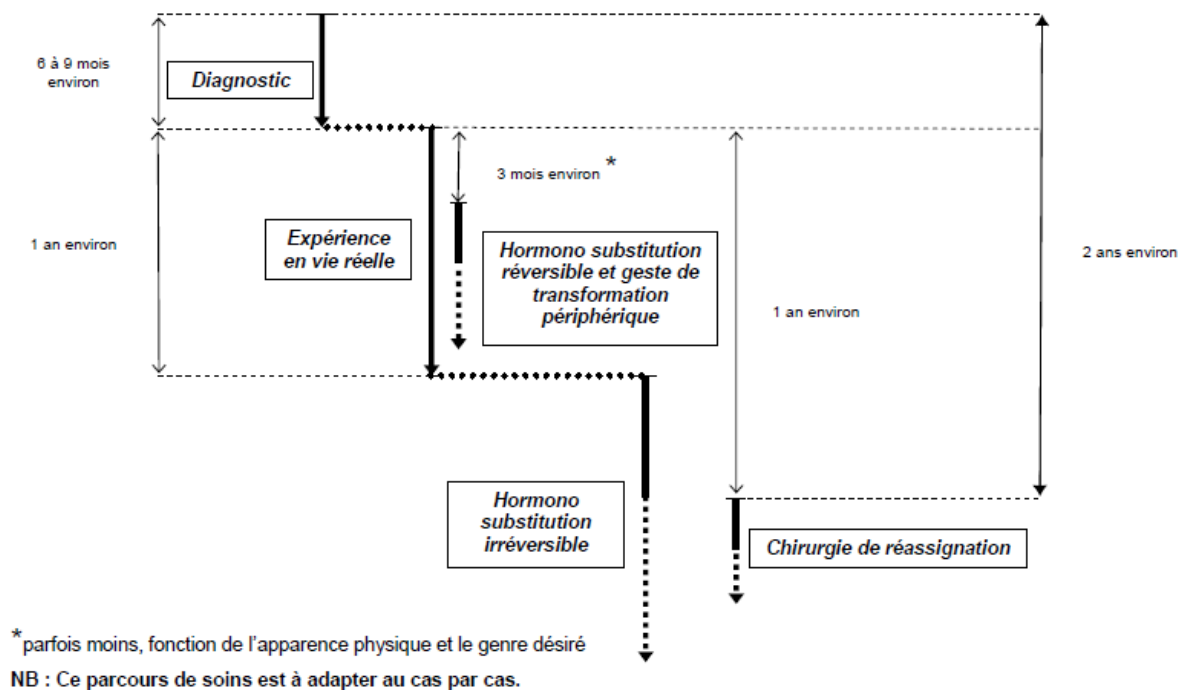


Figure 1 : parcours de soins édité par la HAS en 2009

Au total, la HAS a la volonté de créer un réseau de prise en charge avec des équipes multidisciplinaires au sein de centres de référence. Elle précise que peu de travaux ont été réalisés sur la prise en charge des chirurgies de féminisation du visage. Depuis 2009, aucune recommandation n'a été établie.

3.2.2 La Caisse d'Assurance Maladie

La Caisse d'Assurance Maladie a un rôle central dans la prise en charge des patientes transgenres. C'est elle qui va permettre aux patientes de bénéficier d'une prise en charge financière pour certains actes médicaux réalisés.

Pour bénéficier de cela, il faut que le diagnostic de dysphorie de genre soit établi et que la demande d'Affection de Longue Durée soit réalisée. Les patientes bénéficiaient initialement d'une prise en charge au titre de l'ALD 23.0 « affections psychiatriques de

longue durée ». Celle-ci a été modifiée le 8 février 2010 au profit de l'ALD 31.0 « hors liste », toujours dans le souci de dépsychiatriser la transidentité.

Pour que l'ALD 31.0 soit validée, il est nécessaire que le médecin généraliste établisse un protocole clair de la prise en charge des patientes. Ce protocole, demandé par la CPAM, se base sur le texte de l'HAS de 1989 comprenant le résultat du suivi, au minimum sur 2 ans, par une équipe hautement qualifiée comprenant un psychiatre, un endocrinologue et un chirurgien plasticien. Chaque praticien doit joindre un certificat attestant de la nécessité de ce type de soins et du protocole envisagé. Comme dit précédemment, « seules les interventions réalisées dans un établissement public donneront lieu à une prise en charge ».

Une fois l'ALD obtenue, les patientes peuvent bénéficier d'une prise en charge pour certaines chirurgies de féminisation du visage en fonction de l'acte spécifié dans la nomenclature de la CCAM. Pour ce qui est de la chirurgie de réassignation sexuelle, un avis auprès de la CNAM est nécessaire en plus de l'ALD.

3.2.3 La SoFECT et la FPATH

La création de la SoFECT (Société Française d'Etude et de prise en Charge du Transsexualisme) en 2010 fait suite au rapport de la HAS de 2009 souhaitant la mise en place d'un regroupement de professionnels pour faciliter la prise en charge des patientes transgenres. Celle-ci regroupe psychiatres, endocrinologues et chirurgiens dans le but d'évaluer l'éligibilité des patientes à une prise en charge. De nombreuses critiques envers la SoFECT ont vu le jour, essentiellement dues à une prise en charge très « psychiatisante ».

La FPATH (French Professional Association for Transgender Health), association créée en début d'année 2021, met fin à la SoFECT avec pour principal objectif l'amélioration

de la prise en charge médico-sociale en France des personnes transidentitaires et de leur accompagnement. Le but étant de déstigmatiser et dépathologiser le transgendérisme tout en permettant un accès facilité aux soins.

Des travaux sont en cours, aucune recommandation n'est à ce jour parue.

DEUXIEME PARTIE : LES ETAPES DE LA FEMINISATION

FACIALE

1) RAPPELS ANATOMIQUES

La face anatomique se situe entre la ligne capillaire en haut et la pointe du menton en bas. De nombreuses différences existent entre hommes et femmes. Celles-ci sont indispensables pour s'identifier dans la société.

La face est divisée en 3 étages :

- L'étage inférieur, depuis le bord inférieur du menton jusqu'au point sous nasal,
- L'étage moyen, depuis le point sous nasal jusqu'à la glabelle,
- L'étage supérieur, depuis la glabelle jusqu'à la ligne d'implantation capillaire.

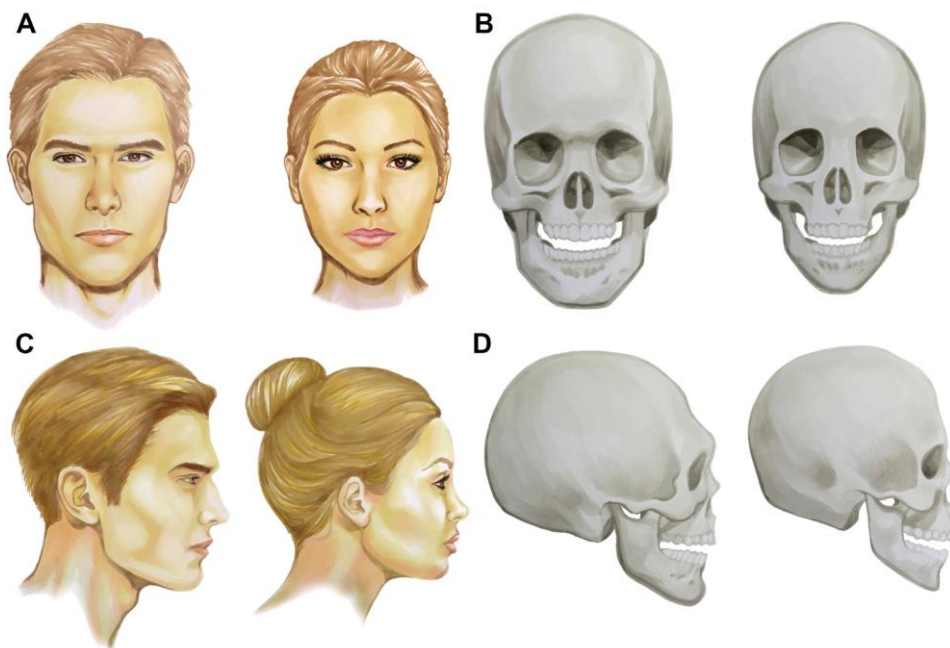


Figure 2 : Différences entre le visage féminin et masculin au niveau cutané de face (A), de profil (C) et osseux de face (B), de profil (D)(6)

1.1 Tiers inférieur

L'étage inférieur du visage est essentiellement constitué de la mandibule sur le plan osseux. Chez l'homme, le tiers inférieur est rectangulaire à la différence de la femme où la mandibule aura un aspect plus triangulaire, voire ovale. Le menton suit ces caractéristiques et va être plus doux chez la femme, alors qu'il aura une forme rectangulaire, plus anguleuse, chez l'homme et avec une dimension transversale par conséquent plus importante (7). Ces caractéristiques se retrouvent au niveau des angles mandibulaires où ceux-ci seront plus proéminents chez l'homme et plus effacés et fuyants chez la femme.

Sur le plan cutané, les différences se portent essentiellement sur les lèvres. Le vermillon est plus visible et le philtrum plus court chez la femme.

Par extension au tiers inférieur, le cartilage thyroïde possède des particularités propres à chaque sexe. Sa projection sous cutané est appelé proéminence laryngée ou « pomme d'Adam ». Celle-ci est bien plus marquée chez l'homme que chez la femme (8,9).

