



HAL
open science

Santé des personnes transgenres 2021. Étude quantitative explorant la santé, l'accès aux soins et les discriminations vécues par les personnes transgenres en France en 2021

Margaux Cosne

► **To cite this version:**

Margaux Cosne. Santé des personnes transgenres 2021. Étude quantitative explorant la santé, l'accès aux soins et les discriminations vécues par les personnes transgenres en France en 2021. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03582506

HAL Id: dumas-03582506

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03582506v1>

Submitted on 21 Feb 2022

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License



HAL
open science

Santé des personnes transgenres 2021. Étude quantitative explorant la santé, l'accès aux soins et les discriminations vécues par les personnes transgenres en France en 2021

Margaux Cosne, Margaux Santé

► To cite this version:

Margaux Cosne, Margaux Santé. Santé des personnes transgenres 2021. Étude quantitative explorant la santé, l'accès aux soins et les discriminations vécues par les personnes transgenres en France en 2021. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03577498

HAL Id: dumas-03577498

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03577498>

Submitted on 16 Feb 2022

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike| 4.0 International License



HAL
open science

Santé des personnes transgenres 2021. Étude quantitative explorant la santé, l'accès aux soins et les discriminations vécues par les personnes transgenres en France en 2021

Margaux Cosne

► **To cite this version:**

Margaux Cosne. Santé des personnes transgenres 2021. Étude quantitative explorant la santé, l'accès aux soins et les discriminations vécues par les personnes transgenres en France en 2021. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03577233

HAL Id: dumas-03577233

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03577233>

Submitted on 16 Feb 2022

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike| 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Par
Margaux COSNE

Le 2 décembre 2021

SANTE DES PERSONNES TRANSGENRES 2021

**Etude quantitative explorant la santé, l'accès aux soins et les
discriminations vécues par les personnes transgenres en France en
2021**

Directeur de thèse : Dr Cyril PERROLLAZ

JURY

Président : Pr Philippe LAMBERT

Assesseurs : Pr Delphine CAPDEVIELLE

Dr Alain MAKINSON

Dr Cyril PERROLLAZ, directeur de thèse

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Par
Margaux COSNE

Le 2 décembre 2021

SANTE DES PERSONNES TRANSGENRES 2021

**Etude quantitative explorant la santé, l'accès aux soins et les
discriminations vécues par les personnes transgenres en France en
2021**

Directeur de thèse : Dr Cyril PERROLLAZ

JURY

Président : Pr Philippe LAMBERT

Assesseurs : Pr Delphine CAPDEVIELLE

Dr Alain MAKINSON

Dr Cyril PERROLLAZ, directeur de thèse

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALBAT Bernard	BRUNEL Michel	HUMEAU Claude	MIRO Luis
ALLIEU Yves	CANAUD Bernard	JAFFIOL Claude	NAVARRO Maurice
ALRIC Robert	CHAPTAL Paul-André	JANBON Charles	NAVRATIL Henri
ARNAUD Bernard	CIURANA Albert-Jean	JANBON François	OTHONIEL Jacques
ASENCIO Gérard	CLOT Jacques	JARRY Daniel	PAGES Michel
ASTRUC Jacques	COSTA Pierre	JOURDAN Jacques	PEGURET Claude
AUSSILLOUX Charles	D'ATHIS Françoise	KLEIN Bernard	PELLISSIER Jacques
AVEROUS Michel	DEMAILLE Jacques	LAFFARGUE François	PETIT Pierre
AYRAL Guy	DESCOMPS Bernard	LALLEMANT Jean Gabriel	POUGET Régis
BAILLAT Xavier	DIMEGLIO Alain	LAMARQUE Jean-Louis	PUJOL Henri
BALDET Pierre	DUBOIS Jean Bernard	LAPEYRIE Henri	RABISCHONG Pierre
BALDY-MOULINIER Michel	DUJOLS Pierre	LEROUX Jean-Louis	RAMUZ Michel
BALMES Jean-Louis	DUMAS Robert	LESBROS Daniel	REBOUL Jean
BANSARD Nicole	DUMAZER Romain	LOPEZ François Michel	RIEU Daniel
BAYLET René	ECHENNE Bernard	LORIOT Jean	ROCHEFORT Henri
BILLIARD Michel	FABRE Serge	LOUBATIERES Marie Madeleine	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BLARD Jean-Marie	FREREBEAU Philippe	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SAINT AUBERT Bernard
BLAYAC Jean Pierre	GALIFER René Benoît	MARTY ANE Charles	SANCHO-GARNIER Héliène
BLOTMAN Francis	GODLEWSKI Guilhem	MARY Henri	SANY Jacques
BONNEL François	GRASSET Daniel	MATHIEU-DAUDE Pierre	SEGNARBIEUX François
BOURGEOIS Jean-Marie	GUILHOU Jean-Jacques	MEYNADIER Jean	SENAC Jean-Paul
BOUSQUET Jean	GUIITER Pierre	MICHEL François-Bernard	SERRE Arlette
BRUEL Jean Michel	HEDON berbard	MION Charles	SOLASSOL Claude
BUREAU Jean-Paul	HERTAULT Jean	MION Henri	VIDAL Jacques
			VISIÈRE Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	LE QUELLEC Alain
BLANC François	MARES Pierre
BONAFE Alain	MAUDELONDE Thierry
BOULENGER Jean-Philippe	MAURY Michèle
BOURREL Gérard	MESSNER Patrick
BRINGER Jacques	MILLAT Bertrand
CLAUSTRES Mireille	MONNIER Louis
DAURES Jean-Pierre	MOURAD Georges
DAUZAT Michel	PREFAUT Christian
DAVY Jean-Marc	PUJOL Rémy
DEDET Jean-Pierre	RIBSTEIN Jean
ELEDJAM Jean-Jacques	SCHVED Jean-François
GROLLEAU RAOUX Robert	SULTAN Charles
GUERRIER Bernard	TOUCHON Jacques
GUILLOT Bernard	UZIEL Alain
JONQUET Olivier	VOISIN Michel
LANDAIS Paul	ZANCA Michel
LARREY Dominique	

Docteurs Emérites

PRAT Dominique
PUJOL Joseph

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick	Parasitologie et mycologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COMBE Bernard	Rhumatologie
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive

DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
FRAPIER Jean-Marc	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale

TOUITOU Isabelle	Génétique
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOURDIN Arnaud	Pneumologie ; addictologie
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie
CAMU William	Neurologie
CANOVAS François	Anatomie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHANQUES Gérald	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique

DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice	Physiologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MORANNE Olivier	Néphrologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie

PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie
VERNHET Hélène	Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

BOURGIER Céline	Cancérologie; radiothérapie
CANAUD Ludovic	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
CAPDEVIELLE Delphine	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel	Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent	Radiologie et imagerie médicale
DAIEN Vincent	Ophthalmologie
DORANDEU Anne	Médecine légale et droit de la santé
FAILLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FUCHS Florent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GABELLE DELOUSTAL Audrey	Neurologie
GAUJOUX Viala Cécile	Rhumatologie
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILPAIN Philippe	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
IMMEDIATO DAIEN Claire	Rhumatologie
JACOT William	Cancérologie ; Radiothérapie
JEZIORSKI Eric	Pédiatrie

JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes; addictologie
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre	Dermato-vénérologie

SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophtalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne	Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc



PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénérologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe - Echelon Exceptionnel

RICHARD Bruno	Médecine palliative
SEGONDY Michel	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
BOULLE Nathalie	Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère	Génétique
CARRIERE Christian	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion

MCU-PH de 1^{re} classe

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BRET Caroline	Hématologie biologique
BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MARTRILLE Laurent	Médecine légale et droit de la santé
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine	Biologie cellulaire
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
THEVENIN-RENECéline	Immunologie
<u>MCU-PH de 2^{ème} classe</u>	
BERGOUGNOUX Anne	Génétique
CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénérologie
FITENI Frédéric	Cancérologie ; radiothérapie
GOUZI Farès	Physiologie
HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
HUBERLANT Stéphanie	Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale
KUSTER Nils	Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
PANTEL Alix	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SZABLEWSKY	Anatomie et cytologie pathologiques



Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1^{re} classe

COSTA David

OUDE ENGBERINK Agnès

MCU-MG de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

CARBONNEL François

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

CAMPAGNAC Jérômes

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Maitres de Conférences des Universités

Maitres de Conférences hors classe

BADIA Eric	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
CHAZAL Nathalie	Biologie cellulaire

Maitres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine	Neurosciences
BERNEX Florence	Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine	Sciences du médicament et des autres produits de santé
DELABY Constance	Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HERBET Guillaume	Neurosciences
LADRET Véronique	Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien	Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel	Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme	Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie	Neurosciences
MOUTOT Gilles	Philosophie
PASSERIEUX Emilie	Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie	Histologie
RAYNAUD Fabrice	Sciences du Médicament et autres produits de santé
TAULAN Magali	Biologie Cellulaire

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

PH chargés d'enseignements

ABOUKRAT Patrick	BLANCHET Catherine	COROIAN Flavia-Oana	GINIES Patrick
AKKARI Mohamed	BLATIERE Véronique	COUDRAY Sarah	GRECO Frédéric
ALRIC Jérôme	BOBBIA Xavier	CRANSAC Frédéric	GUEDJ Anne Marie
AMEDRO Pascal	BOGE Gudrun	CUNTZ Danielle	GUYON Gaël
AMOUREUX Cyril	BOURRAIN Jean Luc	DARDALHON Brigitte	HENRY Vincent
ANTOINE Valéry	BOUYABRINE Hassan	DAVID Aurore	JAMMET Patrick
ARQUIZAN Caroline	BRINGER-DEUTSCH Sophie	DE BOUTRAY Marie	JEDRYKA François
ATTALIN Vincent	BRINGUIER BRANCHEREAU Sophie	DE LA TRIBONNIÈRE Xavier	JREIGE Riad
AYRIGNAC Xavier	BRISOT Dominique	DEBIEN Blaise	KINNE Mélanie
BADR Maliha	BRONER Jonathan	DELPONT Marion	LABARIAS Coralie
BAIS Céline	CADE Stéphane	DENIS Hélène	LACAMBRE Mathieu
BARBAR Saber Davide	CAIMMI Davide Paolo	DEVILLE de PERIERE Gilles	LANG Philippe
BASSET Didier	CARR Julie	DJANIKIAN Flora	LAZERGES Cyril
BATIFOL Dominique	CARTIER César	DONNADIEU-RIGOLE Hélène	LE GUILLOU Cédric
BATTISTELLA Pascal	CASPER Thierry	FAIDHERBE Jacques	LEGLISE Marie Suzanne
BAUCHET Luc	CASSINOTTO Christophe	FATTON Brigitte	LOPEZ Régis
BENEZECH Jean-Pierre	CATHALA Philippe	FAUCHERRE Vincent	LUQUIENS Amandine
BENNYS Karim	CAZABAN Michel	FILLERON Anne	MANZANERA Cyril
BERNARD Nathalie	CHARBIT Jonathan	FITENI Frédéric	MARGUERITTE Emmanuel
BERTCHANSKY Ivan	CHEVALLIER Thierry	FOURNIER Philippe	MARTIN Lucille
BIBOULET Philippe	CHEVALLIER-MICHAUD Josyane	GAILLARD Nicolas	MATTATIA Laurent
BIRON-ANDREANI Christine	COLIN Olivier	GALMICHE Sophie	MEROUEH Fadi
BLANC Brigitte	CONSEIL Mathieu	GENY Christian	MEYER Pierre
BLANCHARD Sylvie	CORBEAU Catherine	GERONIMI Laetitia	MILESI Christophe

MORAU Estelle	SEGURET Fabienne
MOSER Camille	SENESSE Pierre
MOUSTY Eve	SKALLI El Medhi
MOUTERDE Gaël	SOLA Christelle
PANSARD Nicole	SOULLIER Camille
PERNIN Vincent	STOEBNER DELBARRE Anne
PERRIGAUT Pierre François	TEOT Luc
PEYRON Pierre-Antoine	THIRION Marina
PICARD Eric	VACHIERY-LAHAYE Florence
PICOT Marie Christine	VERNES Eric
PIERONI Laurence	VINCENT Laure
POQUET Héléne	WAGNER Laurent
PUJOL Sarah-Lise	ZERKOWSKI Laetitia
PUPIER Florence	
QUANTIN Xavier	
RAFFARD Laurence	
RAPIDO Francesca	
RIBRAULT Alice	
RICHAUD-MOREL Brigitte	
RIDOLFO Jérôme	
RIPART Sylvie	
RONGIERES Michel	
ROULET Agnès	
RUBENOVITCH Josh	
SANTONI Fannie	
SASSO Milène	
SCHULDINER Sophie	

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Praticiens Hospitaliers Universitaires

BARATEAU Lucie	Physiologie
BASTIDE Sophie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
CAZAUBON Yoann	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DAGNEAUX Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
DUFLOS Claire	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
LATTUCA Benoit	Cardiologie
MARIA Alexandre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SARRABAY Guillaume	Génétique
SOUICHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

« – J’ai oublié de te raconter une partie du rêve. J’avais une barbe et ma poitrine était plate. Et ça me rendait tellement heureuse. C’était une partie de moi que je ne peux pas expliquer, tu comprends ? Theresa a secoué la tête.

– Qu’est-ce que ça veut dire, Jess ? J’ai écrasé ma cigarette.

– C’était comme un truc qui était en moi depuis longtemps. Comme si j’avais grandi différemment. Jamais de ma vie je n’ai voulu être différente, mais dans le rêve, j’aimais ça et j’étais avec d’autres gens qui étaient différents, de la même façon que moi. Theresa a hoché la tête.

– Mais je croyais que c’était ce que tu avais ressenti en découvrant les bars. J’ai réfléchi un moment à ce qu’elle venait de dire.

– C’est vrai, ai-je repris, c’était la même chose. Mais dans le rêve, c’était pas le fait d’être gay, c’était le fait d’être un homme ou une femme. Tu vois ce que je veux dire ? D’habitude, je dois toujours prouver que je suis comme les autres femmes, mais dans le rêve, je ne ressentais pas cette obligation. Je ne suis même pas sûre que je me sentais comme une femme. »

« Je ne dis pas qu’on verra une sorte de paradis de notre vivant. Mais le simple fait de se battre pour le changement, ça nous rend plus fort. [...] Tu te demandes déjà si le monde peut changer. Essaie d’imaginer un monde dans lequel ça vaudrait le coup de vivre et demande-toi ensuite si ça ne vaut pas la peine de se battre pour ça. »

Leslie Feinberg, Stone Butch Blues, 1993.

REMERCIEMENTS

Merci aux membres du jury,

A Monsieur le Professeur Philippe LAMBERT : Merci de me faire l'honneur de présider le jury de ma soutenance de thèse. Votre expertise et votre expérience de la médecine générale sont d'une grande importance. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance et de mon respect.

A Madame le Professeur Delphine CAPDEVIELLE : Merci de me faire l'honneur de participer au jury de ma soutenance de thèse. Votre expertise de la psychiatrie apporte un regard constructif sur ce travail et je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à ce travail. Soyez assurée de ma profonde reconnaissance et de mon respect.

A Monsieur le Docteur Alain MAKINSON : Merci de me faire l'honneur de participer au jury de ma soutenance de thèse, merci pour l'intérêt que vous portez à ce travail, pour votre humanisme, votre ouverture d'esprit et votre curiosité. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance et de mon respect.

A Monsieur le Docteur Cyril PERROLLAZ : Merci Cyril de m'avoir accompagnée et soutenue dans cette aventure, d'avoir été partant dès le tout début jusqu'à la toute fin! Merci pour ta réactivité à toute épreuve, ta bienveillance et tes remarques pertinentes. Merci pour les discussions autour de cafés partagés en temps frais, temps chaud, temps de confinement. Enfin merci pour tout le soutien et l'énergie que tu m'as apportés dans ce travail, qui l'ont rendu plus léger et agréable.

Merci à toutes les personnes qui ont contribué à rendre ce projet possible,

Merci à **N.**, à **A.** à **M.**, à **L.** et à **K.** pour votre aide précieuse à la conception du questionnaire!

Merci à **E.** pour la traduction,

Merci à **toutes les personnes et associations** qui ont participé à diffuser ce projet. Ce travail n'aurait pas pu voir le jour sans vous,

A **Giovanna Rincon**, merci d'avoir pris le temps de partager un peu de ton expérience et d'avoir aidé à diffuser ce projet.

A **Sœur Salem**, merci d'avoir partagé avec moi ton expérience de la vie et de la santé LGBT et de m'avoir inspirée quant au choix de ce sujet de thèse.

Aux **Docteurs Yannick Barnier et Guillaume Birouste**, merci pour votre aide pour la conception et l'analyse du questionnaire.

A la **Docteure Elsa Fernique**, merci d'avoir partagé tes connaissances et pour tes conseils avisés.

Un grand merci à toutes les personnes qui ont participé au questionnaire, pour le temps que vous y avez dédié et pour votre confiance.