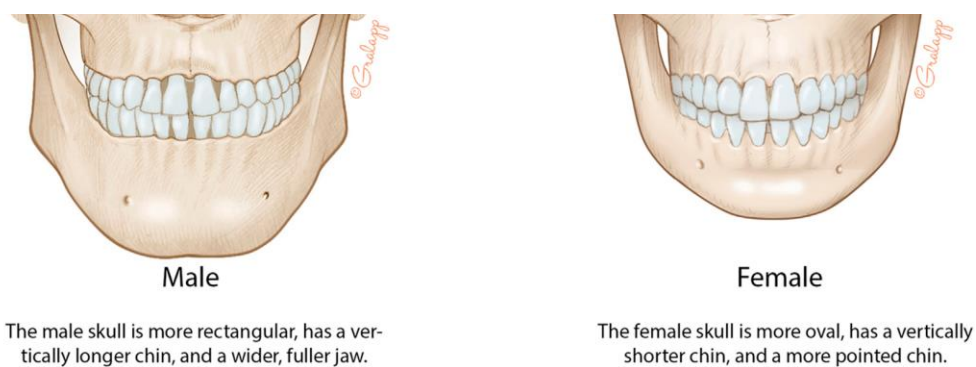


Figure 3 : Différences entre le menton osseux masculin (à gauche) et féminin (à droite) (10)

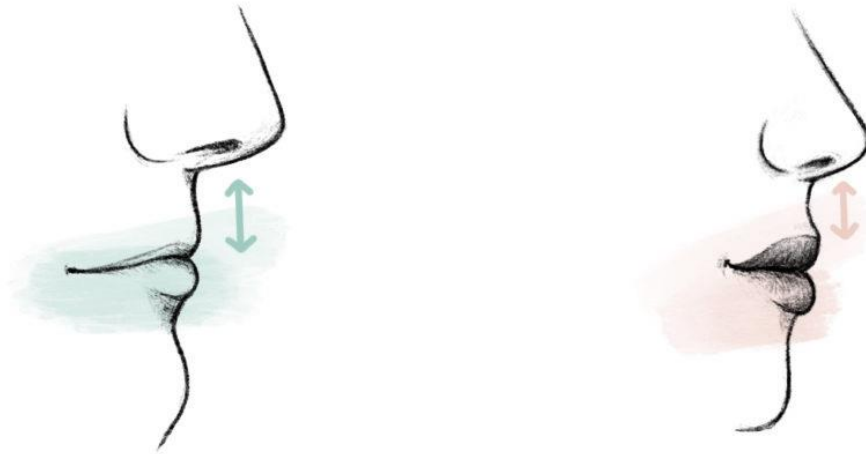


Figure 4 : Comparaison de la hauteur du philtrum entre homme (à gauche) et femme (à droite) de profil

1.2 Tiers moyen

Sur le plan osseux, les os zygomatiques, les os propres du nez et les os maxillaires permettent d'identifier plusieurs reliefs que sont les pommettes et le nez (osseux et cartilagineux). Les pommettes sont plus saillantes chez l'homme que chez la femme (11,12). Le nez féminin est plus fin, tant au niveau de sa racine que des ailes nasaires, et sa pointe mieux définie et plus fine que chez l'homme. De profil, l'angle naso-labial ainsi que l'angle naso-frontal sont plus ouverts chez la femme que chez l'homme (13–16).

Sur le plan cutané, le canthus externe est plus haut situé chez la femme que chez l'homme ce qui décrit chez la femme une fente palpébrale en forme d'amande.



Figure 5 : Comparaison anatomique des angles naso-labial et naso-frontal de profil chez l'homme (à gauche) et la femme (à droite)

1.3 Tiers supérieur

L'étage supérieur de la face est exclusivement constitué de l'os frontal. Ce dernier permet de définir les reliefs des bosses frontales. Chez la femme, celles-ci sont moins apparentes et le front est droit. A la différence de l'homme où les bosses frontales sont saillantes et le front plus fuyant (17–19).

Sur le plan cutané, la projection des sourcils se fait en regard du rebord supra-orbitaire chez l'homme. Ceux-ci sont donc bas implantés et horizontaux, alors que chez la femme les queues du sourcil vont se positionner au-dessus du rebord supra-orbitaire et ont une forme, par conséquent, arciforme. La ligne d'implantation capillaire est également une caractéristique qui différencie le sexe féminin du sexe masculin. En effet, chez l'homme, la ligne d'implantation capillaire à une forme de M et a tendance à s'accroître avec le temps avec l'apparition des golfes temporaux. Chez la femme, la ligne d'implantation capillaire à une forme arrondie et le trichion est donc plus haut situé que chez l'homme (20).

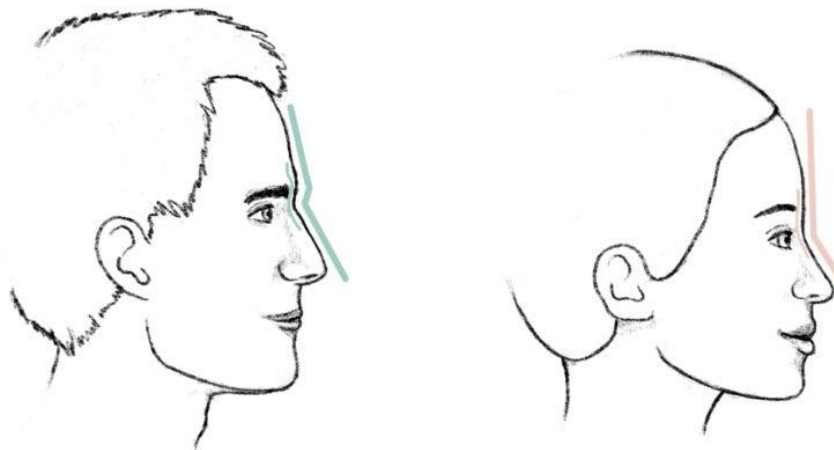


Figure 6 : Comparaison anatomique des reliefs du front entre homme et femme

2) LES DIFFERENTES CHIRURGIES

Nombreuses sont les caractéristiques qui permettent donc de différencier les traits morphologiques masculins et féminins. Pour féminiser un visage, de multiples chirurgies seront, la plupart du temps, nécessaires.

2.1 Tiers inférieur

2.1.1 La chondrolaryngoplastie

La chondrolaryngoplastie a une place importante dans la chirurgie de féminisation. Même si elle n'appartient pas strictement à l'étage inférieur, la plastie de la pomme d'Adam est une chirurgie souvent réalisée dans le même temps chirurgical.

Cette intervention se déroule sous anesthésie générale ou sous sédation. L'incision, initialement placée en regard du cartilage thyroïde est dorénavant placée dans le pli cervico-

mentonnier pour limiter la rançon cicatricielle. Une fois la peau incisée, la dissection se poursuit en sous cutané jusqu'au muscles infra-hyoïdiens qui sont réclinés latéralement pour accéder au plan de dissection médian. Une fois la partie supérieure du cartilage thyroïde exposée, le périchondre est incisé et le décollement sous périchondral peut être réalisé pour exposer la proéminence laryngée. Une fois celle-ci individualisée, elle est sectionnée à l'aide d'une lame froide puis retirée en un bloc. La suture du périchondre est réalisée à l'aide de Vicryl 5-0 pour protéger le cartilage restant et le reste de la voie d'abord fermée plan par plan.

Une autre technique consiste à réaliser un « shaving » de la pomme d'Adam sans réaliser une exérèse complète de la proéminence laryngée. Le choix de la technique dépendra essentiellement de l'anatomie de la patiente (8,9).



Figure 7 : Cliché per-opératoire de chondrolaryngoplastie

2.1.2 Chirurgie des bases osseuses mandibulaires

Au niveau de l'étage inférieur de la face, l'objectif va être d'affiner le visage en diminuant l'aspect rectangulaire du visage masculin. Pour cela, différentes techniques sont utilisées : celles-ci sont réalisées, la plupart du temps, dans le même temps opératoire sous

anesthésie générale après infiltration d’anesthésie locale au niveau vestibulaire le long des branches horizontales et de la symphyse mandibulaire.

La gènioplastie de féminisation consiste la plupart du temps en une réduction de la dimension transversale. Après incision de la muqueuse vestibulaire symphysaire, l’incision est poursuivie directement jusqu’au contact osseux. Le décollement sous périoste est ensuite réalisé à l’aide d’une rugine jusqu’à visualiser les deux nerfs alvéolaires inférieurs. L’ostéotomie de réduction est effectuée à l’aide d’une scie ou du piezotome et les fragments ostéosynthésés en position voulue (10,21) (Annexe I).

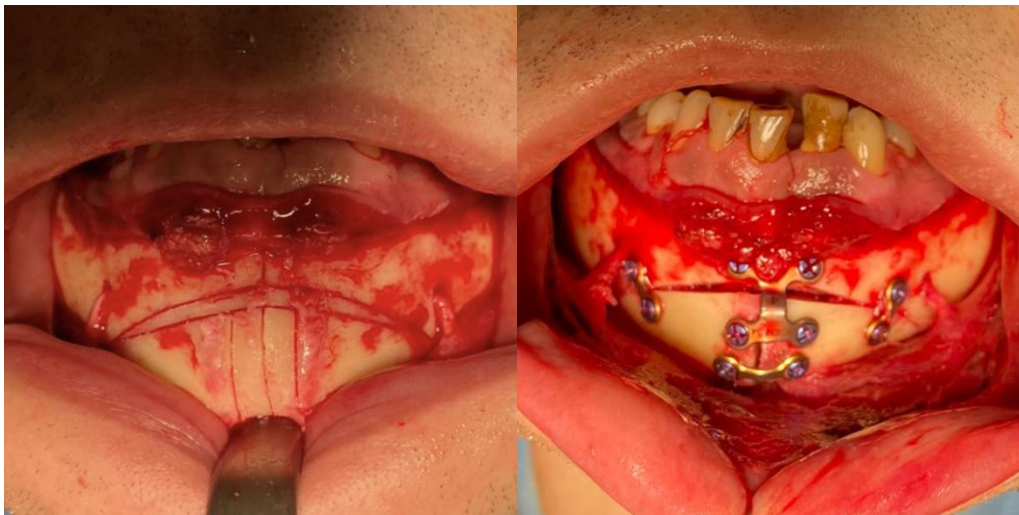


Figure 8 : Cliché per-opératoire de gènioplastie de réduction transversale. A gauche, tracés des ostéotomies. A droite, cliché après réalisation des ostéosynthèses.

Pour la gènioplastie, l’incision reprend celle des ostéotomies mandibulaires avec une voie d’abord vestibulaire et un refend le long de la branche montante. Une fois l’incision muco-périostée réalisée, le décollement se poursuit en sous périoste jusqu’à exposer l’ensemble de l’angle mandibulaire. Si les angles mandibulaires sont peu proéminents, une simple plastie à l’aide d’une fraise boule ou d’une râpe est réalisée. Sinon une ostéotomie de la zone d’intérêt est faite à l’aide d’une scie ou du piezotome (6).

La fermeture s'effectue dans la plupart des équipes à l'aide de Vicryl en suturant le plan musculaire dans un premier temps (essentiellement au niveau de la génioplastie) puis le plan muqueux.

Mommaerts décrit une technique d'ostéotomie symphysaire en triangle pour permettre de réaliser une génioplastie de réduction transversale ainsi que de réduire la dimension transversale bigoniaque et ainsi affiner le visage en lui donnant un aspect plus triangulaire (22).

2.1.3 Lifting labial

L'objectif du lifting de la lèvre supérieure est de réduire la hauteur du philtrum et augmenter la dimension du vermillon. Après infiltration d'anesthésie locale au niveau du philtrum, l'incision s'effectue à la racine des crus latérales, poursuivie à la jonction cutanéomuqueuse des orifices nasaires puis se termine au niveau de la base du philtrum. La dissection se poursuit jusqu'au muscle orbiculaire et l'ensemble de la peau et du tissu sous cutané est réséqué. La suture est ensuite effectuée en deux plans, un plan sous cutané refermé à l'aide de Vicryl 4 ou 5-0 et un plan cutané refermé à l'aide de Filapeau 5 ou 6-0, adapté à la taille de l'exérèse et de la qualité cutanée. Parfois, une plicature, voire une résection longitudinale du muscle orbiculaire est nécessaire, la suture musculaire est réalisée au Prolène 4.0 le cas échéant.



Figure 9 : Tracé du Liplift avec lignes repères verticales

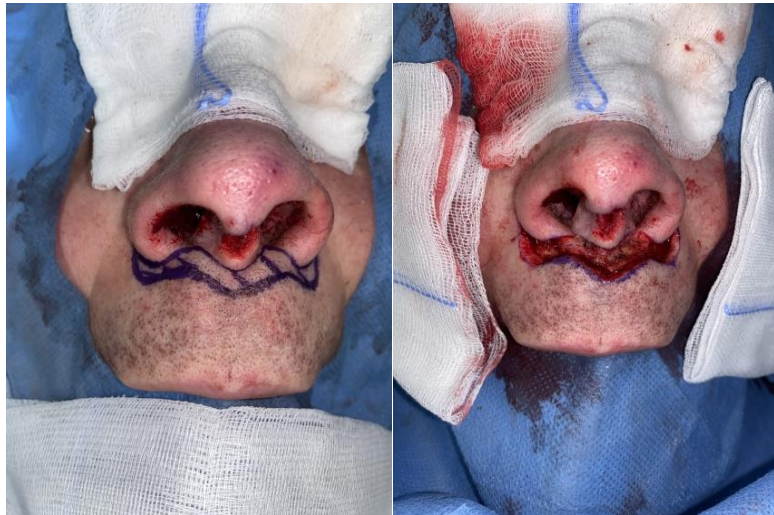


Figure 10 : Cliché peropératoire du Liplift associé à une rhinoplastie par voie ouverte. A gauche, tracé de la zone d'exérèse (hachuré). A droite, cliché après réalisation de l'exérèse cutanée.

Bellinga et Capitan, 2 références en matière de FFS, effectuent le Liplift dans le même temps chirurgical que la rhinoplastie. En effet, ils associent la voie d'abord de celle-ci à l'exérèse du revêtement cutané-graisseux du lifting labial (23,24).



Figure 11 : Clichés peropératoire du Liplift associé à une rhinoplastie par voie ouverte.

2.2 Tiers moyen

2.2.1 La Rhinoplastie

La rhinoplastie est au centre de la prise en charge de féminisation du tiers moyen de la face. Celle-ci sera réalisée dans l'objectif d'obtenir un nez plus étroit, une pointe mieux définie et des angles naso-frontal et naso-labial plus ouverts. Par ailleurs, les techniques utilisées, ostéotomies, greffons cartilagineux, et autres, ne diffèrent pas de celles utilisées pour les rhinoplasties conventionnelles (15,16,25). Pour les rhinoplasties par voie ouverte, l'incision pourra, comme vu précédemment, être associé à celle du lip-lift.



Figure 12 : Cliché peropératoire de rhinoplastie de pointe par voie ouverte

2.2.2 Chirurgie des pommettes

L'obtention de pommettes plus apparentes peut être une demande au cours du processus de féminisation. Plusieurs techniques sont à disposition pour leurs donner du volume.

La technique décrite initialement est la chirurgie de valgisation des zygomat. Celle-ci se déroule sous anesthésie générale. Après une incision endobuccale vestibulaire, le décollement sous périoste est réalisé sur l'ensemble du corps zygomatique. L'ostéotomie verticale est réalisée à la jonction de la suture maxillo-zygomatique jusqu'à 4 mm en dessous du rebord infra-orbitaire puis est poursuivie latéralement jusqu'à la jonction supérieure entre l'arcade et le corps du zygoma. Une fois l'ostéotomie complétée, le zygoma est latéralisé en bonne position puis ostéosynthésé (26,27). Dans la technique princeps, il était utilisé un bloc d'hydroxyapatite mis en place dans le tracé de l'ostéotomie verticale sans ostéosynthèse (28,29). Dorénavant, nous utilisons des plaques en titane pour réaliser l'ostéosynthèse du zygoma associé, ou non, à un greffon osseux si la valgisation est importante.

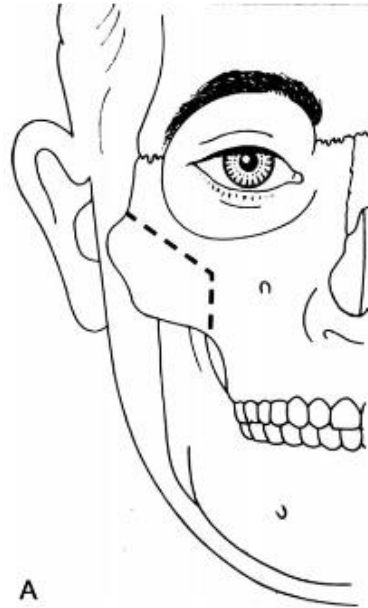


Figure 13 : Schéma du tracé de l'ostéotomie de valgisation zygomatic (26)

Une alternative à cette chirurgie est la mise en place d'implant en silicone ou en polyéthylène poreux (30–32). La mise en place se fait sous sédation associée à de l'anesthésie locale ou sous anesthésie générale. La voie d'abord classique est endobuccale et la prothèse est mise en place en sous périosté au niveau du relief de la pommette. Une fois celle-ci mise en place, les plans périosté et muqueux sont refermés en deux plans distincts au Vicryl 4-0. L'inconvénient de ce type de chirurgie est la mise en place d'un matériel étranger avec un risque théorique d'infection et d'exposition de celui-ci. La mise en place de ces implants peut également être réalisée par voie de Mask-Lift avec abord coronal (cf. chapitre 2.3).



Figure 14 : Prothèse zygomatique gauche MedPore

Ces techniques sont considérées comme invasives. Une alternative à celles-ci consiste en des injections de graisse autologue (lipostructure faciale) ou l'utilisation de produits de comblement comme l'acide hyaluronique. L'avantage de la graisse autologue, par rapport aux produits de comblement, est sa durée dans le temps. Les produits de comblement permettent d'obtenir un résultat immédiat et stable pour environ 9-18 mois. La graisse autologue donne un résultat définitif et stable sur le long terme, et ce malgré sa résorption à hauteur de 30 à 50% dans les deux à trois premiers qui suivent son implantation (33–36) (Annexes II et III).

2.2.3 Canthopexie latérale

L'objectif de cette chirurgie va être de remonter le canthus latéral pour obtenir une fente palpébrale en forme d'amande. Cette intervention est réalisée au cours de la chirurgie du tiers supérieur pour profiter de la voie d'abord coronale. L'exposition sous périostée de la partie latérale du cadre orbitaire est d'abord réalisée. Une ostéotomie est nécessaire au niveau de la partie moyenne du rebord orbitaire latéral pour éviter une projection trop antérieure du canthus par rapport au globe oculaire. Puis la canthopexie est réalisée fixant le tendon canthal

à l'aponévrose du muscle temporal à l'aide de fils non résorbables (37).

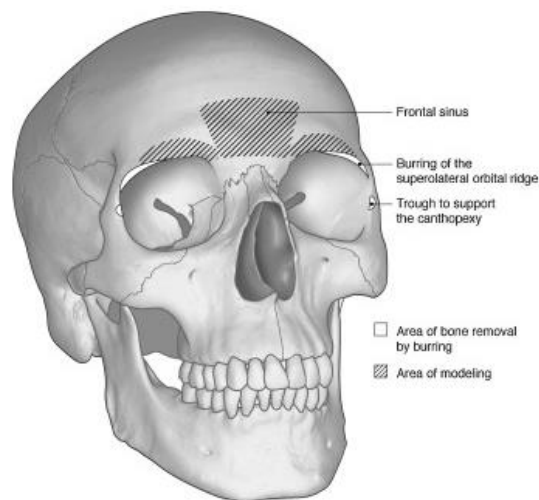


Figure 15 : Zones de modelage des bosses frontales et du cadre orbitaire

2.3 Tiers supérieur

La prise en charge de l'étage supérieur de la face repose à la fois sur la réduction des reliefs osseux, mais également sur le repositionnement de la ligne d'implantation capillaire.

La plupart du temps, un remodelage simple des bosses frontales et de la paroi antérieure du sinus frontal est suffisant. Cette intervention se réalise sous anesthésie générale à l'aide d'une voie d'abord coronale. Si un repositionnement de la ligne d'implantation capillaire est envisagé chez la même patiente, nous utilisons une voie d'abord au niveau de la ligne d'implantation des cheveux. Après incision du plan cutanéograsseux du scalp, le décollement est réalisé dans le plan de la galéa. Le périoste est ensuite incisé à la partie supérieure des bosses frontales et le décollement sous-périosté poursuivi jusqu'à exposer l'ensemble de la zone d'intérêt. Le remodelage des bosses frontales s'effectue ensuite à l'aide d'une fraise associée ou non à l'utilisation du piezotome. Si la paroi antérieure du sinus

frontal est très développée, la même technique peut s'appliquer. Il est parfois nécessaire de réaliser une ostéotomie de la paroi antérieure à l'aide du piezotome pour l'impacter. L'ostéosynthèse est alors réalisée avec des plaques ou une grille en titane de 0,4 mm d'épaisseur (17–20,37).