A mes chère.e.x.s ex-collègues de SMV :

Merci à **Laura, Virginie, Pascale, Laurie, Joc' A., Houarda, Bruno, Jessica, Nathalie, Fabien, Grégoire, Antoine, Adrien, Isabelle, Marjorie, Marion, Lison, Natacha, Delphine, Dominique,** pour votre amour des gens, votre professionnalisme et votre bonne humeur, qui ont participé à faire de mon séjour à SMV une partie de plaisir. Merci pour tous ces moments de partages et d'amitié !

Aux collègues de nuit : **Assad, Philippe, Muriel, Anas, Laetitia,** merci pour votre aide certaines de ces nuits qui n'étaient pas de tout repos !

A **Caroline,** merci pour l'intérêt que tu as porté à ce travail et pour ton aide dans ce projet ! J'espère que nous aurons à nouveau l'occasion de travailler ensemble.

A **Joc' T.,** merci pour ton humour, ton rire, ta générosité, ton aide pour la relecture de l'intro !

A **Carole,** merci pour ta bonne humeur, nos échanges, et ton aide pour relire l'intro !

A **Corinne L.,** merci pour ta présence assurée et rassurante, pour les bons moments partagés.

A **Christelle,** merci pour ta franchise, merci de partager avec nous tes découvertes en formation, merci d'être toi.

A **Brigitte,** merci pour ta présence, ta douceur, ta bienveillance, merci de nous avoir fait découvrir Aniane et j'espère à nos futures randos, cinés, sorties canoë, on va sûrement finir par y arriver, qui sait ?

A **Eléonore,** merci pour ta bonne humeur, merci pour nos petits moments de confidentialité partagée entre la relève et les consultations.

A **Norah,** merci pour ta bonne humeur à toute épreuve, ton rire, ta manière d'égayer l'espace, tout ça, et merci pour cet après-midi de traduction du questionnaire !

A **Nadine,** merci pour ton soutien et tes conseils éclairés !

A **Corinne G,** merci pour ton rire, présent chaque vendredi matin (j'exagère à peine) jusqu'à cet été, merci pour l'intérêt que tu portes aux personnes de manière générale, merci d'être toi.

Merci pour l'intérêt que tu as porté à mon travail et merci de m'avoir fait confiance en me prêtant ta classe ! A très bientôt j'espère.

A mes anciens collègues et co-internes,

A mes ex-collègues du stage de neuro, **Olivier, Lucas, Nicolas, Florian, Aurélie, Diane, Philine, Hélène** : merci de m'avoir accueillie dans votre semestre et fait découvrir vos belles spécialités, merci pour le soutien dans les moments de galère !

A **Cécile** : merci d'être cette vegan runner en puissance et neurologue de surcroît, tu es vraiment un modèle pour moi, je vous souhaite à toi et David plein de bonheur pour la suite !

A **Caroline**, merci d'avoir partagé mes premiers pas de bébé interne, et pour les retrouvailles presque chaque année devant un plat plus ou moins VG au resto du Corum.

Aux médecins qui m'ont inspirée tout au long de ma formation : A **Christophe Fontaine**, à **Sylvie Yèche**, à **Bérengère Coestier**, à **Sylvie Fabre**, à **Nicolas Gaillard**, à **Yoko Kikuchi**, à **Danielle Blanc**, à **Sophie Gomez**, à **Matthieu Vaucher**, merci d'être ces modèles d'inspiration et d'avoir participé à faire de moi la médecin que je suis aujourd'hui.

A **Amel**, merci pour ton aide précieuse, ta bonne humeur, ta sympathie et ton amour des gens !

A **Camille et Lisa**, merci de m'avoir mis sur la route de Cyril ! J'espère qu'on aura l'occasion de plus se rencontrer un de ces 4 !

A **Evelyne et Françoise**, merci pour le temps que vous avez pris et vos conseils éclairés qui m'ont bien aidée pour l'internat.

Aux amiiiiiiiiiiiiEs,

Aux **S4ien.ne.s**, **Pauline**, **Elisa**, **Alice**, **Marion**, **Anaïs**, **Coralie**, **Cécilia**, **Patrick**, **Marine**, **Manon**, **Marilyne**, **Vlad**, **Dorian** : merci pour votre amitié, j'espère bien vous retrouver pour fêter la fin de ces mois d'hermitage !

A **Laura**, merci pour ton soutien et ta présence tout au long de ces longues années de médecine, merci pour ton amitié, pour les courses qui défoulaient, pour le séjour sportif et salvateur à Annecy, pour toutes les fêtes et les ami.e.s partagées !

A **Mathilde**, merci d'être là, trop drôle de se dire qu'y a 11 ans, on entamait la délicieuse P1, et aujourd'hui, nous voilà toutes deux doctorrrresses. Merci d'avoir été là pendant touuuuutes ces années de médecine, et avant, et après j'en doute pas, merci pour ton amitié, merci pour les mercredis soirs de retrouvailles qui me font chaud au cœur.

A **Cécile, Juliette, Claire, Julie, Lionel, Alex, Pierre**, merci d'avoir égayé toutes ces années d'externat!

A **mes ami·e·s des Orangers**, merci d'avoir toléré mon squat du salon agrémenté de kerns en tout genre, merci **Mathilde** pour le yoga et les courses qui détendaient, merci **Nico** pour les discussions thèseuses et les projections de films qui détendaient plus ou moins, merci **Thomas** pour les partages culinaires et les trouvailles gustatives, **merci à vous 3** pour votre précieux soutien, et merci aux buttes qui sponsorisent notre existence !

A **Jade**, merci pour ton amitié, depuis la P2 et pour notre co-baroudage en passant par Prague d'amour, Lisbonne, Trévise et Padoue, rue de Belfort <3, Belle-Île, Grenoble et j'en passe, bientôt je viens visiter la Dordogne et ses maisons dans les arbres !

A **Anaïs** : un grand merci à SMV de m'avoir mis sur ton chemin ! Merci pour toutes ces soirées post-consultations à refaire le monde, se battre au babyfoot sans prononcer les mots interdits, s'essayer au billard comme on pouvait. Merci pour ton aide dans ce travail, tes relectures, tes idées. Merci de m'avoir fait rencontrer K. Merci pour ton amitié, ton soutien, ta présence.

A **Manon**, merci de nous avoir rejoint à SMV ! Quelle heureuse rencontre j'ai fait là, rue Belmont cet été. Merci pour ta présence calme et rassurante dans les moments pas toujours doux, pour ton énergie, ton enthousiasme et ta douceur.

A **Eli**, merci de m'avoir fait rencontrer toutes ces belles personnes, merci d'avoir participé à cette soirée de brain storming pré-questionnaire ! Merci pour les soirées, les concerts, merci d'être qui tu es, de partager tes révoltes qui aident à faire bouger les choses !

A **Gaëlle, Ayele, Saratte**, merci pour nos soirées folles et dans l'attente des prochaines ! A **Eva**, pour le surf, et les vacances et les ami.e.x.s partagées !

A **Kim**, merci pour ton aide précieuse lors de la construction du questionnaire, toi et Jana avez eu de supers idées qui ont contribué à le rendre possible ! Merci de m'avoir fait découvrir Leslie Feinberg.

A **Julie**, Merci pour Annie Ernaux, merci pour tous nos moments partagés, les soirées folles de notre été de rencontre, les discussions à l'infini, les soupes et les graines de potimarron, les balades avignonnaises et alentours, la plage, la plage, la plage ! Merci d'être toi, et j'espère à très vite.

A **Sarah**, merci pour ces 2 décennies d'amitié sans relâche, pour les dizaines de « salons de thé », les mafés, les voyages trop bien, les fous rires et toutes les aventures partagées. Merci d'être encore mon amie, et c'est pas fini hihi.

A **Doris**, merci pour ton amitié, pour nos discussions de féministes enragées. Merci pour ton aide dans la relecture et tes corrections de ouf, merci d'avoir mis Nathalie sur le coup et merci à Nathalie aussi !

A **Hugo**, merci d'être ce vieux copain qui quand je le retrouve a évolué comme j'ai évolué, dans des directions pas toujours les mêmes mais qui se rejoignent tellement, que c'est à chaque fois comme si on venait de se quitter ! Tu me manques, j'espère qu'on se voit bientôt.

A **Emilie**, merci poisson d'avoir été là pour ces dernières semaines mathiassantes malgré l'humeur massacrate! Merci pour ces belles années d'amitié et pour toutes les prochaines à venir, à nos futures vagues, sorties longboards, traversées de l'Atlantique, pizzas qui font gonfler le ventre et les autres, et à nos 1001 sujets de discussion qui ne s'épuisent jamais. A nous, à nos futures aventures, de découvertes, de gens, de la vie.

A **Martin**, devenu stray cat toulousain, tu me manques ! Va vraiment falloir qu'on se voie avant qu'on arrive plus à se reconnaître !

A **Stéph'**, merci pour ce si beau flyer qui fut la star de cette thèse ! Merci pour tes partages, et pour nos discussions philosophiques, éthiques, politiques. A nos prochaines randonnées pédestres (on y croit) ou cyclestres (ça c'est bon) ! Et à ta future entreprise de sérigraphiste.

A **Clém'**, vive l'auto-défense féministe ! Merci d'avoir organisé et animé jadis cette soirée pré-questionnaire, et d'avoir relu avec moi ces grosses bêtes qu'étaient le questionnaire, puis

l'introduction, merci pour tes reformulations et tes idées pertinentes. Merci à toutes les 2 pour votre amitié, pour les soirées dans vos belles maisons et de m'avoir prêté Tito.

A **Laetitia**, merci, pour tout, je ne vais pas encore parler de ce matin de Mars où on a pris le train pour aller se former à Grenoble (ah ben si). Je ne remercierai jamais assez nos Mathiasses de nous avoir balancées sur le même chemin, chemin qui sans elles sera maintenant plus léger. (Mais oui, plus qu'une semaine !) Merci de m'avoir accompagnée dans cette drôle d'histoire qu'était la thèse, je n'y aurais pas pu y mettre cette énergie si tu n'avais pas été là. Nos échanges, nos discussions enflammées, nos moments de (sérieux, parfois) travail partagé, et tous les autres, ont été un moteur pour moi. Merci pour cet après-midi à travailler sagement au Broc en attendant des nouvelles de L. Merci pour ton soutien le jour des coups de fil sympa. Merci d'être toi, quoi, merci d'être mon amie, et de m'avoir aidée à faire ma thèse.

A **Laurène**, merci pour les pizzas, les soccas, pour nous avoir guidées dans Nice, pour nos discussions sur la vie et les neurones, pour nos marquages de l'époque du basket, pour le goûter à la Panacée ce jour où j'étais bien paumée, merci pour les tontes talentueuses. Bon courage pour toute la suite, tu feras dans tous les cas une merveilleuse psy-chanteuse / neuro-chanteuse. Merci à toutes les deux, pour toutes ces journées-soirées squattées chez vous et merci à Albert pour sa douceur et son regard qui tue.

A **Charlotte**, merci pour tes dons de terre, d'arbres, merci pour ces journées à travailler nos thèses ensemble (ce fut si court, car tu fus si rapide !), merci pour nos courses semi-semi-(semi ?)marathoniennes et qui ne font que commencer. Merci d'être mon amie. Et puis merci, infiniment, pour tout ce temps que tu m'as prêté, merci pour tes conseils, ta feinte tyrannie, tes remarques pertinentes et toute ton aide tellement précieuse de statisticienne qui a rendu Mathias possible !

A ma famille :

A **Julie et Marylou**, cousines pleines de vie et d'avenir, foncez ! A **Christophe et Sam** et aux coups de soleil de Noël sur votre terrasse.

A **Jean-Louis**, merci pour l'intérêt que tu as porté à mes études, merci pour ce colis du confinement qui a été bien utile !

A **Maleaume**, pour ton humour, et ta capacité à nous supporter.

A **Maeva**, que j'ai hâte d'apprendre à connaître un peu plus !

A **mes parents**, merci d'abord pour votre aide dans ce travail, et surtout merci pour votre soutien, votre présence infaillible à tout moment de la vie, merci de m'avoir nourrie telle l'oisillonne jusqu'à hier encore, merci pour votre amour,

A **Maxime**, merci pour ton aide à la relecture, merci d'être mon frère d'amour, d'être si curieux, vif, merci pour les discussions passionnées, pour les délicieux curry thaï sur commande !

A **Gautier**, merci pour tes conseils de biostatisticien, merci pour les voyages partagés dans l'eau turquoise, les cours de surf, la permaculture, les débats sur le monde, le vélo sur le canal !

A **Fanny**, merci ma sœur pour tout ce que tu m'apportes, pour ta créativité, ton amour, merci d'être toi. Et bisous à Boo !

A **vous cinq**, merci pour votre amour, votre force, votre présence, votre authenticité, merci d'avoir participé à faire de moi qui je suis, je vous aime. **A tou-te-x-s nos bestiaux**, présents, passés, futurs ! et au pain qui tombe par terre.

A **Mamie Co**, merci pour les révisions du bac, merci de m'avoir fait confiance en me prêtant ton étude, merci pour les étés en concerts au Corum, merci d'être cette grand-mère forte, inspirante, cultivée, drôle, pleine d'amour et de curiosité.

A **Mamie Alice**, et au Hussard sur le toit.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	22
TABLE DES MATIERES	31
LEXIQUE	41
ABREVIATIONS UTILISEES	43
PREAMBULE	45
I. INTRODUCTION	46
A. Contexte	46
1. La population transgenre.....	46
a) Qui sont les personnes transgenres ?.....	46
b) Quelle est la taille de la population transgenre ?.....	47
2. Quels sont les besoins en santé en lien avec la transition ?	47
a) Besoins en santé en lien avec la transition médicale	47
b) Place du/de la médecin généraliste	48
B. Etat de santé global des personnes transgenres	50
1. Bien-être physique	50
a) Exposition aux cancers	50
b) Exposition au VIH.....	51
c) Santé gynécologique	51
d) Santé liée aux prises d’hormones.....	51
e) Santé liée aux chirurgies.....	52
f) Préservation de la fertilité	52
2. Bien-être mental	53
a) Une santé mentale préoccupante	53
b) Une santé mentale améliorée par le traitement hormonal	53
c) Des consommations à risques	54
d) Troubles du comportement alimentaire	54

3.	Bien-être social	54
a)	Transidentité et stress minoritaire	54
b)	Isolement.....	55
c)	Précarités financière, d’emploi, de logement	56
d)	Conséquences de la pandémie de COVID19.....	57
4.	La transphobie et son impact sur les personnes transgenres.....	58
a)	Qu’est-ce que la transphobie et où la trouve-t-on dans la société?	58
b)	Violences transphobes et discriminations, impact socio-émotionnel.....	61
c)	Conséquences sur la santé mentale	62
C.	Accès aux soins	63
1.	Enjeux de l’accès aux soins	63
2.	Les freins à l’accès aux soins au sein de la population transgenre	65
a)	Freins à l’accès au parcours de transition médicale	65
b)	Freins à l’accès aux soins au quotidien	66
3.	Autre frein à l’accès aux soins : la transphobie médicale	67
a)	Un parcours médical semé de transphobie.....	68
b)	Histoire récente de la médecine des transidentités.....	68
c)	Confrontation aux réalités trans.....	69
d)	Vers un avenir différent ?	71
4.	Conséquences des difficultés d’accès aux soins sur la santé des personnes transgenres.....	71
a)	Eviction des lieux de soins	71
b)	Des besoins en santé non satisfaits.....	72
c)	Une perte de données médicales.....	72
D.	Ce qu’on ne sait pas : manque de données	73
1.	Ce qu’on étudie peu.....	73
a)	Un nombre restreint de travaux scientifiques.....	73
b)	Des sujets d’études répartis de manière inégale	73
c)	Certains sujets très peu étudiés	74
d)	Une santé trans « noyée » dans la « santé LGBT ».....	74
e)	Trop peu d’études concernant les différentes populations qui composent la communauté trans	74
2.	Pourquoi est-il nécessaire d’étudier plus ?.....	75
a)	Pour la santé de tout le monde	75
b)	Pour améliorer la formation des acteur-ric-e-s de soins.....	75
c)	Enfin et surtout, pour améliorer l’accès aux soins et la santé des personnes transgenres	76
3.	Et en France ?.....	76
a)	Un retard français.....	76

b) Comment expliquer ce retard français ?	77
c) Les dernières données françaises.....	77
4. Question de recherche et objectifs.....	78
a) Question de recherche	78
b) Objectifs principal et secondaires	78

II. MATERIELS ET METHODES

80

A. DESCRIPTION DE L'ENQUETE.....	80
1. Type d'étude	80
2. Construction et structure du questionnaire	80
a) Construction du questionnaire	80
b) Relecture et révision du questionnaire	81
c) Nombre et type de questions.....	81
d) Temps de réponse	82
e) Organisation du questionnaire et questions	82
f) Accessibilité et sécurité du questionnaire.....	83
3. Mise en ligne.....	84
a) Logiciel de mise en ligne, hébergement, financement.....	84
b) Anonymat et protection des données sur le site	84
4. Informations données aux répondant-e-x-s.....	85
5. Financement	85
6. Ethique et protection des données, comité de protection des personnes.....	85
B. POPULATION	87
1. Mode d'échantillonnage	87
2. Critères d'inclusion et d'exclusion	87
3. Nombre de sujets nécessaires	87
C. DIFFUSION	88
1. Période du recueil de données	88
2. Graphisme, flyers	88
3. Mode de diffusion.....	88
a) Stratégie de mobilisation.....	88
b) Diffusion par emails.....	89
c) Diffusion sur Facebook	89
d) Diffusion par les flyers papiers	90
D. ANALYSE ET TRAITEMENT DES DONNEES	91