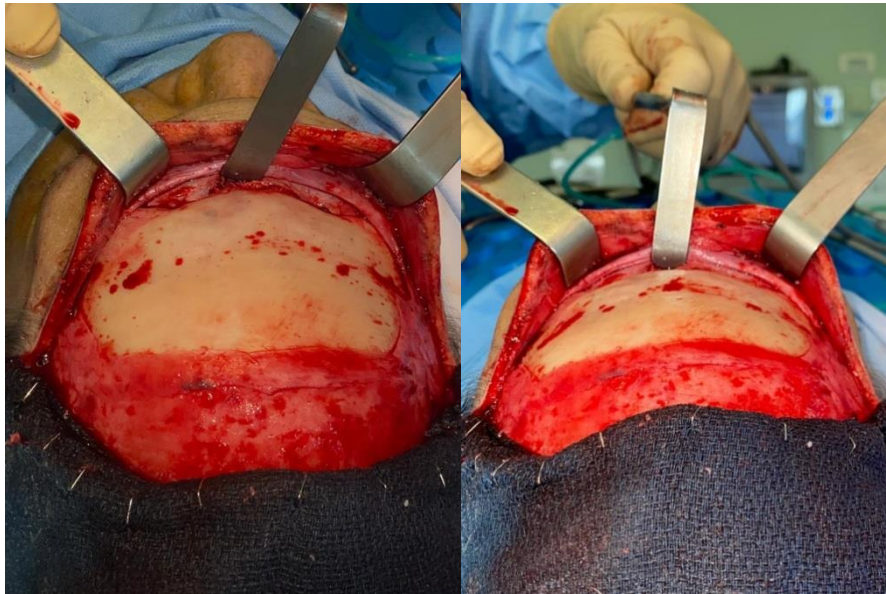


Figure 16 : Cliché per-opératoire de frontoplastie de féminisation

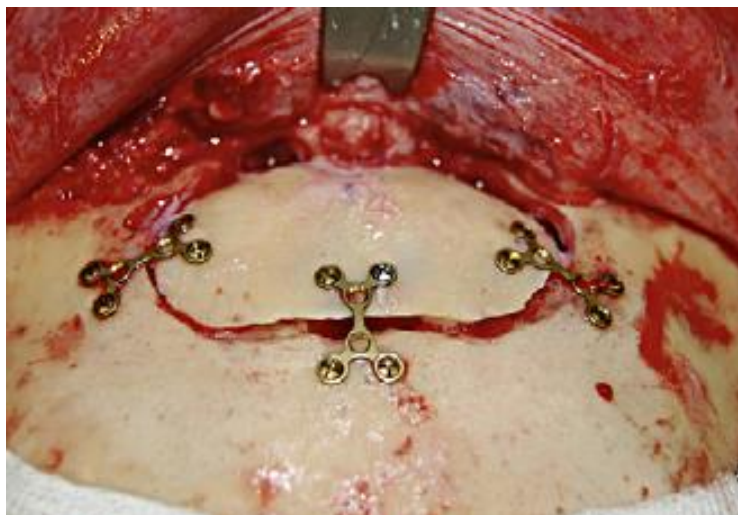


Figure 17 : Cliché per-opératoire d'une ostéotomie d'impaction des sinus frontaux

Le repositionnement de la ligne d'implantation capillaire va avoir un rôle clé, notamment chez les patientes ayant une implantation en M très marquée. Ce repositionnement permettra de redéfinir l'ovale de la ligne d'implantation habituellement retrouvé chez les femmes. Cette intervention consiste en l'exérèse du tissu cutané-graisseux à la base de la ligne d'implantation capillaire (20,38)(Annexe IV).



Figure 18 : Cliché per-opératoire d'une chirurgie d'abaissement de la ligne d'implantation capillaire (20)

Une alternative à l'abaissement de la ligne d'implantation capillaire est la mise en place d'implants capillaires (39).

Un travail de remise en tension des tissus peut également être réalisé (Mask-Lift) à l'aide de mise en place de fils tenseurs non résorbables fixés au plan musculaire au niveau de la partie inférieure et au périoste à la partie supérieure. Ce travail est utile pour le repositionnement des sourcils et pour la mise en tension du canthus latéral au cours de la canthopexie latérale (37,40).

3) DIFFERENTS PROTOCOLES DE PRISE EN CHARGE

Dans la littérature, il est difficile de trouver un protocole standardisé concernant les étapes chirurgicales de la féminisation faciale. En effet, nombreuses sont les techniques chirurgicales décrites mais il est trop peu souvent précisé le timing chirurgical (41).

La plupart des centres français réalisent la féminisation du visage en plusieurs interventions chirurgicales en fonction du désir des patientes. Aucun protocole français n'a été publié dans la littérature scientifique actuellement.

En Italie, l'équipe de Raffaini a publié en 2016 un 1^{er} article sur la hiérarchisation des différentes chirurgies de féminisation du visage. La séquence débute par le tissu osseux du tiers inférieur et moyen du visage puis, 6 mois plus tard, par le tiers supérieur (42). En 2019, avec l'évolution des techniques et des connaissances, cette même équipe publie un nouveau protocole où toutes les chirurgies sont réalisées dans le même temps opératoire (43).

L'équipe de Capitan, en Espagne, a également publié son protocole en 2020 (44). Celui-ci se base essentiellement sur la demande des patientes mais ils suggèrent la séquence suivante :

- Laryngoplastie de réduction
- Plastie mandibulaire
- Plastie des bosses frontales
- Rhinoplastie
- Chirurgie esthétique des téguments
- La chirurgie des téguments est alors réalisée au moins 6 mois après la chirurgie des bases osseuses pour laisser le temps aux tissus de se réadapter.

TROISIEME PARTIE : ETUDE

1) INTRODUCTION

La chirurgie de féminisation du visage a une place importante dans le parcours médical des patientes transgenres. En France, la prise en charge des patientes peut être effectuée dans le cadre de l'ALD 31.0, si celle-ci est acceptée et que les actes chirurgicaux sont inscrits à la nomenclature CCAM.

Initialement ces prises en charge s'effectuaient dans des centres dits « de référence » bénéficiant de l'expertise de plusieurs médecins comme recommandé par la HAS. Mais la prise en charge très psychiatisante et les délais trop longs ont contraint les patientes à rechercher d'autres modalités de prise en charge.

Actuellement, la prise en charge médicale des patientes se fait de plus en plus auprès des médecins et chirurgiens libéraux.

Ceci soulève un problème. Les justificatifs demandés pour l'obtention de l'ALD 31.0 et la prise en charge financière des chirurgies de féminisation par la Caisse d'Assurance Maladie reposent sur un texte édité par la HAS datant de 1989, alors que les pratiques sont en évolution permanente.

Nous nous sommes aperçus, au cours de nos consultations, que nombreuses sont les patientes ayant bénéficié de prise en charge sans pour autant avoir bénéficié du « parcours classique ».

L'objectif de notre étude est donc de mettre en évidence, à l'aide de questionnaires, les différences entre les parcours des patientes ayant bénéficié d'une chirurgie de féminisation du visage. De plus, elle permet, à l'aide de la revue narrative de la littérature, de faire le point sur les documents réellement nécessaires à la prise en charge chirurgicale de féminisation du visage des patientes transgenres en France.

2) MATERIEL ET METHODE

2.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive, multicentrique entre le CHU de Clermont-Ferrand et l'Hôpital Privé de la Loire à Saint-Etienne. S'y associe une revue narrative de la littérature.

L'objectif principal de l'étude est de mettre en évidence les différences de prise en charge des patientes transgenres au cours du processus de féminisation du visage.

L'objectif secondaire de l'étude est de faire un état des lieux des documents nécessaires aux patientes transgenres pour bénéficier de l'ALD « dysphorie de genre » et de la chirurgie de féminisation du visage.

2.2 Population

Ont été inclus l'ensemble des patientes ayant bénéficié d'au moins une chirurgie de féminisation du visage au CHU de Clermont-Ferrand et à l'Hôpital Privé de la Loire. Toutes les patientes ont bénéficié d'une prise en charge par le Dr Depeyre. De plus, un questionnaire standardisé sur la prise en charge des patientes a été administré à la Caisse d'Assurance Maladie.

Le critère d'exclusion est essentiellement la non-réponse au questionnaire.

2.3 Données recueillies

- Pour la revue narrative de la littérature :

- La recherche bibliographique a été effectuée en utilisant la base de données Pubmed/Medline, ainsi que les recommandations internationales de la WPATH et nationales de l’HAS ;
 - Celle-ci a été réalisée en utilisant dans le moteur de recherche Mesh les termes « transgender medical pathway », « male to female facial gender confirmation surgery », and « facial feminization surgery » ;
 - Les articles et recommandations sélectionnés ont été publiés entre Janvier 2009 et Mai 2021.
- Questionnaire administré aux patientes :
- Les questionnaires ont été adressés aux patientes par voie électronique ou par voie postale. Il s’agit de questionnaires standardisés et anonymisés.
 - Les données recueillies comprennent les documents nécessaires aux patientes pour la création de l’ALD ainsi que ceux nécessaires à l’obtention d’une prise en charge par la sécurité sociale des différentes interventions de féminisation du visage. Ci-joint le questionnaire en annexe (Annexe V).
- Questionnaire administré à la Caisse d’Assurance Maladie :
- Le questionnaire a été adressé directement au médecin conseil de la Caisse d’Assurance Maladie par voie électronique.
 - Les données recueillies comprennent les documents nécessaires à la création de l’ALD et également les modalités d’obtention d’une prise en charge par la sécurité sociale des différentes chirurgies de féminisation du visage. Ci-joint le questionnaire en annexe (Annexe VI).

3) RESULTATS

Au total 10 patientes ont été incluses. 6 n'ont pas répondu au questionnaire et ont donc été exclues.

3.1 L'ALD

Dans la littérature il est admis que pour bénéficier de l'ALD hors liste « dysphorie de genre » il est nécessaire d'avoir trois certificats :

- D'un psychiatre
- D'un endocrinologue
- D'un chirurgien plasticien

Cette demande d'ALD doit être rédigée par le médecin généraliste en décrivant un protocole clair.

Sur les 10 patientes, 4 ont dû présenter un certificat signé d'un psychiatre, aucune n'a dû présenter un certificat signé d'un endocrinologue et d'un chirurgien.

Les 10 patientes ont par ailleurs bénéficié d'un certificat rédigé par le médecin généraliste.

3.2 Le suivi médical préopératoire

Les recommandations de la HAS et de la Caisse d'Assurance Maladie pour bénéficier d'une chirurgie de féminisation du visage (dans le cadre de l'ALD pour dysphorie de genre) stipulent qu'un suivi de 2 ans est nécessaire auprès d'une équipe comprenant psychiatre, endocrinologue et chirurgien plasticien.

8 patientes ont bénéficié d'un suivi auprès d'un psychiatre et 9 patientes auprès d'un endocrinologue. 1 patiente est suivie pour l'hormonothérapie par un gynécologue. Aucune n'a bénéficié d'un suivi auprès d'un chirurgien pendant 2 ans.