1. Type d'analyse	91
2. Plan d'analyse	91
E. RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE	92

III. RESULTATS

94

A. Caractéristiques de la population répondante	96
1. Caractéristiques sociodémographiques.....	96
a) Identité de genre et sexe assigné à la naissance.....	96
a) Age.....	97
b) Nationalité.....	97
c) Dernier diplôme obtenu	97
d) Catégories socio-professionnelles et activité professionnelle	98
e) Lieu de vie.....	99
f) Répartition des répondant-e-x-s par département.....	99
2. Environnement social des répondant-e-x-s.....	101
a) Stabilité – sécurité	101
b) Caractéristiques liées à l'entourage	103
B. Vécus de violences et de discriminations	106
1. Points de rencontre de différentes stigmatisations.....	106
a) Violences transphobes	106
b) Violences basées sur l'apparence physique	106
c) Violences basées sur l'orientation sexuelle.....	107
d) Violences basées sur l'état de santé psychologique	107
e) Violences basées sur l'âge	107
f) Violences basées sur la situation économique ou le lieu de résidence.....	108
g) Violences basées sur l'accent ou la maîtrise du français.....	108
h) Violences basées sur l'appartenance religieuse	108
i) Violences basées sur la couleur de peau	109
j) Aucune de ces violences.....	109
k) Violences basées sur d'autres caractéristiques	109
2. Violences basées sur la transidentité ou l'expression de genre	109
a) Types de violences transphobes.....	109
b) Lieux de vécu de la transphobie	111
c) Lieux évités en raison de la transphobie	114
3. Transphobies vécues dans les lieux de soins	116
a) Professions médicales	117

b)	Professions paramédicales	117
c)	Transphobie provenant de professions médicales	117
d)	Déclaration de transphobie provenant de professions paramédicales	119
e)	Conséquences de la transphobie vécue dans les lieux de soins	120
C.	Santé générale	122
1.	Accès aux soins - Couverture des frais médicaux	122
a)	Sécurité sociale	122
b)	Complémentaire	122
c)	Médecin traitant-e déclaré-e	123
d)	ALD liée à la transidentité	124
e)	Carte vitale à jour	125
2.	Santé générale	125
a)	Auto-évaluation de l'état de santé perçu	125
b)	IMC et activité physique	126
3.	Accès aux soins primaires	127
a)	Consultations en médecine générale	127
b)	Quel·le·s professionnel·le·s de santé consulté·e·s	127
c)	Absence de consultation malgré un problème de santé identifié	128
4.	Accès aux soins spécialisés	129
a)	Soins ophtalmologiques	129
b)	Soins dentaires	130
5.	Santé préventive	130
a)	Vaccinations	130
b)	Dépistages des cancers	132
6.	Santé liée à la pandémie de COVID19	135
a)	Infection par la COVID19	135
b)	Lieux de confinement	136
D.	Santé intime et liée à la sexualité	137
1.	Santé intime	137
a)	Problèmes de santé rencontrés	137
b)	Consultations en gynécologie	140
2.	Santé liée à la sexualité	142
a)	Prévention des IST	142
b)	Comportements à risques	143
c)	Prévalence des IST	144
d)	Contraception	145

E. Consommations de substances psychoactives	146
1. Alcool	146
2. Tabac.....	146
3. Autres substances psychoactives.....	147
a) Produits consommés	147
b) Mode de consommation	148
c) Contexte de consommation	148
F. Bien-être mental.....	149
1. Consultations pour un soutien psychologique.....	149
a) Qui consulte.....	149
b) Quel-le-s professionnel-le-s de santé sont consulté-e-s.....	149
c) Raisons de non-consultation	150
2. Difficultés liées au sommeil	150
a) Présence de troubles du sommeil	150
b) Différents problèmes liés du sommeil.....	150
3. Difficultés liées à l'alimentation.....	151
a) Boulimie / hyperphagie	151
b) Anorexie	152
c) Hyperactivité sportive dans le but de maigrir	152
d) Aucun des problèmes cités ci-dessus	152
4. Antécédents psychiatriques, risque suicidaire.....	152
a) Antécédents psychiatriques identifiés	152
b) Antécédents d'acte auto-agressif.....	153
c) Antécédents d'idées suicidaires	153
d) Antécédents de tentative de suicide	154
G. Santé liée à la transition	155
1. Actes réalisés dans le cadre de la transition	155
a) Expression de genre, actes non médicaux.....	155
b) Transition sociale et administrative	157
c) Transition médicale et chirurgicale	160
2. Parcours de soin.....	162
a) Accompagnement médical de la transition	162
b) Recours à des professionnel-le-s de la santé mentale dans le cadre de la transition	165
3. Transition hormonale.....	168
a) Consommations d'hormones	168
b) Moyen de procurement des hormones	169

c)	Problèmes de santé apparus après la prise d’hormones	174
d)	Satisfaction vis-à-vis du traitement hormonal	184
4.	Santé liée aux chirurgies réalisées dans le cadre de la transition	185
a)	Soins de kinésithérapie post-opératoires	185
b)	Chirurgie(s) du torse / de la poitrine	186
c)	Chirurgie(s) du visage	189
d)	Chirurgie(s) des organes génitaux	190
5.	Utilisation de remplisseurs cutanés	196
H.	Tableaux des résultats	197
1.	Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques	197
2.	Tableau 2 : Sécurité stabilité précarité	199
3.	Tableau 3 : Discriminations et violences transphobes	200
4.	Tableau 4 : Transphobie au sein des lieux de soins	202
5.	Tableau 5 : Accès aux soins	203
6.	Tableau 6 : Santé générale	204
7.	Tableau 7 : Consultations médicales	205
8.	Tableau 8 : Vaccinations	206
9.	Tableau 9 : Santé liée à la COVID19	207
10.	Tableau 10 : Santé intime et liée et à la sexualité	208
11.	Tableau 11 : Consommations de substances psychoactives	210
12.	Tableau 12 : Santé mentale	211
13.	Tableau 13 : Actes réalisés dans le cadre de la transition	213
14.	Tableau 14 : Parcours de soin lié à la transition	215
15.	Tableau 15 : Transition hormonale	217
16.	Tableau 16 : Santé liée aux hormones	219
17.	Tableau 17 : Santé liée aux chirurgies	221

IV. DISCUSSION

223

A.	Forces et limites de la recherche	224
1.	Forces de la recherche	224
2.	Validité interne de l’étude	224
3.	Validité externe de l’étude	225
a)	Diffusion sur les réseaux sociaux	225
b)	Temps de réponse au questionnaire	226
B.	Caractéristiques socio-démographiques des répondant·e·x·s	228
a)	Population jeune	228

b)	Majorité transmasculine.....	228
c)	Nationalité des répondant·e·x·s	229
d)	Activité professionnelle	230
e)	Population diplômée	231
f)	Population urbaine et rurale	231
C.	Santé	233
1.	Bien-être physique.....	233
a)	Auto-évaluation de l'état de santé.....	233
b)	IMC, activité physique	233
c)	Dépistages	234
d)	Consommation d'alcool.....	235
e)	Consommation de tabac et e-cigarette.....	235
f)	Consommations de substances psychoactives.....	236
g)	IST	237
h)	Vaccinations.....	240
i)	COVID19	241
j)	Effets indésirables des hormones.....	242
k)	Complications post-opératoires	243
2.	Bien-être mental	245
a)	Auto-évaluation du bien-être mental.....	245
b)	Troubles du comportement alimentaire	245
c)	Troubles du sommeil	246
d)	Antécédents psychiatriques	246
e)	Idées suicidaires et actes auto-agressifs	248
f)	Un bien-être mental amélioré par le traitement hormonal	250
3.	Bien-être social	252
a)	Sécurité financière.....	252
b)	Stabilité du logement	253
c)	Existence d'une personne ressource.....	254
d)	Violences	255
D.	Accès aux soins primaires	263
1.	Couverture des frais médicaux	263
a)	Sécurité sociale.....	263
b)	Complémentaire santé	263
c)	ALD liée à la transidentité.....	263
d)	Congruence administrative	264

2.	Consultations médicales	265
a)	Consultations de médecine générale	265
b)	Soins spécialisés.....	267
c)	Soins moins ou non remboursés	268
3.	Parcours de soins lié à la transition	269
a)	Choix du parcours d’accompagnement médical de la transition	269
b)	Choix des professionnel-le-s de santé paramédicaux.....	270
c)	Rapport aux médecins dans le cadre de la transition.....	271
E.	Et les médecins généralistes, dans tout ça	275
1.	Place du-de la médecin généraliste observée dans le parcours de santé trans	275
2.	Comment améliorer cette place du-de la médecin généraliste dans l’accompagnement médical des personnes trans?	276
a)	Amélioration de l’accès aux soins – leviers des freins.....	276
b)	Santé physique et mentale.....	277
V.	CONCLUSION	279
	BIBLIOGRAPHIE	281
	ANNEXES	290
	Annexe 1 : Message en page d’accueil du questionnaire en ligne.....	290
	Annexe 2 : Première version de l’email-type envoyé aux associations	291
	Annexe 3 : Copie d’écran du post public sur facebook datant du 25/06/2021 auquel était associé le flyer virtuel	293
	Annexe 4 : Flyer virtuel invitant à participer à l’enquête.....	294
	Annexe 5 : Questionnaire d’auto-évaluation validé par le CPP.....	295
	Annexe 6 : Version imprimable du questionnaire.....	304
	SERMENT D’HIPPOCRATE	361
	RÉSUMÉ	363

LEXIQUE

Discrimination : Lorsqu'elle est fondée sur l'identité de genre, la discrimination a pour effet de refuser à quelqu'un.e un bien, un service ou un droit, sur la base de son identité de genre.

Dysphorie : le planning familial décrit la dysphorie de genre comme « une sensation d'inconfort, de détresse ou de rejet résultant de son assignation à la naissance. Elle peut être liée au corps et/ou à des critères sociaux. Ce terme d'origine médicale est souvent utilisé de façon abusive, comme un critère. Or, une personne trans ne ressent pas nécessairement de la dysphorie. Cette dysphorie peut, en revanche, être déclenchée par des situations qui peuvent sembler anodines aux autres » (1).

Femme transgenre : une femme transgenre est une femme dont le sexe (au sens de genre) assigné à la naissance était masculin.

Genre : selon l'OMS, par «genre», on entend l'ensemble des rôles qui, selon la représentation que s'en fait la société, déterminent les comportements, les activités, les attentes et les chances considérés comme adéquats pour tout un chacun dans un contexte socio culturel donné (2).

Homme transgenre : un homme transgenre est un homme dont le sexe (au sens de genre) assigné à la naissance était féminin.

Mégenrer : Utiliser un pronom ou des accords qui ne sont pas ceux utilisés par la personne. Si le mégenrage est volontaire, il s'agit d'un acte transphobe particulièrement blessant. S'il est accidentel, mais répété parce que la personne ne souhaite pas réellement s'en préoccuper, cette négligence est considérée comme un acte transphobe (3).

Outter : Action de dévoiler l'orientation sexuelle ou l'identité de genre d'une personne LGBTI sans son accord. Il s'agit d'une atteinte à la vie privée. Pour la personne "outée", c'est un acte d'une grande violence, qui peut l'exposer, la fragiliser ou la mettre en danger (4).

Personne cisgenre : une personne cisgenre est une personne non transgenre, personne qui vit dans le genre qui lui a été assigné à la naissance (5).

Personne intersexe : L'intersexuation désigne la situation sociale des personnes nées avec des caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires considérées comme ne correspondant pas aux définitions sociales et médicales typiques du féminin et du masculin (6).

Personne non-binaire : Personne dont le genre n'est pas "homme" ou "femme" : cela peut être une combinaison, une absence (agenre), ou un genre autre. Les personnes non-binaires sont incluses dans les vécus trans. Mais certaines peuvent ne pas se définir trans. Chaque personne non-binaire peut avoir ou non un besoin de transition médicale et/ou administrative (1).

Personne transgenre : une personne transgenre est une personne qui vit ou souhaite vivre dans un genre différent de celui qui lui a été assigné à la naissance, cela inclut toutes les personnes ayant fait ou souhaitant faire une transition, qu'elles aient ou non recours à des traitements médicaux et/ou chirurgicaux dans cet objectif (5).

Transidentité : La transidentité est le fait, pour une personne transgenre, d'avoir une identité de genre différente du « sexe » assigné à la naissance, contrairement à une personne cisgenre (3).

Transition : indifféremment utilisé pour désigner une transition médicale (hormones, chirurgies, autres) et/ou sociale et/ou administrative, la transition est l'ensemble des actes que va accomplir une personne trans afin de se sentir mieux dans son genre (1).

Transphobie : la transphobie est définie par l'association OUTrans comme le rejet ou la haine des personnes trans et/ou des transidentités (5).

ABREVIATIONS UTILISEES

- AFAB : Assigned Female At Birth (en), c'est-à-dire « assigné·e·x fille à la naissance »
- ALD : Affection Longue Durée
- AMAB : Assigned Male At Birth (en), c'est-à-dire « assigné·e·x garçon à la naissance »
- AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
- BEH : Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire
- CEDH : Cour Européenne des Droits de l'Homme
- CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
- DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
- EHIS-ESPS : European Health Interview Survey - Enquête Santé et Protection Sociale, menée en Europe en 2014
- FCV : Frottis Cervico-Vaginal
- FPATH : French Professional Association for Transgender Health
- HAS : Haute Autorité de Santé
- HPV : Human papillomavirus
- IHME : Institute for Health Metrics and Evaluation
- INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes
- INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
- IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé
- IST : Infections Sexuellement Transmissibles
- LGBTQI : Lesbien·ne Gai Bisexuel·le Transgenre Queer Intersexe
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- QCM : Question à choix multiples
- SoFECT : Société Française d'Etude et de prise en Charge de la Transidentité
- SPF : Santé Publique France

Trans : Transgenre

TSPT : Troubles du Stress Post-Traumatique

USTS : US Trans Survey

PREAMBULE

L'intégralité de ce travail a été rédigée en écriture inclusive, avec l'aide du Manuel d'écriture inclusive de l'Université de Toulouse (7). Le « ·x » renvoie à l'identité de genre non-binaire. Son utilisation est inspirée du livre « Une histoire de genre », écrit par l'auteure transgenre Lexie et a pour but de donner une visibilité à l'identité de genre non-binaire dans l'écriture (8).

I. INTRODUCTION

Dans ce travail de thèse nous allons nous intéresser à la santé et à l'accès aux soins des personnes transgenres.

La première partie de l'introduction décrira le contexte, c'est-à-dire la population transgenre, sa taille et ses besoins en santé spécifiques. La deuxième partie présentera les données dont nous disposons dans la littérature scientifique concernant la santé des personnes transgenres. La troisième partie abordera la notion d'accès aux soins, à travers différents angles de vue. Enfin, la quatrième partie présentera les données manquantes de la littérature scientifique et pourquoi il est primordial d'acquérir plus de connaissances.

A. Contexte

Dans cette première partie nous allons décrire la population transgenre et ses besoins en santé liés à la transition, puis la place de la médecine générale dans le parcours de soin des personnes transgenres.

1. La population transgenre

a) Qui sont les personnes transgenres ?

Une **personne transgenre** est une personne qui vit ou souhaite vivre dans un genre différent de celui qui lui a été assigné à la naissance, cela inclut toutes les personnes ayant fait ou souhaitant faire une transition, qu'elles aient ou non recours à des traitements médicaux et/ou chirurgicaux dans cet objectif (5). Dans ce mémoire, chaque fois que le mot « trans » sera utilisé, il renverra au mot « transgenre ».

La **transidentité** est un terme général qui désigne le grand nuancier des différentes identités de genre des personnes trans (9).

b) Quelle est la taille de la population transgenre ?

La taille de la population transgenre est difficile à estimer (10).

Selon 7 études réalisées sur différents continents et publiées entre 2012 et 2017 (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17), la transidentité concernerait entre 0,5 et 2 % des adultes de plus de 15 ans, soit au minimum 25 millions de personnes dans le monde.

Si l'on extrapole ces chiffres de 0,5 à 2 % de la population française en comptant le nombre de 67 millions d'habitants estimé par l'INSEE au 1er janvier 2020 (18) dont 55 836 115 personnes de plus de 15 ans, cela représenterait environ entre 280 000 et 1 117 000 personnes en France (arrondis au millier près).

Ces chiffres sont à nuancer car ils évoluent avec les définitions utilisées et concernent uniquement les personnes transgenres adultes. Il ne faut pas oublier que la transidentité concerne également les personnes jeunes, y compris les enfants (19). Le nombre d'enfants transgenres avait été estimé à 1 pour 500 enfants et le Conseil de l'Europe avait souligné en 2013 que ce nombre était en réalité certainement sous-évalué (20).

2. Quels sont les besoins en santé en lien avec la transition ?

a) Besoins en santé en lien avec la transition médicale

Le Planning Familial propose la définition suivante de la transition : « indifféremment utilisée pour désigner une transition médicale, [...] sociale [...]ou administrative, la transition est l'ensemble des actes que va accomplir une personne trans afin de se sentir mieux dans son genre (1) ».

Les personnes transgenres peuvent souhaiter ou non de réaliser une transition médicale. Cependant ce recours à la médecine est parfois considéré comme « indispensable pour être accepté·e·x aux yeux de la société » (21).

Ainsi les personnes transgenres ont recours à la médecine comme toute personne pour des problèmes de santé générale, mais également pour des motifs spécifiques liés à la transition. Lorsque le choix d'une transition médicale est fait, elle peut revêtir plusieurs aspects, dont les aspects médicaux et/ou chirurgicaux. Parmi eux se trouve la prise d'hormones d'affirmation de

genre, c'est-à-dire d'hormones féminisantes chez les femmes transgenres, et d'hormones masculinisantes chez les hommes transgenres. Ces hormones sont délivrées en pharmacie sur ordonnance et il faut donc passer par un·e médecin pour y avoir accès. Une fois le traitement hormonal débuté, un suivi médical au long cours est nécessaire. Les personnes transgenres peuvent aussi avoir recours à des actes de chirurgie modificatrice dans le but de se sentir davantage en phase avec leur genre. Les interventions chirurgicales peuvent être de différents types et passent par des consultations de chirurgie. L'accompagnement médical des personnes transgenres peut, en fonction des besoins de chacun·e·x, intégrer un accompagnement sur le plan psychologique et/ou psychiatrique.

Les parcours de transition médicale peuvent être réalisés à l'hôpital, dans des institutions médicales privées, ou mixte, mêlant des interventions dans des structures privées et des structures publiques.

Les différents actes médicaux engendrent des frais qui peuvent être couverts par la déclaration d'une Affection Longue Durée (ALD) « Hors liste » à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM). La déclaration d'ALD à la CPAM est réalisée par un·e des médecins accompagnant la personne concernée, dans l'idéal sa·son médecin traitant·e·

Ainsi, lorsque la transition médicale est réalisée, les personnes transgenres présentent des besoins de santé en lien avec elle, qui sont autant de raisons pour ces personnes d'avoir recours aux médecins (22).

b) Place du·de la médecin généraliste

Envisageant les enjeux que représentent la santé des personnes transgenres pour la pratique de la médecine générale, plusieurs internes de médecine ont consacré leur travail de thèse à ce sujet : l'une d'elles réalisé en 2019 à l'Université de Grenoble Alpes concernait la place de la médecine générale dans le parcours de soins des personnes trans (21).

Deux autres thèses publiées en 2019 à l'Université de Rennes mettaient en lumière par une étude qualitative les différents freins à l'accès aux soins éprouvés par les personnes trans, ainsi

que les stratégies d'adaptation adoptées et les attentes des personnes trans vis-à-vis de la médecine générale dans la région rennaise (23)-(24).

Il en ressortait notamment que le·la médecin généraliste avait un rôle primordial dans la prise en charge en soins primaires des personnes trans, et qu'un bon contact avec son·sa médecin généraliste pouvait faciliter le parcours de soin, qu'il s'agisse du parcours de transition spécifique aux personnes trans ou des éventuels problèmes de santé générale qu'elles pouvaient rencontrer.

B. Etat de santé global des personnes transgenres

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme un « état de complet bien-être physique, mental et social » (25).

Ces 3 points seront abordés dans cet ordre afin de présenter l'état des connaissances scientifiques actuelles sur la santé des personnes transgenres. Sera ensuite abordée la notion d'accès aux soins des personnes transgenres.

1. Bien-être physique

Dans ce chapitre nous aborderons les différents aspects de la santé physique des personnes transgenres par le regard d'études scientifiques réalisées dans différents domaines de la santé afin de présenter au plus large la santé générale de cette population.

Dans l'enquête canadienne Trans PULSE, 27 % des répondant·e·x·s avaient qualifié leur santé de passable ou mauvaise (26).

a) Exposition aux cancers

La Haute Autorité de Santé (HAS) signale dans son rapport de 2020 que la population transgenre présente des facteurs de risque la prédisposant à différents types de cancers : « la consommation de tabac, d'alcool ou de drogue, la séropositivité au VIH ou la présence du papillomavirus étant des facteurs de risque statistiquement plus fréquents [dans la population transgenre] que dans la population générale ». Elle ajoutait que les traitements hormonaux pourraient prédisposer les personnes transgenres aux cancers hormonodépendants, mais que les données disponibles étaient à ce jour insuffisantes pour conclure (19).

b) Exposition au VIH

Dans la cohorte hollandaise publiée en 2011 le risque relatif de mortalité chez les femmes transgenres était de 30,2 concernant le SIDA (27).

c) Santé gynécologique

Une revue de littérature publiée en 2018 rappelle que la plupart des hommes transgenres conservent leur utérus et sont donc à risque de cancer du col utérin. Malgré cela ils réalisent moins fréquemment les dépistages par frottis cervico-vaginal (FCV) que les femmes cisgenres¹ (28). Les auteur-e-s de l'ouvrage « Santé LGBT » l'expliquent en partie par le fait que les personnes transgenres ne sont pas ciblées par les campagnes de prévention en santé publique (29). L'absence de formation et de recommandations auprès des professionnel-le-s de santé s'ajoute au fait que le dépistage du cancer du col utérin leur soit moins proposé (30).

Parmi les autres explications aux dépistages moins fréquents du cancer du col utérin il faut rappeler que l'examen physique est souvent source d'angoisse pour les personnes transgenres car il peut parfois « exacerb[er] l'éventuelle discordance entre l'identité de genre et l'anatomie. » (31).

d) Santé liée aux prises d'hormones

Concernant les hormones féminisantes, dans une revue de la littérature parue en 2019, les estrogènes, pris sur le long terme et associés à des thérapies diminuant les androgènes, étaient responsables d'une augmentation de la maladie thrombo-embolique. Ce risque était atténué par le changement de forme médicamenteuse utilisée et la manière dont le traitement était administré. Les antécédents médicaux de maladie thrombo-emboliques sont donc à vérifier avant de débiter un traitement hormonal féminisant (32).

¹ Cisgenre : une personne cisgenre est une personne non transgenre, personne qui vit dans le genre qui lui a été assigné à la naissance. Définition issue du Lexique de l'association Outrans, disponible à l'adresse suivante : <https://outrans.org/ressources/lexique-outransien/>

A propos des hormones masculinisantes, dans cette même revue de littérature la prise de testostérone semblait sans danger à court et moyen terme, mais les effets indésirables sur le long terme restaient à étudier (32).

Par ailleurs, l'hormonothérapie modifie l'état cutané des personnes transgenres. Une revue de littérature recensait les différentes pathologies dermatologiques rencontrées par les personnes transgenres : chez les personnes prenant des hormones masculinisantes, l'acné était présente à 94% (33), et chez les personnes prenant des hormones féminisantes une pseudo-folliculite de la barbe était décrite. Ces pathologies d'apparence bénigne peuvent avoir un impact important sur la qualité de vie des personnes concernées, notamment lorsqu'elles touchent le visage, altérant parfois l'image de soi (34).

e) Santé liée aux chirurgies

Suite aux interventions chirurgicales, des cicatrices chéloïdes ou hypertrophiques peuvent apparaître sur des zones sensibles. Ces problèmes dermatologiques viennent parfois également affecter l'image de soi des personnes transgenres, engendrant alors plus de stress voire aggravant un état dépressif (34).

Parmi les problèmes post-opératoires rencontrés pouvaient également survenir une perte de sensibilité, des douleurs, une infection, et plus rarement une nécrose des parties opérées.

f) Préservation de la fertilité

Une étude rétrospective réalisée à Chicago de 2013 à 2016 auprès de patient·e·x·s transgenres adolescent·e·x·s avait révélé que sur 105 personnes, seulement 13 avaient eu recours à la consultation de préservation de fertilité et seulement 5 personnes avaient cryoconservé des gamètes, dont 4 jeunes femmes et un jeune homme transgenres (35). Les adolescent·e·x·s décrivaient en effet souvent une urgence à débiter le traitement hormonal. La majorité de cryoconservation de gamètes par les femmes trans s'expliquait par le fait que le recueil des gamètes était moins contraignant chez les jeunes femmes trans que chez les jeunes hommes trans. On peut faire l'hypothèse que ces chiffres ne sont pas extrapolables à la France étant

donné le système différent de prise en charge des soins dont nous bénéficions par rapport aux Etats-Unis, mais ils permettent d'aborder certaines pistes de réflexion. Il n'existe à ce jour aucune étude quantitative sur ce sujet en France.

2. Bien-être mental

Ici seront présentés les résultats d'enquêtes et de travaux scientifiques abordant la santé mentale des personnes transgenres.

a) Une santé mentale préoccupante

En 2018, une enquête américaine rapportait les données suivantes : 43% des personnes transgenres interrogées avaient fait une dépression, 36% avaient eu des pensées suicidaires et 10% avaient fait une tentative de suicide au cours des 12 mois précédant l'enquête (36).

Ces chiffres sont appuyés par l'enquête canadienne Trans PULSE publiée en mars 2020, où 56 % des interrogé·e·x·s avaient qualifié leur santé mentale de « passable ou mauvaise ». Un tiers des répondant·e·x·s déclaraient avoir envisagé de se suicider au cours de la dernière année et 1/20 déclaraient avoir fait une tentative de suicide au cours de cette même période (26).

b) Une santé mentale améliorée par le traitement hormonal

Dans une revue de la littérature parue en 2019 les prévalences de la dépression, de l'anxiété et des actes auto-agressifs étaient moins élevées chez les personnes transgenres après avoir bénéficié d'un traitement hormonal d'affirmation de genre. Les auteur·e·s concluaient que cette transition hormonale permettait indirectement d'améliorer la santé mentale des personnes transgenres, en participant à restaurer leur image de soi et la congruence de genre² (32).

² Congruence de genre : il y a congruence de genre lorsque l'expression de genre d'une personne est en accord avec son identité de genre.

c) Des consommations à risques

En plus d'une prévalence de syndrome dépressif et un risque suicidaire plus élevés que dans la population générale, les personnes transgenres présentaient plus fréquemment des conduites à risque concernant les consommations de drogues illicites : dans une revue de littérature publiée en 2011, le risque relatif était de 13,2 pour les morts liées aux consommations de drogues illicites chez les personnes transgenres (27).

d) Troubles du comportement alimentaire

En 2015, une enquête américaine réalisée auprès de plus de 250 000 étudiant·e·x·s montrait que les personnes transgenres présentaient plus fréquemment un diagnostic de trouble du comportement alimentaire, ainsi que des comportements associés tels que la prise de laxatifs ou de traitement « amaigrissants » et la pratique des vomissements, comparé à la population cisgenre et hétérosexuelle (37).

3. Bien-être social

Dans son rapport en 2020 la HAS écrit que les personnes transgenres « présentent des difficultés sociales particulièrement marquées ». (19). Nous allons dans ce chapitre aborder la notion de stress minoritaire et décrire ensuite les principales difficultés sociales qui peuvent toucher les personnes transgenres, telles que mesurées dans les enquêtes et travaux de recherche scientifiques.

a) Transidentité et stress minoritaire

La notion de « stress minoritaire » se définit par le fait qu'une personne appartenant à un groupe minorisé soit à risque de détresse psychologique du fait de son exposition à des facteurs de stress spécifiques et chroniques résultant de son statut désavantagé dans la société (38). Ceci s'explique en partie par le fait que les normes culturelles d'une société ne sont pas superposables à celles du groupe minoritaire. La stigmatisation et la discrimination qui en découlent fragilisent d'autant plus la population concernée (39). La population LGBT et en son

sein la population transgenre souffrent de ce statut de minorités dans nos sociétés (40). Nous allons voir comment se construit et se manifeste le stress minoritaire dans ces populations.

Dès l'enfance, l'exclusion est marquée chez les jeunes personnes LGBTQI. La transphobie peut être rencontrée très tôt par les personnes transgenres, imprégnant leurs subjectivités d'un « sentiment de honte, de violence, d'illégalité » (29). L'ouvrage « Santé LGBT » rapportait la « violence correctrice » qui s'était abattue sur une jeune personne transgenre qui avait été outée³ à l'école. Cette violence se dirigeait de manière constante vers l'éloignement des normes de genre présentes à l'école et se manifestait notamment par le harcèlement scolaire. Cette violence provenait parfois du milieu familial : le rejet familial pouvait alors menacer la santé physique et mentale des jeunes LGBT (41). Faire le choix de la visibilité de son genre revient ainsi, dès l'enfance, à devenir minoritaire quant à son expression et son identité de genre à l'école. Il peut par la suite en découler une angoisse d'intégration avec un rejet de soi (29).

Selon une étude réalisée en 2011 aux Etats-Unis, le sentiment de différence commence à s'exprimer à l'âge moyen de 7-8 ans chez les enfants transgenres (42).

Ensemble ces facteurs sont responsables entre autres d'une souffrance psychologique et d'une transphobie intériorisée (43) : selon la définition proposée par le planning familial, la transphobie intériorisée consiste pour une personne transgenre à se haïr elle-même, et/ou à haïr d'autres personnes transgenres en raison de leur transidentité (1).

Accumulés, ces différents aspects du stress minoritaire participaient à altérer la santé mentale des enfants et des jeunes et moins jeunes adultes transgenres (44).

b) Isolement

Dans le rapport « Sexe, genre et santé », la HAS écrit que les personnes transgenres sont plus souvent isolées que la population générale (19).

³ Outer : Révéler qu'une personne est trans (ou appartient à la communauté LGBT). L'outing ne doit jamais se faire sans le consentement de la personne concernée. Cela peut être considéré, dans le code pénal, comme une atteinte à la vie privée.

Définition issue du lexique disponible sur le site Wikitrans à l'adresse suivante : <https://wikitrans.co/lexique/>

Dans l'enquête « Transphobie », réalisée en 2014 en France par les sociologues A. Alessandrin et K. Espineira, les personnes sondées étaient plus de 68% à rapporter avoir perdu contact avec un·e ou des ami·e·x·s et 40% d'entre elles rapportent avoir perdu contact avec un·e ou des membres de leur famille (45).

En conséquence de cet isolement, les personnes transgenres ont d'autant plus de difficultés à s'insérer socialement (19). Autre facteur d'isolement, la grande majorité des personnes transgenres déclarent éviter certains espaces publics par appréhension de la transphobie : seulement 16 % n'évitent aucun espace public (26).

c) Précarités financière, d'emploi, de logement

Les personnes transgenres sont plus souvent dans des situations de précarité sur les plans financiers, de l'emploi et du logement que la population générale (19).

Le récent rapport de la HAS rappelle que l'ensemble des discriminations vécues par les enfants transgenres à l'école conduisent souvent à un absentéisme, un décrochage scolaire, voire un retrait de l'enfant du système scolaire (19), laissant moins de possibilité de choix professionnels par la suite.

Les difficultés rencontrées ne se résument cependant pas à celles du parcours scolaire ou universitaire.

Dans une enquête réalisée en 2011, 26% des personnes transgenres rapportaient avoir perdu leur travail suite à l'annonce de leur transition. 19% des personnes transgenres s'étaient retrouvées sans domicile fixe suite à leur transition (46).

Dans l'enquête canadienne Trans PULSE, 10 % des interrogé·e·x·s rapportaient avoir vécu ou vivre une situation de logement précaire (26)

L'impact de la précarité sur la santé est bien connu. Dans une enquête de l'INSEE publiée en 2018, l'espérance de vie varie selon la catégorie sociale, avec des écarts stables depuis 25 ans : plus les personnes sont aisées, plus l'espérance de vie est élevée (47). A l'inverse, une santé altérée pouvait également influencer l'appartenance sociale, en prenant l'exemple d'une

maladie qui aurait empêché la personne concernée de poursuivre des études ou d'accéder à certains postes (19).

d) Conséquences de la pandémie de COVID19

La HAS rappelle dans son rapport de 2020 que les pandémies aggravent les inégalités liées au genre. (19).

La pandémie de COVID 19 a en effet intensifié le stress minoritaire subi par les personnes transgenres, par différents moyens. En raison des universités et écoles fermées ou du télétravail, les personnes jeunes pouvaient être forcées de retourner ou de rester auprès de leur famille, qui parfois les rejetait et les maltraitait du fait de leur transidentité. Pour les personnes n'ayant pas fait de coming out trans ce retour en famille pouvait les empêcher de vivre sous leur réelle identité de genre. Aussi les mesures de distanciation sociale ont éloigné les personnes transgenres de leurs pairs (48).

L'association Espace Santé Trans alertait sur l'impact de la pandémie de COVID 19 sur les personnes transgenres, partant du postulat qu'elle avait « exacerbé tous les facteurs qui [avaient] un impact délétère sur la santé mentale des personnes », citant parmi elles : « violences, isolement, manque d'accès à un logement stable et à l'emploi, exclusions. » et ajoutant que les tentatives de suicide leur étaient rapportées « en nombre » (49). En effet la pandémie et les confinements, s'ils ont eu tendance à précariser encore la population transgenre, ont de surcroît eu pour effet d'aggraver les difficultés d'accès aux soins. Dans une enquête canadienne réalisée de 2019 à 2020, il apparaissait que deux fois plus de personnes transgenres et non-binaires⁴ avaient cessé d'accéder aux groupes ou aux travailleurs de soutien en santé mentale (14,4 %) plutôt que de commencer à y avoir recours (6,4 %), en dépit des facteurs de stress supplémentaires liés à la pandémie (50).