3.3 Les différentes chirurgies

Les chirurgies de féminisation du visage réalisées dans le service de chirurgie maxillo-faciale du CHU de Clermont-Ferrand et à l'Hôpital Privé de la Loire de Saint Etienne sont répertoriées dans le *Tableau I*. Au total, 6 patientes ont bénéficié d'une prise en charge à l'HPL et 4 au CHU de Clermont-Ferrand.

Chirurgies	Nombres de patientes (N=10)
Thyroplastie	10 (100%)
Génioplastie	7 (70%)
Gonioplastie	5 (50%)
Rhinoplastie	7 (70%)
Bosses frontales	4 (40%)
Abaissement de la ligne d'implantation capillaire	3 (30%)

Tableau I : Chirurgies réalisées dans le cadre de la féminisation faciale

L'ensemble des patientes ont bénéficié d'une prise en charge par la sécurité sociale pour les chirurgies réalisées dans le cadre de l'ALD 31.0. Les chirurgies réalisées et leur prise en charge sont résumées dans le *Tableau II*.

	P.1	P.2	P.3	P.4	P.5	P.6	P.7	P.8	P.9	P.10
Thyroplastie	ALD 100%	ALD 100%	ALD 100%	ALD 100%	ALD 100%	ALD 100%	ALD 100%	ALD 100%	ALD 100%	ALD 100%
Génioplastie	ALD 100%	ALD 100%	ALD 100%	ALD 100%	/	/	ALD 100%	ALD 100%	ALD 100%	/
Gonioplastie	/	/	ALD 100%	ALD 100%	/	/	ALD 100%	ALD 100%	ALD 100%	/
Rhinoplastie	ALD 100%	ALD 100%	/	ALD 100%	ALD 100%	ALD 100%	ALD 100%	/	/	ALD 100%
Bosses frontales	ALD 100%	ALD 100%	/	/	/	/	ALD 100%	ALD 100%	/	/
Abaissement capillaire	/	ALD 100%	/	/	/	/	ALD 100%	ALD 100%	/	/

*Tableau II : Prise en charge des chirurgies réalisées pas la Caisse Primaire d'Assurance
Maladie.*

3.4 Questionnaire au médecin conseil

L'objectif de ce questionnaire est de connaître les modalités de prises en charge des différentes chirurgies et les documents nécessaires à leur réalisation. Nous avons pu constater dans notre pratique qu'il existe des différences dans la prise en charge des patientes en fonction des caisses départementales. Malheureusement nous n'avons pu obtenir qu'une réponse standardisée et contrôlée par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie sans pouvoir obtenir un avis objectif des médecins conseils des structures départementales.

Pour les documents nécessaires à l'obtention de l'ALD « dysphorie de genre », il nous a été répondu : « *le protocole comportera les résultats du suivi au minimum sur 2 ans par une équipe « hautement qualifiée » comprenant un psychiatre, un endocrinologue et un chirurgien plasticien. Chaque praticien joindra un certificat attestant de la nécessité de ce type de soins et du protocole envisagé. [...] A noter que, seules les interventions réalisées dans un établissement public donneront lieu à prise en charge (lettre ministérielle du 4 juillet 1989). »*

Pour les actes non soumis à une entente préalable, aucun document n'est nécessaire en plus de l'ALD pour bénéficier d'une prise en charge par le CPAM. Par ailleurs, pour celles nécessitant une demande d'entente préalable, telle que les rhinoplasties, il est nécessaire que la chirurgie entre dans le cadre de la réparation comme pour tout autre patient (rhinoplastie post-traumatique, trouble fonctionnelle ventilatoire).

4) DISCUSSION

La prise en charge des patientes transgenres en France est un vrai challenge à la fois administratif et chirurgical. En effet, cette prise en charge ne repose sur aucun cadre légal. Cette étude, malgré le faible nombre de patientes, nous a permis de montrer la disparité entre

le parcours des patientes et celui normalement requis par la CPAM. Aucune étude n'est à ce jour parue sur ce sujet.

4.1 Prise en charge médicale

4.1.1 La place du médecin généraliste

La prise en charge médicale des patientes transgenres en France débute la plupart du temps par une consultation auprès du médecin généraliste (45). Ce dernier doit avoir une place centrale dans le suivi des patientes mais trop peu ont les connaissances nécessaires pour le réaliser (46). De plus en plus de maisons médicales spécialisées dans la prise en charge des personnes transidentitaires se développent, comme à Lille, pour permettre une prise en charge simplifiée des patientes. De plus, les recommandations actuelles de cette prise en charge n'incluent à aucun moment les médecins généralistes. Ils ne sont pas autorisés, à l'heure actuelle, à débiter une hormonothérapie. Par ailleurs, ils ont une place centrale dans l'obtention de l'ALD puisque ce sont eux qui font la demande auprès de la CPAM. Pour l'ALD 31.0 « dysphorie de genre » la demande doit être accompagnée d'un protocole de prise en charge clair et précis ainsi que de certificats rédigés et signés par un psychiatre, un endocrinologue et un chirurgien plasticien. Sur les 10 patientes incluses dans notre étude, toutes bénéficient d'une ALD pour dysphorie de genre et ont dû joindre un certificat signé par le médecin traitant. Nous nous sommes aperçus dans cette étude que les certificats normalement nécessaires ne sont pas systématiquement demandés. Il est pour cela indispensable d'encadrer et de simplifier ces démarches qui peuvent parfois être longues et fastidieuses à la fois pour les patientes mais aussi pour les praticiens.

4.1.2 La place du psychiatre

Le psychiatre a gardé une place importante dans la prise en charge des patientes transgenres. Longtemps considéré par les psychiatres comme une « maladie », le transgendérisme a su se faire une place au sein des mœurs actuelles (47,48). De nos jours, les recommandations internationales insistent sur le fait qu'un avis auprès d'un « professionnel de santé mentale » est nécessaire avant toute prise en charge chirurgicale (2). Le diagnostic de « dysphorie de genre » doit être posé selon les critères DSM-V avant toute prise en charge médicale de féminisation. L'objectif d'une prise en charge par le psychiatre est justifié par le fait d'éliminer les diagnostics différentiels tel que la dysmorphophobie ou des troubles psychotiques et par conséquent d'évaluer les contre-indications psychologiques à la réalisation d'un traitement hormono-chirurgical (48). Une fois le diagnostic de dysphorie retenu, l'expérience en vie réelle était l'étape obligatoire avant de pouvoir prétendre à un traitement féminisant quel qu'il soit. Initialement d'une durée minimale de 1 an, celle-ci a été modifiée et les limites en sont d'autant plus floues. En effet, elle est maintenant obligatoire avant la chirurgie de réassignation sexuelle, mais les chirurgies « périphériques », toutefois sans les préciser, sont envisageables pendant cette période (5,46). Cette prise en charge centrée sur le suivi psychiatrique est très décriée par les patientes et les associations de patiente qui souhaitent une prise en charge plus simple sans passer par cette longue étape de suivi psychiatrique, qui la plupart du temps est mal vécue (49).

Le diagnostic de dysphorie de genre permet d'obtenir le certificat nécessaire pour le dossier d'ALD. Dans notre étude, seulement 4 patientes ont eu besoin de ce certificat pour l'obtenir, ce qui montre une fois de plus la disparité qu'il peut y avoir entre les patientes pour une même demande. D'autre part, 80% des patientes bénéficient d'un suivi auprès d'un psychiatre, celui-ci ayant débuté après l'acceptation du dossier d'ALD.

4.1.3 La place de l'endocrinologue

Une fois le diagnostic de dysphorie de genre établi par le psychiatre, le traitement hormonal peut être mis en place. L'initiation de ce traitement doit être effectuée par un « spécialiste » tel qu'un endocrinologue, gynécologue ou urologue. Le suivi et le renouvellement peuvent, eux, être effectués par le médecin généraliste. Le traitement se déroule la plupart du temps en deux parties, une première phase de suppression des caractères sexuels masculins puis une phase de féminisation. Ce traitement est variable d'un patient à l'autre et d'un praticien à l'autre (50).

La prescription de ces traitements se fait hors AMM et n'est donc pas, en théorie, pris en charge par la sécurité sociale en France (46). L'obtention de l'ALD 31.0 pour dysphorie de genre ne justifie pas non plus un remboursement de l'hormonothérapie. Cependant, un certain nombre de patientes a bénéficié d'une prise en charge financière au titre de l'ALD 31.0. Cela est sous la responsabilité des Caisses départementales et crée des inégalités importantes entre les patientes. Ce traitement est obligatoire avant la chirurgie de réassignation et recommandé avant chirurgie de féminisation faciale. Dans notre étude, 100% des patientes ont bénéficié d'une hormonothérapie avant toute prise en charge chirurgicale. L'hormonothérapie est par conséquent quasi systématique pour les patientes, qu'il y ait ou non une prise en charge chirurgicale. Il peut donc être nécessaire de standardiser la prescription de l'hormonothérapie dans le sens d'une prise en charge au titre de l'ALD 31.0.

4.2 Prise en charge chirurgicale

Au cours du parcours de féminisation, 2 groupes de chirurgies se distinguent. Les chirurgies de réassignation sexuelle d'une part, comprenant la chirurgie des organes génitaux, et les chirurgies « périphériques » d'autre part, comprenant la chirurgie de féminisation

faciale.

La chirurgie de réassignation sexuelle est très protocolisée en France dans les centres de référence. En effet, pour bénéficier de cette prise en charge chirurgicale, il est nécessaire d'avoir l'ALD, 2 certificats signés par deux psychiatres, 1 certificat signé par un endocrinologue et 1 signé par le chirurgien plasticien, comme stipulé dans le « protocole » publié en 1989 sur lequel se base la CPAM (2,5). Une fois ces certificats obtenus, il faudra également que les patientes bénéficient d'un suivi de 2 ans au cours duquel un traitement hormonal sera suivi et il faudra que le dossier soit accepté par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie. La prise en charge financière de la chirurgie sera effectuée par la CPAM si le suivi a été effectué dans un centre « auto-proclamé » centre référent. Le nombre de patientes bénéficiant d'un parcours « atypique » hors centre de référence se multiplie du fait de la trop longue attente au sein de ces structures et d'un suivi trop psychiatisant (46). Cette chirurgie de réassignation est également possible en structures privées en suivant les mêmes recommandations mais le financement est alors, en grande partie, effectué par les patientes. La CPAM prend en charge le remboursement à hauteur de l'acte CCAM. Le remboursement des frais d'honoraires et autres, annexes, sont conditionnés par les conventions mutuelles, mais souvent faibles, dans le cadre des chirurgies transgenres. Il est à noter que certaines caisses de l'Assurance Maladie refusent la moindre prise en charge en se basant sur le protocole de 1989 (51).