⁴ Personne non-binaire : Personne dont le genre n'est pas "homme" ou "femme" : cela peut être une combinaison, une absence (agenre), ou un genre autre. Les personnes non-binaires sont incluses dans les vécus trans. Mais certaines peuvent ne pas se définir trans. Chaque personne non-binaire peut avoir ou non un besoin de transition médicale et/ou administrative. Définition issue du « Lexique trans » du Planning Familial, disponible à l'adresse suivante : <https://www.planning-familial.org/sites/default/files/2020-10/Lexique%20trans.pdf>

Une enquête nationale réalisée en France a révélé une majoration des difficultés rencontrées par les personnes migrantes et sans-abris pendant la pandémie de COVID 19 (51). Il apparaissait que les difficultés rencontrées par ces populations s'étaient majorées dans de nombreux domaines tels que l'accès à l'alimentation, l'accès à leurs droits (menace d'expulsion, non renouvellement des titres de séjour, etc.), la procuration du matériel de protection (masques, solution hydro-alcoolique), l'accès au logement, l'accès à des attestations de déplacement dérogatoire, l'accès aux campagnes de dépistages, l'accès aux soins pour des problèmes autre que la COVID 19, la continuité des soins déjà entrepris.

On peut en déduire que les situations de personnes transgenres migrantes et/ou sans-abris étaient d'autant plus précarisées par la pandémie.

Afin de préciser encore les difficultés sociales dont souffre la population transgenre, nous allons maintenant aborder le sujet de la transphobie.

4. La transphobie et son impact sur les personnes transgenres

a) Qu'est-ce que la transphobie et où la trouve-t-on dans la société?

Dans ce chapitre nous allons d'abord définir ce qu'est la transphobie, puis présenter les données statistiques dont nous disposons à propos de la transphobie qui règne dans nos sociétés, ainsi que les différents domaines dans lesquels on la trouve et ses conséquences sur la vie des personnes transgenres.

(1) Qu'est-ce que la transphobie ?

La transphobie est définie par l'association OUTrans comme « le rejet ou la haine des personnes trans et/ou des transidentités » (5). Elle peut se manifester par des violences, physiques, verbales, non verbales et par de la discrimination.

Le docteur en sociologie Arnaud Alessandrin distingue 2 types de transphobie :

- la transphobie **directe**, lorsque l'agresseur-e sait que la personne visée est transgenre, la violence s'adresse ainsi directement à elle
- la transphobie **indirecte**, qui se résume aux préjugés cissexistes⁵, la violence n'est alors pas directement adressée à une personne précise mais participe à la transphobie ambiante (52)

Il distingue également 2 modes d'expression de la transphobie, avec des conséquences différentes sur la vie des personnes concernées :

- la transphobie **relationnelle**, comme violence interpersonnelle
- la transphobie **institutionnelle** lorsqu'elle passe par les administrations (52)

Cette violence peut paraître moins grave mais a en réalité un rôle important dans les violences vécues par les personnes transgenres : la transphobie institutionnelle met en danger les personnes bloquées administrativement dans un genre qui ne leur correspond pas. La HAS parle dans ce cas d' « incongruence administrative »⁶ (19). Par exemple refuser le changement de « mention de sexe » à l'état civil participe à rendre les personnes transgenres vulnérables en les exposant à la transphobie.

(2) Exemples de transphobie institutionnelle en France

La France a fait preuve de transphobie institutionnelle à plusieurs reprises, pour lesquelles elle a été condamnée par la Cour Européenne des Droits de l'Homme (CEDH).

Ainsi, en 1992, la France avait été condamnée par la CEDH pour non-respect du « droit au respect de la vie privée et de la vie familiale » car la Cour de cassation rejetait alors les demandes de personnes transgenres de changer la « mention de sexe » à l'état civil (53). En 2017, la France était à nouveau condamnée par la CEDH car la loi française obligeait les personnes transgenres à subir une castration chimique ou une intervention chirurgicale

⁵ Cissexiste : fait de considérer que les personnes cisgenres sont supérieures aux personnes transgenres, de considérer que les identités des personnes cisgenres sont plus valides que celles des personnes transgenres, ou de nier l'existence des transidentités. Définition issue du lexique disponible sur le site Wikitrans à l'adresse suivante : <https://wikitrans.co/lexique/>

⁶ Incongruence administrative : lorsque le genre spécifié sur certains documents n'est pas en accord avec l'identité de genre de la personne concernée.

stérilisante pour obtenir le changement de leur sexe à l'état civil. En effet, jusqu'en 2016 la loi française obligeait les personnes transgenres à présenter une preuve de castration chimique ou d'intervention chirurgicale stérilisante pour accéder au changement de « mention de sexe » à l'état civil (54).

La transphobie n'est pas toujours explicite et se manifeste aussi par une invisibilisation des personnes concernées. L'invisibilisation fait partie des particularités de la stigmatisation des personnes transgenres dans notre société (29).

(3) Du côté des médias

Cette invisibilisation de la transidentité se manifeste notamment du côté des médias. A ce propos le sociologue A. Alessandrin parle de « maltraitance médiatique » des personnes trans.

L'absence de représentation médiatique et l'absence de visibilité dans la culture et le langage constituent une forme de transphobie indirecte, structurelle dans la société, qui peut rendre difficile jusqu'à l'identification de soi en tant que personne transgenre (55).

Le sociologue A. Alessandrin note une « explosion médiatique » des représentations des transidentités ces dernières années (52). Ceci pourrait être considéré comme une bonne nouvelle, cependant les représentations des identités trans conviennent rarement aux personnes concernées : 63% des personnes transgenres interrogées se déclaraient n'être « pas du tout satisfaites » de l'image des identités trans dans les médias (45).

Dans le domaine du cinéma, Alessandrin rapporte des constantes dans la représentation médiatique des identités trans : elles sont souvent cantonnées au cabaret, aux secrets, aux « derrières de la scène », le travestissement étant parfois utilisé pour un effet comique.

Ainsi l'augmentation des représentations médiatiques des identités transgenres, si elle a pour effet positif d'apporter une visibilité et une possibilité d'identification aux personnes transgenres et en questionnement, est à double tranchant : elle apporte également une vague de transphobie dans la société par le biais de représentations erronées (52).

(4) *La transphobie devant la loi*

En 2012 la transphobie a fait son apparition dans le droit pour qualifier précisément la discrimination spécifique dont sont victimes les personnes transgenres, d'abord sous le nom de discrimination en regard de l' « identité sexuelle » puis en 2016 sous le nom de « discrimination en regard de l'identité de genre » (56).

b) Violences transphobes et discriminations, impact socio-émotionnel

Dans l'enquête « Transphobie » publiée en 2014 en France, 85% des personnes transgenres interrogées rapportaient avoir été victimes de transphobie (45).

La même année, l'Agence des Droits Fondamentaux avait publié une étude réalisée en Europe où 54% des personnes trans interrogées déclaraient avoir été victimes de discrimination ou de harcèlement au motif de leur identité de genre au cours des 12 mois précédant l'enquête (57).

De par la transphobie, la population transgenre était donc très fréquemment victime de violences et de discriminations.

Nous avons vu que la stigmatisation et la violence étaient partie intégrante du stress minoritaire. Un rapport publié aux Etats-Unis en 2014 par le « Bureau of Justice Statistics », intitulé « Socio-emotional impact of violent crime » mettait en évidence le lien entre le fait d'avoir été victime de violences graves et le fait de présenter des difficultés socio-émotionnelles (58). Les difficultés socio-émotionnelles considérées étaient les suivantes : un niveau élevé de détresse psychologique, des difficultés rencontrées dans les relations sociales, l'arrêt de l'école, des études ou du travail.

Il en résultait que 68% des victimes de violences graves présentaient des difficultés socio-émotionnelles en conséquence de leur agression. 1/3 des victimes de violences graves présentaient une détresse psychologique sévère. Les 3/4 des victimes de viols ou d'agression sexuelle présentaient des difficultés socio-émotionnelles.

Nous verrons au sein de notre recherche qu'il est important d'avoir ces notions à l'esprit lorsque l'on parle de santé des personnes trans.

c) Conséquences sur la santé mentale

Nous avons vu que les personnes transgenres sont particulièrement affectées par différentes formes de précarité : professionnelle, économique, familiale et sociale (19) et par un stress minoritaire, auquel s'ajoutent des violences transphobes.

Ces différents facteurs participent ensemble à altérer le bien-être mental des personnes transgenres.

En effet, en 2011 le sociologue J-M Firdion prévenait déjà que plus les identités de genre étaient affirmées, plus le risque de sursuicidité était élevé (59).

L'isolement social est lui aussi connu comme un des facteurs de fragilité exposant au risque suicidaire (60). Le sociologue E. Durkheim écrivait en 1987 que « Le suicide varie en fonction inverse du degré d'intégration des groupes sociaux. » (61).

De par le stress minoritaire et les différentes formes de précarité qui les touchent, personnes transgenres étaient donc particulièrement exposées à une santé mentale altérée et un sur-risque suicidaire.

C. Accès aux soins

Maintenant que nous avons fait un état des lieux sur les données dont nous disposons concernant la santé des personnes transgenres, nous allons aborder la notion d'accès aux soins et les enjeux qui l'accompagnent.

L'accès aux soins d'une population peut être défini comme « l'adéquation entre besoins de santé et services offerts » (62). Celle-ci est soumise à différentes conditions, tant du côté des services de soins que du côté des usager·ère·x·s.

1. Enjeux de l'accès aux soins

Martin Blais, chercheur en sociologie et professeur à l'Université de Montréal, présente les enjeux de l'accès aux soins des personnes LGBTQI dans une conférence orale présentée aux Paris Gay Games en 2018 : selon lui un accès aux soins parfait se présente comme la possibilité, lorsqu'un besoin de santé est perçu, d'accéder au soin correspondant (63).

Il rappelle que la population LGBTQI+ montre un plus grand nombre de désirs de soins insatisfaits que la population générale.

La question de l'accès aux soins est donc un processus conditionnel : il évolue de l'identification des besoins de santé, à la perception de ces besoins, au désir de soins, la recherche de soins, l'atteinte des soins, l'utilisation des services qui prodiguent ces soins, l'évaluation des conséquences de la prise en charge de ces soins (conséquences économiques, satisfaction, etc.) (62).

Concernant le service de soin, il doit être : approchable, c'est-à-dire se faire connaître, être « d'abord facile » ; acceptable, c'est-à-dire respecter la dignité des personnes auxquelles il s'adresse ; accommodant, accessible, et en adéquation avec les besoins réels des populations.

Les populations concernées, elles, doivent être en capacité de : identifier leurs besoins de santé, percevoir leurs besoins de santé, désirer recourir aux services de soins, atteindre les services de soins et pouvoir payer les soins.

Martin Blais émet l'hypothèse que l'hétéronormativité⁷ affecte non seulement l'organisation du système de santé mais aussi les habitudes et attitudes à la fois des soignant·e·s et des populations LGBT.

L'accès aux soins posait donc différents défis. Du côté des soignant·e·s les défis étaient les suivants :

- L' « approachabilité » :

Les services de prévention étaient souvent génériques, peu sensibles aux réalités LGBT et souvent peu accessibles : il existait peu de cliniques spécialisées en santé LGBT. Comme les cliniques spécialisées étaient peu nombreuses, cela poussait les personnes LGBT à se tourner vers ces services de soins génériques peu adaptés à leurs réalités.

Cela demandait aux usager·ère·x·s une capacité à percevoir leurs besoins : cette capacité était parfois usée par les insatisfactions multiples vécues par le passé. La conséquence était que même si la personne concernée avait perçu un besoin de santé, elle n'avait pas systématiquement de désir de soins associé, car les insatisfactions répétées avaient pu la mener à un sentiment d'impuissance. Ceci était décrit notamment en santé mentale : les personnes avaient appris qu'elles pouvaient sortir parfois plus « abîmées » d'un service où les avaient conduites la recherche d'aide.

- L'acceptabilité de l'offre de soins :

Martin Blais rapportait que les études faisaient part souvent d'un inconfort, de discrimination, d'un vocabulaire inadapté chez les soignant·e·s, avec parfois des refus de prise en charge des personnes transgenres. La conséquence du côté des usager·ère·x·s était alors parfois une anticipation négative de l'issue du processus de consultation, qui finissait par freiner le désir de consulter.

- L'accommodation/accessibilité du lieu de consultation :

Les lieux de soins spécialisés ou recommandés étaient parfois éloignés, peu accessibles, avec des rendez-vous nécessitant plusieurs mois d'attente. La capacité d'atteindre ces services en

⁷ Hétéronormativité : fait de considérer l'hétérosexualité comme la norme. Définition issue du Wiktionnaire, disponible à l'adresse suivante : <https://fr.wiktionary.org/wiki/h%C3%A9t%C3%A9ronormativit%C3%A9>

cas de besoin était ainsi largement réduite. Les personnes âgées, les jeunes personnes dépendantes pouvaient être amenées ainsi à faire un coming out forcé (à leur entourage, par exemple – au service de transport) pour pouvoir accéder à la consultation spécialisée.

- L'abordabilité :

Chez les personnes ne bénéficiant pas d'une assurance maladie ou d'une sécurité sociale, chez les personnes migrantes pour qui les soins n'étaient pas ouverts, les frais de santé pouvaient être un obstacle aux soins. Aux Etats-Unis, se posait en plus le problème de l'absence de reconnaissance du·de la conjoint·e de même genre par les assurances. Ainsi la capacité de bénéficier d'une couverture santé était parfois compromise par l'hétéro-cis-normativité.

2. Les freins à l'accès aux soins au sein de la population transgenre

En 2014 les chercheuses Robert et Fantz écrivaient que les patient·e·x·s transgenres rencontraient de nombreux freins à l'accès aux soins, comprenant leur stigmatisation ancrée dans l'histoire, les freins financiers et structurels et un manque d'expérience des professionnel·le·s de santé à les prendre en charge (64).

Afin de présenter les freins à l'accès aux soins des personnes transgenres, nous nous appuyerons sur la thèse de médecine générale du doctorant E. Duval, publiée en 2019 et traitant de ce sujet à travers une étude qualitative (23).

a) Freins à l'accès au parcours de transition médicale

(1) Difficultés d'accès géographique

Les personnes interrogées par E. Duval rapportaient que les professionnel·le·s de santé référencé·e·s comme non-transphobes étaient souvent situé·e·s dans les grandes villes. Ils·elles étaient souvent décrit·e·s comme overbooké·e·s (23).

(2) *Difficultés financières*

Pour rappel, l'obtention de la déclaration d' « ALD » dite « hors liste » auprès de la CPAM permettait la prise en charge des frais de santé liés à la transition. En l'absence ou en l'attente d'ALD, le coût pouvait limiter l'accès aux soins médicaux (23). Par ailleurs, le codage des actes médicaux selon la Classification Commune des Actes Médicaux posait le problème de facturation des actes médicaux en fonction du genre. Par exemple, post-changement de genre à l'état civil : il n'était pas possible de prescrire une échographie de la prostate chez une femme transgenre (19). Certains soins n'étaient alors pas pris en charge par la sécurité sociale.

A l'inverse, l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) de la testostérone n'était valable que chez un « homme » défini comme tel sur sa carte vitale : sa prescription chez les hommes transgenres n'était ainsi pas toujours prise en charge par la sécurité sociale (23).

(3) *Difficultés administratives*

Les changements de prénom et d'état civil sur la carte vitale étaient parfois très longs à obtenir et exposaient les personnes transgenres au mégenrage⁸ et à l'usage du dead name⁹ en salle d'attente et pendant les consultations médicales (23).

Concernant les personnes qui avaient réalisé un changement de prénom et/ou de genre à l'état civil, un problème de suivi du dossier médical se posait avec le risque de pertes de données médicales, sociales et juridiques (19).

b) Freins à l'accès aux soins au quotidien

(1) *Manque de connaissances des médecins*

L'accès aux soins est facilité lorsque les acteur·rice·s de soins sont porteur·se·s de connaissances médicales auprès de la population concernée (62). Ceci était illustré par le rapport entretenu entre les médecins de Porto-Rico et leurs patientes transgenres : une étude

⁸ Mégenrage : néologisme renvoyant à l'action de mégenrer, c'est-à-dire utiliser un pronom ou des accords qui ne sont pas ceux utilisés par la personne.

⁹ Dead name : prénom reçu à la naissance et souvent rejeté car renvoyant à l'assignation de sexe de naissance
Définition s issues du lexique disponible sur le site Wikitrans à l'adresse suivante : <https://wikitrans.co/lexique/>

publiée en 2019 s'intéressant aux rapports entre les médecins et leurs patientes transgenres concluait que le contact avec les médecins porteur·se·s de connaissances sur la santé trans améliorait leur accompagnement médical et leur santé (65).