Pour la chirurgie de féminisation faciale, les documents nécessaires et le suivi est en théorie le même que pour la chirurgie de réassignation à la différence que l'accord de prise en charge n'est pas référé à la CNAM et qu'il suffit d'un seul certificat signé par un psychiatre au lieu de 2 (2). De plus, seuls les actes chirurgicaux cités dans l'étude (chirurgie des bases osseuses) peuvent être pris en charge par la CPAM. Une attention particulière est à porter à la rhinoplastie qui peut être prise en charge à condition que l'entente préalable soit acceptée.

Nous avons pu voir dans notre étude que la moitié des patientes opérées dans le secteur privé n'ont pas bénéficié de rhinoplastie du fait de l'absence de prise en charge financière de la part de la sécurité sociale. La chirurgie des tissus mous (blépharoplasties, lifting faciaux...) est « hors nomenclature » et donc non prise en charge. Dans notre étude, nous avons vu que seulement 40% de patientes ont obtenu un certificat signé par un psychiatre, 80% ont un suivi auprès d'un psychiatre. De plus, aucune n'a bénéficié d'un certificat auprès d'un endocrinologue et d'un chirurgien. Pour autant, 100% des patientes ont obtenu une prise en charge par la CPAM que ce soit dans le secteur public ou le secteur privé.

Pour la prise en charge des différentes chirurgies de féminisation, la Caisse d'Assurance Maladie se base sur le protocole daté de 1989 accompagné d'une lettre ministérielle. Celui-ci n'a aucune base légale et la HAS le fait savoir dans ses recommandations parues en 2009, pointant du doigt cette problématique administrative (5). Depuis, aucun nouveau texte de loi n'a été publié pour encadrer ces prises en charge. De plus, la nomenclature CCAM ne prévoit pas d'acte de féminisation faciale associé au diagnostic de dysphorie de genre. Ceci implique une cotation anarchique des actes et une difficulté supplémentaire pour la prise en charge financière de ceux-ci. En ce sens, une réactualisation des recommandations adaptée au système de soins français est nécessaire pour améliorer la prise en charge des patientes transgenres.

4.3 La chirurgie de féminisation à l'étranger

Les difficultés administratives associées au suivi très psychiatrisant du secteur public et le coût parfois important des différentes chirurgies du secteur privé ont conduit les patientes à rechercher une solution alternative qui est la prise en charge à l'étranger. Ces prises en charges se font soit en Europe, principalement en Belgique, la Suisse et l'Espagne, soit hors

Union Européenne, la plupart du temps en Thaïlande.

Les patientes souhaitant une prise en charge hors France mais en Europe le justifient d'une part pour la facilité administrative, avec un suivi psychiatrique écourté, et pour des délais nettement moins longs dans les structures hospitalières. Il existe également des structures exclusivement spécialisées dans la prise en charge des patientes transgenres, comme c'est le cas en Espagne avec la FacialTeam du Dr Luis Capitan. L'ensemble des centres européens prenant en charge les patientes transgenres se basent sur le protocole édité par la WPATH. Celui-ci stipule que 2 recommandations par un professionnels de santé mental (psychologue et/ou psychiatre) est nécessaire pour la chirurgie génitale, une seule recommandation est nécessaire pour les autres chirurgies de réassignation et aucune pour la chirurgie de féminisation du visage. Il est précisé par ailleurs que « ces professionnels peuvent jouer un rôle important dans la prise de décision des patientes ». Une période de 12 mois d'hormonothérapie et d'expérience en vie réelle est également nécessaire à la prise en charge (2). Pour les patientes transgenres natives du pays en question, la prise en charge financière est alors différente de la France puisque ce sont essentiellement les assurances privées qui prennent en charge les chirurgies à condition que le professionnel de santé mentale stipule que la chirurgie de féminisation faciale est nécessaire à la prise en charge de la dysphorie de genre.

A l'étranger, hors Europe, le pays le plus attractif pour les patientes est la Thaïlande avec des nombreuses cliniques spécialisées proposant des chirurgies de féminisation et des tarifs nettement inférieurs à ceux pratiqués en France. Par ailleurs, il est nécessaire que les patientes aient suivi le protocole édité par la WPATH pour pouvoir prétendre à ces chirurgies.

Le remboursement d'une chirurgie effectuée en Europe peut se faire à condition que celle-ci, « ne soit pas pratiquée en France et/ou qu'elle ne puisse être pratiquée dans le temps opportun ». La prise en charge d'une chirurgie quelle qu'elle soit à l'étranger, hors UE, peut

relever d'un remboursement par la CPAM dans un cadre bien précis. Pour bénéficier de celui-ci, la patiente doit établir qu'elle ne peut recevoir sur le territoire français les soins appropriés à son état. La chirurgie de féminisation faciale hors Europe n'entre pas dans ce cadre et la prise en charge financière est donc totalement à la charge des patientes.

Les patientes souhaitant bénéficier d'une prise en charge en dehors de la France le justifient la plupart du temps par une prise en charge « transphobe » de certaines institutions françaises « auto-proclamées » centres de référence et des délais trop longs.

Avec la démocratisation des chirurgies de féminisation en France, à l'hôpital public comme en structures privées, le nombre de patientes se déplaçant à l'étranger pour effectuer ces chirurgies est en nette baisse.

Aucune étude sur la prise en charge financière n'a été publiée dans la littérature hormis aux Etats-Unis où le remboursement des chirurgies est resté longtemps exclu par les assurances (52–55) et en Suède où la prise en charge s'est grandement modifiée en 2015 (56).

La prise en charge américaine se base également sur le protocole de la WPATH. La difficulté aux Etats-Unis repose sur la prise en charge financière par les assurances. En effet, seuls 19 Etats bénéficient de lois encadrant les droits des patientes transgenres et par conséquent prennent en charge au moins une partie des frais engendrés par la chirurgie de féminisation faciale (52).

En Suède, une loi a été votée en 2015 pour que les patientes transgenres bénéficient d'une prise en charge financière totale de la chirurgie de féminisation faciale.

La Suisse va également dans ce sens avec une prise en charge des interventions par la Caisse-Maladie à condition que « *le diagnostic trans (« dysphorie de genre » ou « transsexualisme vrai ») ainsi qu'une attestation certifiant que la mesure souhaitée est nécessaire et indispensable et qu'il n'existe pas d'alternative moins coûteuse.* »

CONCLUSION

Ce travail avait pour but d'analyser les parcours administratif et médical ainsi que la prise en charge chirurgicale des patientes transgenres en France au cours du processus de féminisation faciale.

L'étude se divise donc en deux parties, une revue narrative de la littérature d'une part et une étude descriptive basée sur des questionnaires distribués aux patientes et aux médecins référents des centres CPAM d'autre part. La revue narrative avait pour but de situer l'état de l'art national et international en matière de prise en charge médicale et chirurgicale des patientes transgenres. L'étude descriptive avait pour but de mettre en évidence les difficultés rencontrées dans l'accès à ce parcours. Au total, 10 patientes ont été incluses. Parmi celles-ci, seulement 4 ont dû fournir un certificat signé d'un psychiatre pour l'obtention de l'ALD et aucun autre certificat d'un médecin spécialiste ne leur a été demandé. Par ailleurs, l'ensemble des chirurgies réalisées par les patientes ont été prise en charge financièrement par la sécurité sociale au titre de l'ALD 31.0 malgré le fait que le parcours n'était pas celui recommandé par le CPAM. En comparant les données de la littérature et les données de l'ensemble des questionnaires, nous avons donc pu constater qu'il existe une importante disparité entre les recommandations nationales/internationales et les pratiques courantes.

La prise en charge des patientes transgenres nécessite donc d'être simplifiée sur le plan administratif et médical. Un encadrement moins « psychiatisant », une harmonisation et une plus grande lisibilité du parcours de soins pré-chirurgical permettraient aux patientes transgenres d'accéder aux soins de manière plus aisée ; la complexité actuelle du parcours de soins en décourage plus d'une, conduisant à l'enkystement d'une certaine forme de détresse psychologique. La prise en charge en secteur libéral nécessite également d'être reconnue toujours dans une démarche de facilitation d'accès aux soins et de choix de son praticien, les « centres de référence » étant, à l'heure actuelle, trop peu nombreux et surchargés.

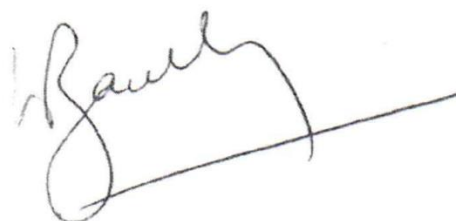
Le Doyen de l'UFR de Médecine,

Monsieur Pierre CLAVELOU



Le Président du Jury,

Madame Isabelle BARTHELEMY



REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. American Psychiatric Association, American Psychiatric Association, éditeurs. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013. 947 p.
2. World Professional Association for Transgender Health. Standards de Soins pour la santé des personnes transsexuelles, transgenres et de genre non-conforme [Internet]. wpath.org. Disponible sur: https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_French.pdf
3. Flores AR, Herman JL, Gates GJ, Brown TNT. HOW MANY ADULTS IDENTIFY AS TRANSGENDER IN THE UNITED STATES? :13.
4. Arcelus J, Bouman WP, Van Den Noortgate W, Claes L, Witcomb G, Fernandez-Aranda F. Systematic Review and Meta-Analysis of Prevalence Studies in Transsexualism. *Eur psychiatr.* sept 2015;30(6):807-15.
5. Haute autorité de Santé. SITUATION ACTUELLE ET PERSPECTIVES D'EVOLUTION DE LA PRISE EN CHARGE MEDICALE DU TRANSSEXUALISME EN FRANCE [Internet]. has-sante.fr. 2009. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-12/rapport_transsexualisme.pdf
6. Morrison SD, Satterwhite T. Lower Jaw Recontouring in Facial Gender-Affirming Surgery. *Facial Plastic Surgery Clinics of North America.* mai 2019;27(2):233-42.
7. Skinazi GLS, Lindauer SJ, Isaacson RJ. Chin, nose, and lips. Normal ratios, in young men and women. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics.* nov 1994;106(5):518-23.
8. Hammond SE, Cohen E, Rosow D. Feminization of Transgender Women With Thyroid Chondroplasty and Laryngoplasty: *Journal of Craniofacial Surgery.* 2019;30(5):1409-13.
9. Sturm A, Chalet SR. Chondrolaryngoplasty—Thyroid Cartilage Reduction. *Facial Plastic Surgery Clinics of North America.* mai 2019;27(2):267-72.
10. Deschamps-Braly J. Feminization of the Chin. *Facial Plastic Surgery Clinics of North America.* mai 2019;27(2):243-50.
11. Altman K. Facial feminization surgery: current state of the art. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery.* août 2012;41(8):885-94.
12. Rohrich RJ, Pessa JE. The Fat Compartments of the Face: Anatomy and Clinical Implications for Cosmetic Surgery: *Plastic and Reconstructive Surgery.* juin 2007;119(7):2219-27.
13. Springer IN, Zernial O, Nölke F, Warnke PH, Wiltfang J, Russo PAJ, et al. Gender and Nasal Shape: Measures for Rhinoplasty: *Plastic and Reconstructive Surgery.* févr 2008;121(2):629-37.

14. Springer IN, Zernial O, Warnke PH, Wiltfang J, Russo PAJ, Wolfart S. Nasal shape and gender of the observer: Implications for rhinoplasty. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*. janv 2009;37(1):3-7.
15. Nouraei SAR, Randhawa P, Andrews PJ, Saleh HA. The Role of Nasal Feminization Rhinoplasty in Male-to-Female Gender Reassignment. *Archives of Facial Plastic Surgery* [Internet]. 1 sept 2007 [cité 23 août 2021];9(5). Disponible sur: <http://archfaci.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archfaci.9.5.318>
16. Hage JJ, Vossen M, Becking AG. Rhinoplasty as Part of Gender- Confirming Surgery in Male Transsexuals: Basic Considerations and Clinical Experience: *Annals of Plastic Surgery*. sept 1997;39(3):266-71.
17. Cho S-W, Jin HR. Feminization of the Forehead in a Transgender: Frontal Sinus Reshaping Combined with Brow Lift and Hairline Lowering. *Aesthetic Plastic Surgery*. oct 2012;36(5):1207-10.
18. Capitán L, Simon D, Kaye K, Tenorio T. Facial Feminization Surgery: The Forehead. *Surgical Techniques and Analysis of Results. Plastic and Reconstructive Surgery*. oct 2014;134(4):609-19.
19. Spiegel JH. Facial determinants of female gender and feminizing forehead cranioplasty: Facial Determinants of Female Gender and Feminizing Forehead Cranioplasty. *The Laryngoscope*. févr 2011;121(2):250-61.
20. Pansritum K. Forehead and Hairline Surgery for Gender Affirmation. *Plastic and Reconstructive Surgery - Global Open*. 22 mars 2021;9(3):e3486.
21. Boucher F, Gleizal A, Mojallal A, Bachelet J-T. Chirurgie de féminisation du visage – tiers moyen et inférieur. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*. avr 2017;62(2):122-30.
22. Mommaerts MY, Voisin C, Joshi Otero J, Loomans NAJ. Mandibular feminization osteotomy—preliminary results. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. mai 2019;48(5):597-600.
23. Salibian AA, Bluebond-Langner R. Lip Lift. *Facial Plastic Surgery Clinics of North America*. mai 2019;27(2):261-6.
24. Bellinga RJ, Capitán L, Simon D, Tenório T. Technical and Clinical Considerations for Facial Feminization Surgery With Rhinoplasty and Related Procedures. *JAMA Facial Plastic Surgery*. mai 2017;19(3):175-81.
25. Bellinga RJ, Capitán L, Simon D, Tenório T. Technical and Clinical Considerations for Facial Feminization Surgery With Rhinoplasty and Related Procedures. *JAMA Facial Plast Surg*. mai 2017;19(3):175-81.
26. Gola R, Richard O, Guyot L, Layoun W. Intérêt de la valgisation fonctionnelle des malaires dans les faces étroites. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*. févr 2006;51(1):74-81.
27. Ma YQ, Zhu SS, Li JH, Luo E, Feng G, Liu Y, et al. Reduction Malarplasty Using an

- L-Shaped Osteotomy Through Intraoral and Sideburns Incisions. *Aesthetic Plastic Surgery*. avr 2011;35(2):237-41.
28. Mommaerts MY, Abeloos JVS, De Clercq CAS, Neyt LF. The ‘sandwich’ zygomatic osteotomy: technique, indications and clinical results. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*. févr 1995;23(1):12-9.
29. Mommaerts MY, Nadjmi N, Abeloos JVS, Neyt LF. Six year’s experience with the zygomatic “sandwich” osteotomy for correction of malar deficiency. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. janv 1999;57(1):8-13.
30. Kridel R, Patel S. Cheek and Chin Implants to Enhance Facelift Results. *Facial Plastic Surgery*. juin 2017;33(03):279-84.
31. Whitehead DM, Schechter LS. Cheek Augmentation Techniques. *Facial Plastic Surgery Clinics of North America*. mai 2019;27(2):199-206.
32. Binder WJ, Azizzadeh B. Malar and Submalar Augmentation. *Facial Plastic Surgery Clinics of North America*. févr 2008;16(1):11-32.
33. Pascali M, Quarato D, Marianetti T, Carinci F. Malar region rejuvenation through non-invasive techniques: hyaluronic acid fillers and lipofilling. *J Biol Regul Homeost Agents*. 27 déc 2017;31(4 Suppl 2):1-7.
34. Krastev TK, Beugels J, Hommes J, Piatkowski A, Mathijssen I, van der Hulst R. Efficacy and Safety of Autologous Fat Transfer in Facial Reconstructive Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Facial Plast Surg*. sept 2018;20(5):351-60.
35. Lindenblatt N, van Hulle A, Verpaele AM, Tonnard PL. The Role of Microfat Grafting in Facial Contouring. *Aesthet Surg J*. sept 2015;35(7):763-71.
36. Carvas M, Tonnard P, Verpaele A. Rhinoplasty Combined With Centrofacial Lipofilling to Optimize Facial Proportions. *Aesthetic Surgery Journal Open Forum*. 1 sept 2020;2(3):ojz034.
37. Villepelet A, Jafari A, Baujat B. Fronto-orbital feminization technique. A surgical strategy using fronto-orbital burring with or without eggshell technique to optimize the risk/benefit ratio. *European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases*. oct 2018;135(5):353-6.
38. Garcia-Rodriguez L, Thain LM, Spiegel JH. Scalp advancement for transgender women: Closing the gap. *The Laryngoscope*. juin 2020;130(6):1431-5.
39. Capitán L, Simon D, Meyer T, Alcaide A, Wells A, Bailón C, et al. Facial Feminization Surgery: Simultaneous Hair Transplant during Forehead Reconstruction. *Plastic and Reconstructive Surgery*. mars 2017;139(3):573-84.
40. Krastinova-Lolov D. Mask Lift and Facial Aesthetic Sculpturing: Plastic and Reconstructive Surgery. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*. janv 1995;95(1):21-36.
41. Pittman TA, Economides JM. Preparing for Facial Feminization Surgery. *Facial*

Plastic Surgery Clinics of North America. mai 2019;27(2):191-7.

42. Raffaini M, Magri AS, Agostini T. Full Facial Feminization Surgery: Patient Satisfaction Assessment Based on 180 Procedures Involving 33 Consecutive Patients. *Plastic and Reconstructive Surgery*. févr 2016;137(2):438-48.
43. Raffaini M, Perello R, Tremolada C, Agostini T. Evolution of Full Facial Feminization Surgery: Creating the Gendered Face With an All-in-one Procedure. *Journal of Craniofacial Surgery*. 2019;30(5):1419-24.
44. Capitàn. Facial Gender Confirmation Surgery: A Protocol for Diagnosis, Surgical Planning, and Postoperative Management. *avril 2021*;147(4):711e-2e.
45. Vernier C, Montpied A. Regards des personnes transidentitaires sur leurs parcours de soins: quelle place pour la médecine générale? Étude qualitative par entretiens semi-dirigés. :213.
46. Inspection générale des affaires sociales. Evaluation des conditions de prise en charge médicale et sociale des personnes trans et du transsexualisme [Internet]. *vie-publique.fr*. 2011. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/124000209.pdf>
47. Drescher J. Queer Diagnoses: Parallels and Contrasts in the History of Homosexuality, Gender Variance, and the Diagnostic and Statistical Manual. *Arch Sex Behav*. avr 2010;39(2):427-60.
48. Byne W, Karasic DH, Coleman E, Eyler AE, Kidd JD, Meyer-Bahlburg HFL, et al. Gender Dysphoria in Adults: An Overview and Primer for Psychiatrists. *Transgender Health*. déc 2018;3(1):57-A3.
49. outrans. Lettre ouverte des associations trans à Nicolas Morel-Journel, président de la SoFECT et de la FPATH [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://outrans.org/2020/12/08/lettre-ouverte-des-associations-trans-a-nicolas-morel-journel-president-de-la-sofect-et-de-la-fpath/>
50. Maheshwari A, Nippoldt T, Davidge-Pitts C. An Approach to Nonsuppressed Testosterone in Transgender Women Receiving Gender-Affirming Feminizing Hormonal Therapy. *Journal of the Endocrine Society*. 1 sept 2021;5(9):bvab068.
51. Défenseur des droits. Décision cadre du Défenseur des droits 2020-136 [Internet]. *defenseurdesdroits.fr*. Disponible sur: https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/decision_cadre_ndeg2020-136_1.pdf
52. Gadkaree SK, DeVore EK, Richburg K, Lee LN, Derakhshan A, McCarty JC, et al. National Variation of Insurance Coverage for Gender-Affirming Facial Feminization Surgery. *Facial Plastic Surgery & Aesthetic Medicine*. 1 août 2021;23(4):270-7.
53. Terris-Feldman A, Chen A, Poudrier G, Garcia M. How Accessible Is Genital Gender-Affirming Surgery for Transgender Patients With Commercial and Public Health Insurance in the United States? Results of a Patient-Modeled Search for Services and a Survey of Providers. *Sexual Medicine*. déc 2020;8(4):664-72.