Dans l'ouvrage Santé LGBT les auteur·e·s rapportaient sous le prisme de la prise en charge du cancer du sein une réception des informations difficile pour les personnes intersexes, non-binaires et trans en raison de données biomédicales prévues pour les personnes cisgenres (29).

Ce manque de connaissances avait un impact sur les campagnes de prévention en santé publique : A. Alessandrin présentait dans son ouvrage « Sociologie des transidentités » (52) les pratiques de suivi et de prévention comme « les grandes oubliées » des parcours de transition.

Le Planning Familial alertait également en 2019 sur l'absence de campagnes et d'outils de réduction des risques adaptés aux besoins et aux réalités des personnes trans, sauf ceux construits par les associations trans (66).

Le manque de connaissance des médecins pouvait être une raison de report de consultation par les personnes transgenres elles-mêmes : dans l'enquête publiée en 2018 par les doctorantes en médecine M. Garnier et S. Ollivier, 55% des personnes trans qui avaient retardé leur consultation avaient déclaré le faire en raison d'une peur de manque de connaissance des médecins (67).

(2) Accueil dans les lieux de soins

La salle d'attente est décrite comme un lieu très anxiogène, où les personnes transgenres ressentaient une peur d'être outé·e·x·s. L'appel en salle d'attente est en soi très anxiogène (23).

3. Autre frein à l'accès aux soins : la transphobie médicale

Nous allons décrire dans un premier temps les situations où la médecine, à l'instar de la société, fait preuve de transphobie et de l'impact que cela peut avoir sur la santé des personnes transgenres.

Nous présenterons ensuite une brève histoire de la médecine des transidentités afin d'avoir un recul sur cette transphobie médicale et d'apercevoir comment la médecine tend à s'en défaire.

a) Un parcours médical semé de transphobie

En 2011, l'association lyonnaise de personnes transgenres Chrysalide recueillait les données suivantes : 16 % des personnes transgenres interrogées déclaraient avoir subi un refus de soins du fait de leur transidentité et 35 % des répondant·e·x·s avaient renoncé à des soins de peur de préjugés ou de discriminations émanant du corps médical (68).

Depuis cette enquête, différentes sources françaises ont alerté sur l'occurrence de la transphobie vécue par les personnes transgenres dans les lieux de soins et de ses conséquences sur l'accès aux soins des personnes transgenres.

En avril 2020 la revue française « Prescrire » publie un article rapportant qu'environ un quart à un tiers des personnes transgenres avaient déclaré au moins une expérience négative avec des professionnel·le·x·s de santé en raison de leur identité ou expression de genre (31). Dans l'enquête française publiée en 2014 réalisée auprès de 281 personnes transgenres, 65 % des personnes interrogées avaient subi des propos ou des actes transphobes de la part des professionnel·le·s de santé (45).

La HAS écrivait dans le rapport de 2020 que 75% des personnes transgenres avaient déjà été mal à l'aise avec un·e médecin pour une raison liée à leur transidentité. Cela était renforcé par l'« incongruence administrative » (19) .

Le Planning Familial écrivait en 2019 que l'accès aux soins était compromis en raison de l'accueil réservé aux personnes transgenres dans le milieu médical (66).

b) Histoire récente de la médecine des transidentités

Nous présenterons dans les paragraphes suivants en quoi l'histoire récente de la médecine des transidentités est témoin de ces préjugés et comment elle tend à s'améliorer.

En juillet 2010 était créée la Société Française de prise en Charge de la Transidentité (SoFECT). Elle regroupait des équipes de médecins endocrinologues, psychiatres et chirurgien·ne·s qui s'occupaient des transitions médicales dans le milieu hospitalier.

Un document de travail rédigé en 2010 décrivait son protocole de soin, consistant entre autres à vérifier l'absence de troubles psychiatriques associés, indispensable avant d'accéder à la prise en charge endocrinienne et chirurgicale de la transition : la sélection des candidat·e·x·s au changement de genre dépendait ainsi avant toute chose d'une expertise psychiatrique (69).

En avril 2019, le Planning Familial, mouvement féministe et d'éducation populaire, écrivait dans son journal « Les 4 pages » (66) que la SoFECT utilisait « des critères sexistes, homophobes et transphobes » dans le cadre de l'accompagnement médical des personnes transgenres. Le Planning Familial décrivait cette association comme « hors-la-loi » sur différentes pratiques relatives aux droits des patient·e·x·s. Ces critiques émises par le Planning Familial sont le reflet de critiques répétées et largement partagées au sein d'associations de défense des droits des personnes transgenres.

En mars 2020, la SoFECT est dissoute par son président en raison d'une « inadéquation grandissante au sein même de la SoFECT entre sa raison d'être, son fonctionnement, la réalité des parcours transidentitaires et les conditions d'accueil et de prise en charge par certains établissements ou professionnels de santé » (70). Une nouvelle association voit alors le jour, nommée d'abord French Professional Association for Transgender Health (FPATH) puis Trans Santé, montée par un groupe de personnes souhaitant se démarquer de l'ancienne SoFECT et présentant des objectifs nouveaux dont celui de travailler main dans la main avec les personnes transgenres et les associations qui les représentent (70). A la naissance de cette association plusieurs associations de personnes transgenres ont co-signé une lettre ouverte, faisant part de leur scepticisme quant à un réel changement de pratiques des équipes hospitalières (71).

c) Confrontation aux réalités trans

Que le parcours médical soit réalisé dans le secteur public ou privé, il était reproché aux acteur·rice·s de soin prenant en charge les transitions de suivre des normes binaires de genre telles qu'elles étaient imposées par la société (29).

Dans l'ouvrage « Santé LGBT », les auteur·e·s regrettaient que dans les discours médicaux, les seuls corps légitimes soient ceux proches des idéaux de sexe et de sexualité, « les « seuls » adaptés au bien-être », privilégiant ainsi la conformité aux normes de genre à la responsabilité des individus quant à leur propre bien-être (29).

Ceci était illustré dans l'émission documentaire parue sur France 3 en 2012 intitulée : « Le sexe de mon identité », où est filmée une commission du GRETTIS, service rattaché à la SoFECT qui s'occupait alors des transitions médicales au CHU de Lyon (72). Au cours de cette réunion pluridisciplinaire entre médecins endocrinologues, psychiatres et chirurgien·ne·s, les personnes transgenres mentionnées étaient à plusieurs reprises mégenrées¹⁰ et parfois privées de leur droit à transitionner¹¹ sous prétexte de ne pas sembler « crédibles » dans leur demande de transition. Selon le sociologue A. Alessandrin, l'enjeu des prises en charge revenait alors à « normaliser » un « corps qui franchi[ssai]t les normes » plutôt qu'à une prise en charge à visée thérapeutique (29).

Ainsi le même corps médical qui avait tendance à psychiatriser l'identité transgenre ne semblait pas même interroger les modifications d'expression de genre chez les personnes cisgenres : A. Alessandrin proposait l'exemple d'implants mammaires ajoutés sur un corps de femme cisgenre, ne posant pas question puisqu'allant dans le sens de la « féminité » telle que l'entend la société (52).

A l'inverse, T. Jedrzejewski citait en 2018 l'exemple des besoins en santé gynécologique des hommes transgenres comme un impensé médical : le·la médecin ayant en face de lui·elle un homme, était loin d'aborder avec lui la question du suivi gynécologique (73).

¹⁰ Mégenrer : Utiliser un pronom ou des accords qui ne sont pas ceux utilisés par la personne. Si le mégenrage est volontaire, il s'agit d'un acte transphobe particulièrement blessant. S'il est accidentel, mais répété parce que la personne ne souhaite pas réellement s'en préoccuper, cette négligence est considérée comme un acte transphobe. Définition issue du lexique disponible sur le site Wikitrans à l'adresse suivante : <https://wikitrans.co/lexique/>

¹¹ Transitionner : acte de réaliser une transition

d) Vers un avenir différent ?

La chercheuse en sociologie Yael Eched insiste sur l'importance de travailler avec les associations et de penser les liens avec les savoirs communautaires (74). Elle rappelle que les savoirs communautaire et académique sont différents et complémentaires, ce qui fait la richesse de leur mise en commun.

Le rapport de la HAS de 2020 intitulé « Sexe, genre et santé » propose également d'« établir des ponts » avec les populations concernées et les associations qui les représentent, soulignant que les liens avec les associations existent parfois mais que leur usage n'est pas assez fréquent alors que leur efficacité est bien établie (19).

Le chercheur en sciences sociales A. Giami rapportait déjà en 2010 l'importance de travailler en lien avec les savoirs et le vocabulaire des usagers et des associations d'usager·ère·x·s. Il explique en effet que le point de vue des usager·ère·x·s a les caractéristiques d'un discours d'expertise au sens que lui attribuait L. Prior (75) dans la mesure où ce discours est relayé par des élaborations collectives, « elles-mêmes relayées par le discours des droits de l'homme » (76).

4. Conséquences des difficultés d'accès aux soins sur la santé des personnes transgenres

Ces différents freins à l'accès aux soins sont responsables, de manière indirecte, d'une santé altérée des personnes transgenres et ce de différentes manières.

a) Eviction des lieux de soins

En conséquence des difficultés d'accès aux soins les personnes transgenres ont parfois un parcours de santé non sécurisé : par exemple par le recours à des chirurgies à l'étranger, d'achat d'hormones sur Internet (77).

Dans l'enquête Canadienne Trans PULSE : 12 % des personnes interrogées avaient évité d'aller aux urgences malgré un besoin de soins ressenti, parce qu'elles étaient trans et/ou non-binaires (26).

La HAS rapportait en 2020 qu'au vu des études considérées un tiers des personnes transgenres renonçaient à des soins « à cause de préjugés du personnel soignant » (19).

b) Des besoins en santé non satisfaits

Toujours dans l'enquête canadienne Trans PULSE, 45 % des répondant·e·s avaient déclaré avoir eu au moins un besoin non satisfait en matière de soins de santé au cours de la dernière année (26).

c) Une perte de données médicales

Nous avons vu plus haut que des données médicales pouvaient être perdues en raison de changement de genre ou de prénom dans les dossiers médicaux. Par ailleurs, certaines informations médicales étaient également perdues car jamais recueillies : dans la thèse de médecine générale publiée en 2016 certaines personnes transgenres rapportaient avoir déjà menti à leur médecin pour avoir accès à une attestation (21).

Ainsi nous avons vu que le manque de connaissances médicales concernant la santé d'une population participe à altérer son accès aux soins et par là à altérer sa santé de manière générale. Nous allons maintenant aborder le manque de données tel qu'il est dénoncé par la littérature internationale concernant la santé des personnes transgenres.

D. Ce qu'on ne sait pas : manque de données

1. Ce qu'on étudie peu

Les études dans la littérature nationale et internationale manquent : elles manquent en nombre d'abord, manquent en qualité, et sont absentes sur certains sujets précis. Ici seront présentés différents enquêtes et travaux scientifiques récents ayant fait part de ce manque de données.

a) Un nombre restreint de travaux scientifiques

Le doctorant en médecine L. Nakad avait souhaité réaliser en 2015 une méta-analyse étudiant les motifs de consultation chez les personnes transgenres. Ce travail n'avait pas pu être mené à bout en raison d'un manque de données concernant la santé trans dans la littérature internationale (78) : il constatait alors que la littérature contenait plus d'avis d'expert-e-s que de véritables données issues d'études cliniques. Il déplorait par ailleurs l'absence d'enquête quantitative en France explorant la santé des personnes transgenres (78).

En 2017, la santé des personnes transgenres représentait seulement 0,008% des articles dans la base de données Medline (79).

b) Des sujets d'études répartis de manière inégale

Une revue de la littérature publiée dans The Lancet en 2016 avait sélectionné 116 études concernant la santé des personnes transgenres dans 30 pays (dont 16 conduites en Europe, aucune en France). Les auteur-e-s avaient attribué des points aux différents sujets étudiés selon leur fréquence. Les sujets d'intérêt de ces études étaient dans l'ordre d'importance en nombre : la santé mentale (30,9 % des points), la santé sexuelle et reproductive (22,3 %), la consommation de drogues et d'alcool (19,7 %), les violences vécues (10,7 %), la stigmatisation et les discriminations (9,5 %) (80).

La santé générale (mortalité, diabète, utilisation d'hormones, maladies métaboliques, cancer) ne représentait que 6,9 % des points et les études à ce propos étaient décrites comme

disparates dans le rapport HAS 2020 (19). Les auteur·e·s soulignaient ainsi que la recherche sur les questions de santé non spécifiques des personnes trans était limitée.

c) Certains sujets très peu étudiés

Le harcèlement scolaire des enfants LGBTQI en France (29), la santé des personnes trans non-binaires et intersexes (19), la satisfaction des personnes transgenres quant à la transition effectuée (81), la santé des personnes transgenres âgées (81) ne faisaient pas l'objet d'études spécifiques. Lorsque ces sujets ont été abordés, ils l'étaient d'un point de vue de la santé LGBT (Lesbienne Gaie Bisexuelle et Transgenre) sans s'intéresser spécifiquement à la santé trans. Une revue de littérature sur la qualité de vie des personnes transgenres déplorait le manque d'étude sur ce sujet, argumentant qu'aucune étude parmi celles considérées n'incluait de groupe contrôle (82).

d) Une santé trans « noyée » dans la « santé LGBT »

Dans sa thèse de médecine générale L. Nakad rapportait que la santé des personnes transgenres était souvent noyée au sein de la « santé LGBT » (78). Le doctorant en médecine T. Jedrzejewski rappelait quant à lui que le sigle « LGBT » était né d'une convergence des luttes politiques mais n'avait pas sa place en santé au vu des grandes disparités des besoins de santé et problématiques rencontrées par ces différentes populations (73). La sociologue N. Chetcuti relevait également ce problème des études sur la population « LGBT » au sein desquelles elle dénonçait une « spoliation des sujets par les majoritaires » (83).

e) Trop peu d'études concernant les différentes populations qui composent la communauté trans

Ainsi la littérature internationale nous signale un manque de données indéniable concernant la santé des personnes transgenres. Au-delà de ce constat, Alessandrin rappelle que la population transgenre est hétérogène et qu'il faudrait étudier la santé des différentes sous-populations qui la constituent car elles ne présentent pas toutes les mêmes problématiques de santé.

L'amalgame peut masquer des particularités spécifiques à chacune. Cela consisterait au minimum à étudier à part les différentes situations des femmes transgenres, hommes transgenres et personnes transgenres non-binaires (29). Parmi les différentes populations constituant la population transgenre, la HAS rapportait des données peu nombreuses concernant les personnes intersexes (19) et une revue de littérature intitulée « Endocrinology of transgender medicine » (32) alertait sur le manque de données sur la santé des personnes non-binaires.

2. Pourquoi est-il nécessaire d'étudier plus ?

Nous avons vu que les études manquaient concernant la santé des personnes transgenres dans la littérature internationale. Nous allons maintenant nous intéresser à pourquoi il est important d'acquérir plus de connaissances concernant la santé trans.

a) Pour la santé de tout le monde

Dans le rapport HAS de 2020 les auteur·e·s notent que l'étude de la santé des personnes trans et intersexes apportent un certain recul, qui permet de voir les questions de santé sous un angle différent (19).

Dans un article publié en 2015, les auteur·e·s constatent qu'un meilleur accueil des patient·e·x·s LGBT est lié à un meilleur accueil de toute la patientèle (84).

b) Pour améliorer la formation des acteur·rice·s de soins

Dans le rapport HAS de 2020, les auteur·e·s présentent 10 propositions pour améliorer la prise en compte du sexe et du genre à toutes les étapes de la construction des politiques de santé, destinées au décideur public. Parmi ces propositions figurait celle (n°8) d'intégrer l'enseignement sur les personnes transgenres et intersexes aux études de médecine (19).

En effet les patient·e·x·s qui avaient un·e prestataire de santé trans-friendly avaient moins de problèmes de santé, sur le plan psychiatrique et sur le plan somatique (36).

c) Enfin et surtout, pour améliorer l'accès aux soins et la santé des personnes transgenres

Les auteur·e·s du rapport HAS 2020 considéraient ce manque de données préjudiciable pour les personnes intersexes et les personnes trans. Selon ce rapport, le manque de données concernant la santé trans renforçait :

- « l'invisibilisation, la sensation d'anormalité et la stigmatisation des personnes concernées ;
- le risque d'angles morts dans les prises en charge, sanitaires ou sociales. » (19).

3. Et en France ?

a) Un retard français

En 2018, les sociologues Alessandrin et Meidani écrivent que l'abord du genre est une question encore récente en France, notamment dans le domaine de la santé (85).

En 2020, le rapport de la HAS souligne que le critère de genre est « encore tenu à l'écart [des projets de recherche en santé] malgré son importance » (19).

Un focus de Santé Publique France publié en mai 2021 décrit comme « encore rares » les études en France rendant compte des discriminations et violences faites aux personnes transgenres (86).

Ces constats sont assez clairement illustrés par les propositions présentées dans le rapport de la HAS 2020 : parmi elles les propositions 5, 6 et 7 concernent la prise en compte du sexe et du genre dans les études scientifiques et les politiques publiques. La 10ème et dernière proposition intitulée « Préoccupation pour les personnes trans et intersexes » est surtitrée « dépasser la binarité lorsque c'est nécessaire » et aborde la nécessité d'inclure les personnes trans et intersexes dans les études scientifiques (19).

b) Comment expliquer ce retard français ?