54. Padula WV, Baker K. Coverage for Gender-Affirming Care: Making Health Insurance Work for Transgender Americans. *LGBT Health*. août 2017;4(4):244-7.
55. Schechter LS. Gender Confirmation Surgery: An Update for the Primary Care Provider. *Transgender Health*. janv 2016;1(1):32-40.
56. Lundgren TK, Isung J, Rinder J, Dhejne C, Arver S, Holm L-E, et al. Moving Transgender Care Forward within Public Health Organizations: Inclusion of Facial Feminizing Surgery in the Swedish National Treatment Recommendations. *Archives of Sexual Behavior*. nov 2016;45(8):1879-80.

ANNEXE I : Patiente ayant bénéficié d'une génioplastie de réduction, gonioplastie, rhinoplastie



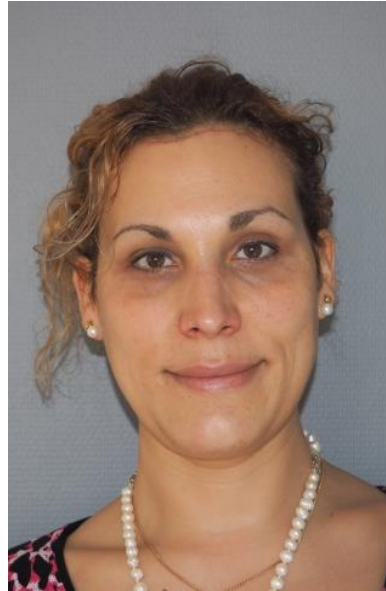
ANNEXE II : Patiente ayant bénéficié d'une féminisation du tiers inférieur puis d'une rhinoplastie, lipofilling malaire, et abaissement de la ligne d'implantation capillaire



ANNEXE III : Patiente ayant bénéficié d'une féminisation du tiers inférieur, rhinoplastie, lipofilling malaire, et réduction des bosses frontales



ANNEXE IV : Patiente ayant bénéficié d'une frontoplastie et d'un abaissement de la ligne d'implantation capillaire



ANNEXE V : QUESTIONNAIRE PATIENTE

1er praticien rencontré :

1- Quels sont les documents nécessaires pour l'obtention de l'ALD ?

2- Sur le plan médical :

2-1 Un suivi auprès d'un psychiatre a-t-il été réalisé ?

Oui / non

2-1-1 Si oui, il vous a été présenté comme : (entourer la mention correspondante)

- Recommandé/obligatoire pour la prise en charge endocrinologique.
- Recommandé/obligatoire pour la chirurgie de réassignation sexuelle.
- Recommandé/obligatoire pour la chirurgie de féminisation du visage.

2-1-2 Si oui, combien de temps ?

.....

2-2 Un suivi auprès d'un endocrinologue a-t-il été réalisé ?

Oui / non

2-2-1 Si oui, il vous a été présenté comme : (entourer la mention correspondante)

- Recommandé/obligatoire avant la chirurgie de réassignation sexuelle.
- Recommandé/obligatoire avant la chirurgie de féminisation du visage.

2-2-2 Avez-vous bénéficié d'un traitement d'hormonothérapie ?

Oui / non

2-2-3 Si oui, quel traitement et pendant combien de temps vous a-t-il été prescrit ?

3- Sur le plan chirurgical :

3-1 Avez-vous bénéficié d'une chirurgie de réassignation sexuelle ?

Oui / non

3-1-1 Si oui, quels sont les documents/certificats qui vous ont été demandé ?

3-1-2 Si oui, avez-vous été prise en charge par la sécurité sociale ?

Oui / non

3-2 Avez-vous bénéficié d'une chirurgie de féminisation du visage ?

Oui / non

3-2-1 Si oui, de quelles chirurgies avez-vous bénéficié ?

- 3-2-1-1 Thyroplastie/laryngoplastie de réduction (réduction de la pomme d'Adam) ?

Oui / non

- 3-2-1-1-A Si oui, quels sont les documents/certificats qui vous ont été demandés ?

- 3-2-1-1-B Si oui, avez-vous été prise en charge par la sécurité sociale ?

Oui / non

- 3-2-1-2 Chirurgie orthognathique maxillaire ou mandibulaire (chirurgie des mâchoires) ?

Oui / non

- 3-2-1-2-A Si oui, quels sont les documents/certificats qui vous ont été demandés ?

- 3-2-1-2-B Si oui, avez-vous été prise en charge par la sécurité sociale ?

Oui / non

- 3-2-1-3 Génioplastie (chirurgie du menton) ?

Oui / non

- 3-2-1-3-A Si oui, quels sont les documents/certificats qui vous ont été demandés ?

- 3-2-1-3-B Si oui, avez-vous été prise en charge par la sécurité sociale ?

Oui / non

- 3-2-1-4 Gonioplastie (chirurgie des angles mandibulaires) ?

Oui / non

- 3-2-1-4-A Si oui, quels sont les documents/certificats qui vous ont été demandés ?

- 3-2-1-4-B Si oui, avez-vous été prise en charge par la sécurité sociale ?

Oui / non

- 3-2-1-5 Rhinoplastie ?

Oui / non

○ 3-2-1-5-A Si oui, quels sont les documents/certificats qui vous ont été demandés ?

○ 3-2-1-5-B Si oui, avez-vous été prise en charge par la sécurité sociale ?

Oui / non

- 3-2-1-6 Chirurgie des bosses frontales ?

Oui / non

○ 3-2-1-6-A Si oui, quels sont les documents/certificats qui vous ont été demandés ?

○ 3-2-1-6-B Si oui, avez-vous été prise en charge par la sécurité sociale ?

Oui / non

- 3-2-1-7 Abaissement de la ligne capillaire ?

Oui / non

○ 3-2-1-7-A Si oui, quels sont les documents/certificats qui vous ont été demandés ?

○ 3-2-1-7-B Si oui, avez-vous été prise en charge par la sécurité sociale ?

Oui / non

ANNEXE VI : QUESTIONNAIRE AU MEDECIN CONSEIL DE LA CPAM

1- Quels sont les documents nécessaires à la création de l'ALD hors liste pour la dysphorie de genre ?

2- En cas de parcours de soins au sein d'un centre pluridisciplinaire :

2-A Si la patiente est bénéficiaire d'une ALD pour dysphorie de genre, un certificat médical signé par un psychiatre est-il obligatoire pour pouvoir bénéficier d'une prise en charge par la CPAM de la chirurgie de réassignation sexuelle de type vaginoplastie (acte CCAM JZMA002) ?

Oui / non

Si oui, un seul certificat est-il nécessaire ?

Oui / non

Si non, lequel ?

2-B Si la patiente est bénéficiaire d'une ALD pour dysphorie de genre, un certificat médical signé par un psychiatre est-il obligatoire pour pouvoir bénéficier d'une prise en charge par la CPAM des actes de chirurgie de féminisation du visage non soumis à entente préalable ?

Oui / non

Si oui, un seul certificat est-il nécessaire ?

Oui / non

Si non, lequel ?

2-C Si la patiente est bénéficiaire d'une ALD pour dysphorie de genre, quels sont les documents/certificats nécessaires pour la prise en charge par la CPAM des actes de chirurgie de féminisation du visage soumis à entente préalable (ex : rhinoseptoplastie, acte CCAM GAMA016) ?

Certificat signé par un psychiatre ? Oui / Non

Certificat signé par un endocrinologue ? Oui / Non

Autres ? Oui / Non

Si oui, lesquels ?

3- En cas de parcours de soins atypique (hors centre pluridisciplinaire) :

Idem, centre pluridisciplinaire ?

Oui / non

Sinon,

3-A Si la patiente est bénéficiaire d'une ALD pour dysphorie de genre, un certificat médical signé par un psychiatre est-il obligatoire pour pouvoir bénéficier d'une prise en charge par la CPAM de la chirurgie de réassignation sexuelle de type vaginoplastie (acte CCAM JZMA002) ?

Oui / non

Si oui, un seul certificat est-il nécessaire ?

Oui / non

Si non, lequel ?

3-B Si la patiente est bénéficiaire d'une ALD pour dysphorie de genre, un certificat médical signé par un psychiatre est-il obligatoire pour pouvoir bénéficier d'une prise en charge par la CPAM des actes de chirurgie de féminisation du visage non soumis à entente préalable ?

Oui / non

Si oui, un seul certificat est-il nécessaire ?

Oui / non

Si non, lequel ?

3-C Si la patiente est bénéficiaire d'une ALD pour dysphorie de genre, quels sont les

documents/certificats nécessaires pour la prise en charge par la CPAM des actes de chirurgie de féminisation du visage soumis à entente préalable (ex : rhinoseptoplastie, acte CCAM GAMA016) ?

Certificat signé par un psychiatre ? Oui / Non

Certificat signé par un endocrinologue ? Oui / Non

Autres ? Oui / Non

Si oui, lesquels ?

(Conseil national de l'ordre des médecins)

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Nom, Prénom Signature

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette FACULTE et de mes chers CONDISCIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes MAÎTRES, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les HOMMES m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'OPPROBRE et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Nom, Prénom Signature

ANALYSE DU PARCOURS MEDICAL ET DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTES TRANSGENRES DANS LE CADRE D'UNE CHIRURGIE DE FEMINISATION FACIALE EN FRANCE

RESUME :

OBJECTIF : L'objectif de notre étude était d'évaluer les disparités d'accès au parcours de soins des patientes transgenres en France avant chirurgie de féminisation faciale.

MATERIELS & METHODES : Il s'agit d'une étude descriptive basée sur des questionnaires administrés aux patientes ainsi qu'au médecin conseil de la CPAM. Cette étude est complétée d'une revue narrative de la littérature dont le but est de répertorier les modalités actuelles de prise en charge des patientes sur les plans social, médical et chirurgical.

RESULTATS : Au total, 10 patientes ont été incluses dans notre étude. 4 patientes ont dû fournir un certificat signé d'un psychiatre pour l'obtention de l'ALD, mais aucun autre certificat d'un médecin spécialiste n'a été nécessaire. Par ailleurs l'ensemble des chirurgies ont été financé par la CPAM malgré le fait qu'aucune patiente n'ait bénéficié du suivi recommandé par la CPAM. De grandes disparités entre la prise en charge des patientes et les recommandations nationales et internationales ont été mises en évidence.

DISCUSSION/CONCLUSION : Il est nécessaire d'harmoniser et de faciliter l'accès aux soins des patientes en clarifiant et en simplifiant leur parcours pré-chirurgical. Pour cela, une réactualisation des recommandations semble justifiée.

Mots-clés :

- Transgenre
- Dysphorie de genre
- Chirurgie de féminisation faciale
- Parcours médical
- Chirurgie de réassignation