La sociologue N. Chetcuti évoquait en 2018 le problème de la question trans peu abordée dans les études en France : elle décrivait une « résistance française » qu'elle associait à une vision binaire des genres encore très forte, avec un appauvrissement de la recherche sur les personnes transgenres faisant l'objet d'une marginalisation des études scientifiques. Selon son expérience, ce sujet est précarisé car peu d'argent y est injecté et il est de surcroît souvent intégré dans l'étude plus globale de la communauté LGBT, ce qui appauvrit le champ d'étude (83).

Les auteur·e·s du rapport de la HAS 2020 présentent différents obstacles compliquant les projets de recherche sur les personnes intersexes et transgenres (19). Parmi ces obstacles se trouvent : la taille de la population considérée comme « relativement faible », l'hétérogénéité de ces groupes, la réticence supposée des personnes à participer aux études scientifiques et l'absence de financement de suivis de cohortes. S'ajoutent à cela des idées reçues selon lesquelles les normes juridiques empêcheraient de collecter des données sur le genre des personnes incluses dans les études.

c) Les dernières données françaises

Les dernières études réalisées en France étaient essentiellement qualitatives et portaient sur le parcours de soin des personnes transgenres, le rapport au médecin généraliste au sein de thèses de médecine générale (21) (23) (24).

Les sociologues A. Alessandrin et K. Espineira exploraient le sujet de la transphobie dans une enquête quantitative réalisée auprès de 281 personnes transgenres (45).

En 2015, le doctorant en médecine L. Nakad déplorait l'absence d'enquête quantitative explorant la santé des personnes transgenres en France (78).

En 2018, les doctorantes en médecine M. Garnier et S. Ollivier ont réalisé une enquête quantitative explorant les motifs de consultation hors-transition des personnes transidentitaires en France métropolitaine (67).

4. Question de recherche et objectifs

a) Question de recherche

Il a été démontré qu'une meilleure connaissance des problématiques de santé rencontrées par les personnes transgenres permet d'améliorer leur accès aux soins et leur santé (23) (24) (65). Or il n'existe à ce jour en France aucune étude quantitative explorant la santé globale des personnes trans (22) (66) (78).

Le rapport 2020 de la HAS recommande d'agir vers les populations concernées « dès lors qu'elles présentent un risque d'être difficilement atteintes sans action particulière, notamment en raison de la vulnérabilité associée à leur sexe, à leur identité de genre ou de toute difficulté d'ordre social ou médico-social aggravée par ces facteurs. » (19).

Nous avons donc réalisé un travail de recherche dont l'objectif est d'apporter des connaissances sur les problématiques de santé et d'accès aux soins, et les discriminations rencontrées par les personnes transgenres en France aujourd'hui dans le but d'appréhender au mieux leurs besoins de santé et, in fine, de participer à construire la voie vers un accès aux soins primaires de qualité.

Ce travail a pour originalité d'être la première étude quantitative abordant la santé globale des personnes transgenres en France auprès de plus de 500 personnes, à notre connaissance.

b) Objectifs principal et secondaires

L'objectif principal de la recherche est de décrire les problématiques de santé et d'accès aux soins rencontrées par les personnes transgenres en France aujourd'hui.

Les objectifs secondaires sont :

- Identifier les freins à l'accès aux soins primaires pour les personnes transgenres en France aujourd'hui.
- Evaluer l'intérêt à améliorer l'accompagnement des personnes trans par les médecins

généralistes en confrontant les problématiques identifiées aux rôles attendus d'un·e médecin généraliste.

Les objectifs primaire et secondaires étant descriptifs et exploratoires, nous n'avons pas émis d'hypothèses les concernant.

II. MATERIELS ET METHODES

A. DESCRIPTION DE L'ENQUETE

1. Type d'étude

L'enquête Santé des Personnes Transgenres 2021 est une étude observationnelle descriptive transversale quantitative multicentrique, réalisée par questionnaires auto-administrés, anonyme et sur la base du volontariat.

Les participant·e·x·s pouvaient répondre du 15 juin au 30 septembre 2021.

2. Construction et structure du questionnaire

a) Construction du questionnaire

Une première version du questionnaire a été rédigée par l'investigatrice à l'issue d'un travail de bibliographie médicale traditionnel réalisé en amont au cours de l'année 2020. Il a également été inspiré par un travail d'observation auprès des sites internet des associations de personnes transgenres des 10 plus grandes villes de France afin d'évaluer quelles étaient les demandes de ces associations en matière de recherche épidémiologiques. Pour la formulation des questions, l'investigatrice s'est inspirée de questionnaires déjà existants : EGALe-MG de Thibault Jedrzejewski sur la santé gaie et lesbienne de 2016 (73), « Comment ça va ? » questionnaire de la LMDE de 2014 sur la santé des étudiants, le score EPICES permettant d'évaluer la précarité (87), le questionnaire téléphonique du Baromètre Santé Publique 2016, le questionnaire de santé de la CPAM de Haute-Savoie, le questionnaire d'entrée renseigné au CeGIDD du CHU de Montpellier, l'enquête de l'association de personnes transgenres lyonnaise Chrysalide « Santé trans 2011 » (68), le questionnaire « Trans Needs Assessment Survey » de 2014 réalisé par l'association Canadian Aids Society.

L'investigatrice a également utilisé le guide rédigé par la Canadian Aids Society « L'inclusion des personnes trans dans divers formulaires » (88), ainsi que les conseils présentés dans l'article paru dans la revue E-respect de l'Université de Toulouse en novembre 2012 intitulé « Construire une enquête par questionnaire » (89). Elle s'est également aidée du cours en ligne

de l'Université de Montpellier « Aide à la réalisation d'une étude quantitative » ainsi que de l'ouvrage « Le questionnaire » de François de Singly (90).

b) Relecture et révision du questionnaire

Cette première version du questionnaire a été présentée à 5 personnes transgenres volontaires en vue de l'améliorer. Ces 5 personnes étaient des hommes transgenres et 4 d'entre eux travaillaient au sein de différentes associations militantes pour les droits des personnes transgenres ou LGBTQI et ils avaient entre 19 et 35 ans. Les associations en question étaient Rita (Grenoble), Fierté Pride Montpellier, Aides Montpellier et Transat (Marseille).

Cette relecture du questionnaire a permis de reformuler certaines questions, d'ajouter des options de réponses dont parfois l'option « autre » à plusieurs d'entre elles, de réévaluer la sécurité du questionnaire pour les futur·e·x·s répondant·e·x·s. Certaines questions abordant le profil des répondant·e·x·s ont été supprimées car considérées comme inappropriées, telles que celles demandant le statut marital et l'orientation sexuelle des répondant·e·x·s. Une réduction du nombre de questions a ensuite été réalisée avec l'aide du directeur de recherche de l'investigatrice avant l'envoi définitif du questionnaire pour validation par le comité de protection des personnes.

c) Nombre et type de questions

La version finale du questionnaire était composée de 68 à 152 questions. Seules les trois premières questions étaient à réponse obligatoire, car elles vérifiaient que le·la répondant·e·x·s entrait dans les critères d'inclusion de l'étude. Elles concernaient l'âge, le fait de s'identifier comme personne transgenre et le fait de vivre France métropolitaine ou outre-mer au moment de renseigner le questionnaire.

Toutes les autres questions laissaient la possibilité de ne pas répondre, soit en cochant la case « Je ne souhaite pas répondre », soit en ne cochant aucune case.

Il était toujours possible de revenir sur les questions précédentes et il était également possible de quitter le questionnaire et de le poursuivre dans un deuxième temps en rouvrant la page internet.

La dernière question était une question ouverte proposant d' « ajouter quelque chose ou faire une remarque ».

Concernant les questions à branchement conditionnel, c'est-à-dire que la question s'affichait ou non en fonction des réponses aux questions précédentes : lorsque la personne avait coché « Je ne souhaite pas répondre », nous avons considéré que la.le répondant·e·x ne souhaitait pas être interrogé·e·x sur ce sujet et la question suivante en rapport avec cette question n'apparaissait pas.

d) Temps de réponse

Le questionnaire a été chronométré chez 6 participant·e·x·s-tests et le temps de réponse moyen était de 30 minutes.

e) Organisation du questionnaire et questions

Le questionnaire était composé de 6 parties.

(1) « Mieux vous connaître »

Cette partie recueillait les données socio-démographiques des répondant·e·x·s, des données sur l'entourage, sur la transphobie et les discriminations vécues.

(2) « Votre santé générale »

Cette partie abordait les thèmes de l'accès aux soins, l'activité sportive, une auto-évaluation de son propre état de santé physique, les vaccinations réalisées, le sujet de la pandémie de COVID 19 et des confinements, les dépistages de cancers, les médicaments pris.

(3) « *Votre santé relative à la sexualité* »

Cette partie abordait les soucis de santé liés à la sphère uro-génitale, les sujets des Infections Sexuellement Transmissibles (IST), les pratiques sexuelles à risques et celles permettant de diminuer le risque de transmission d'IST, la contraception, la question du suivi gynécologique.

(4) « *Vos consommations* »

Cette partie abordait le sujet des consommations d'alcool, tabac et drogues.

(5) « *Votre bien-être mental* »

Cette partie abordait la question d'accès aux soins de santé mentale, des questions abordant les troubles du sommeil, les troubles du comportement alimentaire et les antécédents de maladies psychiatriques, d'idées suicidaires ainsi que d'actes auto-agressifs.

(6) « *Votre santé liée à votre transition* »

Dans cette partie, les 3 premières questions demandaient quelles actions avaient été réalisées en lien avec la transition sociale, médicale et juridique. Les questions suivantes découlaient des réponses, avec les questions du suivi médical et du parcours de soin, des questions concernant les actes médicaux réalisés, la satisfaction et les effets indésirables qui avaient pu survenir.

f) Accessibilité et sécurité du questionnaire

Dans un objectif d'inclusion de personnes non francophones, l'investigatrice avait pris l'initiative de traduire le questionnaire en anglais, avec l'aide d'une collègue de travail anglophone ainsi que celle, précieuse, d'une personne appartenant à la communauté transgenre montpelliéraine.

Des « Trigger Warning » ou avertissements ont été mis en place à l'approche de questions abordant des sujets sensibles tels que les violences hétéro ou auto-agressives afin de préparer les répondant·e·x et de leur proposer de passer ces questions. Chaque répondant·e·x devait ainsi confirmer avoir lu le message et désirer poursuivre sa lecture pour accéder à ces questions. Ces avertissements étaient au nombre de 2 à 3 sur la totalité du questionnaire en fonction des réponses.

Sur la page qui apparaissait après avoir terminé et envoyé le questionnaire, il apparaissait un court message invitant à contacter une ligne d'écoute téléphonique en cas de sensation de mal-être après avoir complété le questionnaire. Ce message est disponible en Annexe 6, sur la dernière page du questionnaire.

3. Mise en ligne

a) Logiciel de mise en ligne, hébergement, financement

Le questionnaire a été réalisé avec le logiciel LimeSurvey, disponible gratuitement. Il a été mis en ligne gratuitement sur la plateforme d'hébergement LimeService à l'adresse suivante: <https://santedespersonnestrans2021.limequery.com/625113>. Limeservice proposait une centaine de réponses par mois gratuitement. L'investigatrice s'est abonnée pour obtenir entre 101 et 1000 réponses par mois du 15 juin au 30 septembre 2021, pour un total de 136 euros.

Les données hébergées sur LimeService ne peuvent être utilisées que par l'utilisatrice. LimeService ne peut pas utiliser ces données sauf après consentement de l'utilisatrice. Les conditions d'utilisation et de protection des données sont disponibles sur le site de LimeSurvey.

b) Anonymat et protection des données sur le site

L'anonymat des répondant·e·x·s était garanti par LimeSurvey et par le logiciel LimeService. L'adresse IP des répondant·e·x·s n'était pas transmise à l'investigateur. Seuls la date, l'heure et l'ordre des réponses étaient enregistrés et transmis. Aucune question ne demandait explicitement d'identifier le·la répondant·e·x.

A propos de la protection des données et de la vie privée, un message automatiquement généré par le site hébergeur apparaissait sur la page d'accueil du questionnaire :

« Remarque sur la protection de la vie privée

Ce questionnaire est anonyme. L'enregistrement de vos réponses à ce questionnaire ne contient aucune information permettant de vous identifier, à moins que l'une des questions ne vous le demande explicitement. Si vous avez utilisé un code pour accéder à ce questionnaire, soyez

assuré qu'aucune information concernant ce code ne peut être enregistrée avec vos réponses. Il est géré sur une base séparée où il sera uniquement indiqué que vous avez (ou non) finalisé ce questionnaire. Il n'existe pas de moyen pour faire correspondre votre code à vos réponses sur ce questionnaire. »

4. Informations données aux répondant·e·x·s

La page d'accueil du questionnaire, disponible en Annexe 1, comportait une introduction expliquant ce qu'était le questionnaire, avec le plan du questionnaire présentant les sujets abordés.

Sur la page suivante apparaissait la lettre d'information et le recueil de non opposition à participer à l'enquête, rédigés par l'investigatrice. La case « Je souhaite participer à l'enquête » devait obligatoirement être cochée pour accéder au questionnaire, la traçabilité de la non opposition était ainsi assurée pour chaque participant·e·x.

5. Financement

L'investigatrice n'a reçu aucun financement extérieur. Tous les frais ont été à sa charge.

6. Ethique et protection des données, comité de protection des personnes

Le délégué à la protection des données personnelles d'Université de Montpellier a été contacté et a affirmé à l'investigatrice que l'enquête étant strictement anonyme, il n'était pas nécessaire de faire une déclaration à la CNIL.

S'agissant d'une enquête de type Recherche Impliquant la Personne Humaine de classe 3 (RIPH 3), la validation du questionnaire par un Comité de Protection des Personnes (CPP) était requise.

Une demande d'évaluation par un CPP a ainsi été réalisée et c'est le CPP IDF (Ile-de-France) IV qui a été tiré au sort. Afin de valider le questionnaire, le comité a demandé la modification de la

lettre d'information essentiellement pour apporter plus de clarté quant à l'anonymat du questionnaire. Le comité a également proposé l'ajout du « ·x » dans l'écriture afin que le texte soit inclusif également pour les personnes trans non-binaires qui répondraient au questionnaire. Ces modifications faites, le comité de protection des personnes a validé le projet le 12 mai 2021.

La recherche a été enregistrée au numéro RCB 2021-A01108-33. Le questionnaire d'auto-évaluation validé par le CPP est présenté en Annexe 5.

B. POPULATION

1. Mode d'échantillonnage

L'enquête a été diffusée sur internet, en accès libre. La participation se faisait sur la base du volontariat, par auto-administration du questionnaire. La diffusion de l'enquête était réalisée majoritairement sur les réseaux sociaux, par des pages d'associations communautaires trans, trans-friendly et LGBTQIA+.

2. Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion étaient :

- Être majeur·e·x
- S'identifier comme personne transgenre
- Résider en France métropolitaine ou outre-mer.

Il n'y avait pas de critères d'exclusion mais le questionnaire étant disponible seulement en français et en anglais, les personnes ne maîtrisant pas ces langues risquaient d'avoir des difficultés à y répondre.

3. Nombre de sujets nécessaires

S'agissant d'une étude descriptive, le calcul du nombre de sujets nécessaires n'était pas indispensable. Au vu de la taille de la population transgenre en France, l'investigatrice attendait un minimum de 300 réponses pour obtenir une puissance statistique satisfaisante.

C. DIFFUSION

1. Période du recueil de données

Le questionnaire a été activé en ligne le 15 juin 2021, soit 1 mois environ après validation par le comité de protection des personnes. Des ajustements avaient été nécessaires afin d'adapter le questionnaire rédigé sur Word à la version en ligne. Il avait été prévu initialement que le recueil de données durerait 3 mois, et serait donc réalisé du 15 juin au 15 septembre 2021. Devant l'opportunité d'obtenir plus de réponses avec la rentrée universitaire, l'investigatrice ainsi que son directeur de recherche ont pris la décision d'étendre le recueil de données au 30 septembre 2021.

2. Graphisme, flyers

Un flyer virtuel et un flyer papier de l'enquête ont été réalisés à titre gracieux par la graphiste Stéphanie Beuf, en collaboration directe avec l'investigatrice. Le flyer comprenait un QR code renvoyant directement sur l'adresse internet du questionnaire.

3. Mode de diffusion

a) Stratégie de mobilisation

L'investigatrice a dans un premier temps cherché à identifier les acteur·rice·s à mobiliser pour assurer la diffusion du questionnaire : il en a résulté que les actrices les plus pertinentes à mobiliser apparaissaient être les différentes structures en contact avec les personnes trans, à savoir en majorité les associations d'autosupport, les associations LGBTQIA+ et trans-friendly, ainsi que les associations et structures ayant pour vocation l'accompagnement médical des personnes trans.

Un email de contact a ainsi été envoyé à ces associations et structures. Dans chaque email l'investigatrice invitait les personnes contactées à échanger autour du projet, par email, téléphone ou visio, et sauf concernant ceux partis en direction de l'outre-mer, en se rencontrant. Les rencontres ont eu lieu à chaque fois que cela était possible.

b) Diffusion par emails

La première salve de diffusion de l'enquête a été réalisée par emails, envoyés le jour du lancement de l'enquête aux associations de personnes transgenres des 10 plus grandes villes de France. Cet email de contact se trouve en annexe 2. Cette première diffusion a abouti à la diffusion du questionnaire sur les réseaux sociaux, essentiellement sur Facebook et parfois Instagram et Discord selon les associations. Un effet boule de neige a été observé sur Facebook. Dans un deuxième temps et pour une plus grande diversité des réponses, l'investigatrice a contacté une grande majorité des associations de personnes transgenres basées en France et visibles sur les réseaux sociaux. Dans un troisième temps, l'investigatrice a également contacté un grand nombre d'associations LGBTQI et LGBTQI-friendly situées en France métropolitaine et outre-mer. Pour une plus grande représentativité des réponses, elle a ensuite contacté des associations de plus petites villes afin d'inclure les répondant·e·x·s de milieux ruraux. Chaque association s'est vu proposer de recevoir un lot de flyers papiers.

c) Diffusion sur Facebook

Un post public (Annexe 1) avait été rédigé sur Facebook par l'investigatrice, afin que les associations, collectifs et les personnes intéressées puissent le partager directement sur leurs comptes. Cette publication apposée au flyer virtuel indiquait les objectifs de l'enquête, les critères d'inclusion, ainsi que l'appartenance de l'investigatrice à la communauté LGBTQI montpelliéraine. Le post a été partagé sur Facebook par des associations de personnes transgenres, des associations LGBTQI et des associations et collectifs trans-friendly tels que les centres de planification familiale de différentes villes.

Au total au 30/09/21, 51 associations trans et trans-friendly avaient diffusé le questionnaire sur les réseaux sociaux, dont 16 associations de personnes transgenres. Sur Facebook, en termes de visibilité, cela représentait environ 13800 abonné·e·x·s via les associations de personnes transgenres, 76000 abonné·e·x·s environ via les associations trans-friendly et LGBTQI. Il faut prendre en considération le fait que les mêmes personnes étaient souvent abonnées aux pages de plusieurs associations. Au total, au 30/09/2021, la publication originale avait été partagée 185 fois.

Les associations qui ont participé à la diffusion du questionnaire étaient, dans l'ordre alphabétique: 1001 transitions, Accept Saint Gaudens, ACGLSF, Act up Sud-Ouest, Agir pour les LGBTQ+, Alertes Aveyron, Association Trans-Santé France, ATTO (Association Trans Toulousaine et Occitane), Belles et trans, Bi'cause, Bienvenue Chez Vous LGBT, C'est pas mon genre, Clar-T, Centre LGBT de Nice, Centre LGBT de Normandie, Centre LGBT de Paris, Centre LGBT du Poitou, Centre LGBTI de Saint-Lô, Centre LGBTI de Touraine, Centre LGBT de Vendée, Collectif 106, Comité IDAHO France, Ecce homo, Equinoxe, Ex aequo, Fierté Montpellier Pride , Freedom 05, GAGL 45, GETIN, Girofard, Grey pride, Iskis centre LGBT de Rennes, La Langouste à Bretelles, Les Ti'Elles , Licorne 66, Lim'bow, Outrans, Paroles Trans Reims, Planning Familial de Grenoble, Planning Familial d'Ille-et-Vilaine, Planning Familial d'Issy-les-Moulinots, Planning Familial de la Réunion, Planning Familial de la Sarthe, Queer'Amann, Reboo-T, Rita, Support Your Local Girl Gang , Santé sexuelle et affective des personnes LGBT, Transat, Trans mixité internationale, TPG de Toulouse.

d) Diffusion par les flyers papiers

Chaque email envoyé aux associations et collectifs comportait une proposition de recevoir un lot de flyers papiers (Annexe 4). Au total, au 30/09/21 une vingtaine d'associations avaient reçu les flyers, ainsi que deux lieux festifs trans-friendly parisiens et une librairie montpelliéraine.

D. ANALYSE ET TRAITEMENT DES DONNEES

1. Type d'analyse

Aucun questionnaire n'a été étudié indépendamment des autres, les résultats étaient toujours étudiés de façon agrégée. L'analyse était essentiellement descriptive.

Un questionnaire était considéré comme commencé lorsque le-la répondant-e-x avait rempli les 3 premières questions (obligatoires). Un questionnaire était considéré comme complet lorsque toutes les questions avaient été affichées, et que la personne avait cliqué sur le bouton « envoyer les réponses ». Un questionnaire était considéré comme incomplet lorsque la personne n'avait pas atteint la dernière page du questionnaire.

2. Plan d'analyse

L'analyse statistique était faite en 3 temps, permettant de détacher les problématiques de santé et d'accès aux soins rencontrées les plus importantes et les variables qui leur sont associées :

1. Analyse descriptive de la population répondante : description de l'échantillon.
2. Analyse descriptive des problématiques de santé et d'accès aux soins rencontrées par les répondant-e-x-s. Présentation des résultats sous forme de données agrégées.
3. Recherche de variables associées pouvant expliquer les problématiques rencontrées.

Pour la recherche d'associations entre 2 et entre 3 variables, un test de Chi² était utilisé. Le seuil de significativité était $p < 0,05$.

E. RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

La recherche bibliographique a été réalisée en plusieurs temps : d'abord la recherche de données médicales concernant la santé globale des personnes transgenres, quelles que soient les disciplines médicales concernées, sur le plan international.

Dans un deuxième temps, la recherche a été axée sur des spécificités de santé décrites au sein de la population transgenre.

Dans un troisième temps, la recherche a été orientée sur l'accès aux soins des personnes transgenres.

Enfin, un travail de recherche des travaux réalisés sur le territoire français a été réalisé, essentiellement à partir de travaux de chercheur·se·x·s en sociologie et de travaux de thèses de psychologie et de médecine générale, ainsi que quelques articles parus dans les revues de presse médicale française.

Un travail de recherche au sein des ressources communautaires était également réalisé en parallèle. Ce travail visait à évaluer les besoins et les priorités sanitaires rapportés par les associations de personnes transgenres, afin d'identifier les informations les plus importantes à recueillir.

Ce travail de recherche bibliographique a été réalisé à l'aide des outils suivants :

- Moteur de recherche PubMed
- Catalogue CISMef (Catalogue et Index des Sites Médicaux de Langue Française)
- Le catalogue du SUDOC (Système Universitaire de Documentation) qui recense l'ensemble des thèses produites en France.

Une partie du travail de recherche a été réalisée à l'aide de la Bibliothèque Universitaire de Lettres de Montpellier ainsi que des ressources personnelles de l'investigatrice.

Concernant le moteur de recherche Pubmed et le catalogue SUDOC, les mots-clés utilisés étaient en anglais et en français :

« transgender persons » (« personnes transgenres »), « transidentity » (« transidentité »), « LGBT », « MTF » (« Male to Female »), « FTM » (« Female to Male »).

Ces mots-clés MeSH étaient ensuite associés aux mots-clés « health status » (« état de santé »), « global health » (« santé générale »), « mental health » (« santé mentale »), « drugs adverse effects » (« effets indésirables des traitements ») « cancer » , « STD » (sexually transmitted diseases, infection sexuellement transmissibles), « surgeries » (« chirurgies »), « access to care » (« accès aux soins »), « hormone treatment » (« traitement hormonal ») « veterans » (« personnes âgé·e·x·s »), « health care » (« prise en charge en santé »), « primary care » (« soins primaires »), « general practice » (« médecine générale »).

III. RESULTATS

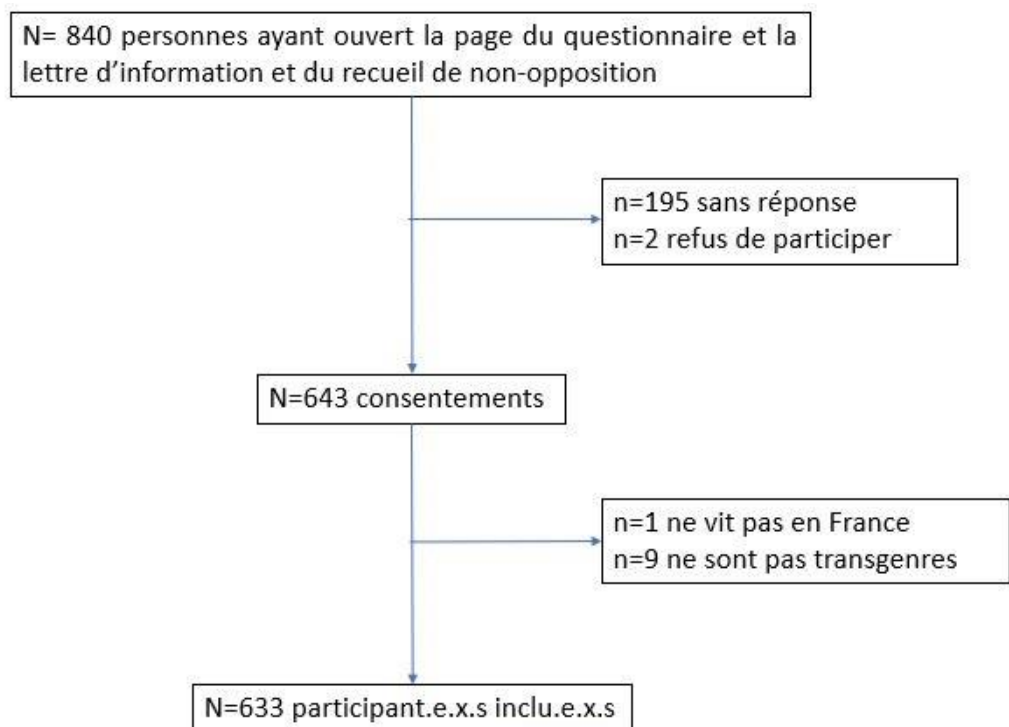
Au total, 840 questionnaires ont été ouverts par les répondant·e·x·s sur la période de mise en ligne. Sur ces 840 questionnaires ouverts, 633 (75.4%) personnes ont été incluses dans l'étude et 501 (59.6%) questionnaires ont été entièrement remplis et validés (questionnaires complets). 132 (15.7%) étaient incomplets car quittés avant la fin. Nous avons intégré les réponses de toutes les personnes incluses dans l'étude car elles avaient donné leur consentement et commencé à répondre au questionnaire. Ainsi le nombre de réponses obtenues est dégressif au fur et à mesure de l'avancée dans le questionnaire pour arriver dans les dernières questions à 501 réponses.

Le diagramme de flux est présenté en Figure 1.

Le QR code a été flashé en tout 121 fois, du 15 juin au 30 septembre 2021.

La version anglaise du questionnaire a été choisie par 4 personnes sur les 840 qui avaient ouvert le questionnaire.

Figure 1. Diagramme de flux



Présentation des résultats

Les résultats seront toujours présentés en fonction du total des répondant·e·x·s ayant répondu à la question concernée.

Certains résultats seront présentés en fonction du genre des participant·e·x·s et parfois en fonction du « sexe » qui leur avait assigné à la naissance.

Le chercheur en sciences sociales A. Giami écrivait en 2010 (76) que l'utilisation de l'identité de genre revendiquée apparaissait plus appropriée que l'état civil à la naissance « pour comprendre la diversité des conduites et des trajectoires des personnes trans ».

Nous avons donc choisi de présenter l'identité de genre plutôt que l'assignation de sexe à la naissance pour décrire la majorité résultats, exception faite lorsque nous avons parlé des effets indésirables des hormones ou des dépistages réalisés. Dans ces cas précis nous avons présenté les résultats en fonction du « sexe » qui avait été assigné à la naissance car les questions concernaient alors des hormones et organes différents.

Lorsque nous avons réparti les résultats en fonction de l'âge, nous avons séparé les répondant·e·x·s en 2 catégories d'âge : les personnes de 18 à 25 ans et les personnes de plus de 26 ans.

Certains résultats n'ont pas été analysés car ils n'étaient pas interprétables, soit du fait d'un taux de réponse faible soit parce que la question était finalement considérée comme « mal formulée » au moment de l'analyse. Par exemple, une des questions que nous n'avons pas analysées demandait à quand remontait le dernier vaccin réalisé en dehors de celui contre la COVID19. Nous avons imaginé pouvoir en déduire si les personnes étaient à jour ou non concernant les vaccinations obligatoires mais cette donnée n'était finalement pas interprétable.

Certaines réponses ont été fusionnées et recodées dans le but d'améliorer la lisibilité des résultats. Nous avons par exemple, après avoir présenté la répartition des différentes catégories socio-professionnelles au sein de la population répondante, recodé et fusionné ensemble les activités professionnelles déclarées. Lorsqu'elles ont été réalisées ces fusions sont précisées dans la description des résultats.

A. Caractéristiques de la population répondante

1. Caractéristiques sociodémographiques

Les caractéristiques sociodémographiques des répondant·e·x·s sont détaillées dans le tableau 1, partie H.

a) Identité de genre et sexe assigné à la naissance

La question « Parmi les identités suivantes, quelle est ou quelles sont celles qui vous correspondent le mieux ? » proposait de choisir plusieurs réponses. Nous avons ainsi fait émerger 5 identités de genre différentes : les hommes transgenres, les femmes transgenres, les personnes transgenres trans non-binaires, les hommes transgenres et non-binaires, les femmes transgenres et non-binaires.

La population ayant répondu à notre enquête est constituée d'une majorité de personnes transmasculines : 255 (45.1%) d'hommes trans et hommes trans non-binaires, par rapport aux personnes transféminines : 190 (33.8%) de femmes trans et femmes trans non-binaires, ce qui représente 191 (33.8%) personnes trans non-binaires au total.

6 personnes avaient déclaré être intersexes. Bien qu'il ne s'agisse pas d'une identité de genre, nous avons posé cette question ici, considérant l'intersexuation sous l'angle de l'identité et de la culture intersexes, dans le sens où l'écrivait le militant intersexe Vincent Guillot en 2008 (91).

Afin de décrire les résultats en fonction de l'identité de genre des répondant·e·x·s nous avons distingué 3 identités de genre : hommes trans, femmes trans et personnes trans non-binaires. Dans ce but lorsque les personnes avaient coché un genre binaire ils-elle étaient rattachées à cette identité. Cette décision a été prise dans le seul but d'assurer la lisibilité des résultats, qui était fortement altérée lorsque l'on gardait ces 5 groupes d'identités de genre et n'entend pas remettre en question la légitimité des personnes s'identifiant à la fois sous un genre binaire et non-binaire.

Concernant le « sexe » assigné à la naissance, les résultats montraient une majorité de personnes assignées femmes à la naissance : 330 personnes (58.5%) contre 221 personnes assignées hommes à la naissance (39.1%).

a) Age

La médiane d'âge de la population répondante est de 26 ans avec des écarts interquartiles à 25% et 75% respectivement de 22 et 33 ans. Les personnes interrogées avaient entre 18 et 71 ans.

L'âge des répondant·e·x·s était réparti différemment en fonction du genre : il apparaissait de manière statistiquement significative que les hommes trans et les personnes trans non-binaires interrogé·x·s dans le cadre de notre étude étaient plus jeunes que les femmes trans : 54.3% (n=138) des hommes trans et 47.1% (n=56) des personnes trans non-binaires étaient âgé·x·s de moins de 25 ans, contre 32.8% (n=62) des femmes trans, avec un $p < 0.001$ au test de Chi2.

b) Nationalité

Sur les 564 personnes qui avaient affiché la question abordant leur nationalité, 550 personnes soit 97.5% des répondant·e·x·s avaient déclaré avoir la nationalité française, 12 personnes soit 2.1% répondant·e·x·s avaient répondu ne pas avoir la nationalité française. 2 personnes soit 0.4% des interrogé·e·x·s n'avaient pas souhaité répondre à cette question.

c) Dernier diplôme obtenu

Le niveau d'étude de la population répondante était le suivant :

- 479 personnes (84.6%) avaient le baccalauréat
- 315 personnes (55.6%) avaient accompli au moins un premier cycle universitaire (licence) ou équivalent
- 28.3% (n=160) avaient identifié la licence comme leur dernier diplôme obtenu
- 23.1% (n=131) avaient identifié le master comme leur dernier diplôme obtenu

- 4.2% (n=24) des répondant·e·x·s avaient passé un doctorat
- 29% (n=164) avaient identifié le baccalauréat comme leur dernier diplôme obtenu
- 6.9% (n=39) des répondant·e·x·s avaient réalisé un CAP ou un BEP
- 4.1% (n=23) avaient identifié le brevet des collèges comme le dernier diplôme obtenu.

Il n'existait pas de différence statistiquement significative de répartition des diplômes en fonction du genre des répondant·e·x·s : $p = 0.504$ après test de Chi2.

d) Catégories socio-professionnelles et activité professionnelle

Les répondant·e·x·s appartenaient à des catégories socio-professionnelles variées, qui sont décrites dans le tableau 1, partie H. Les répondant·e·x·s pouvaient choisir plusieurs catégories socio-professionnelles ou sources de revenus différentes.

- 0.4% (n=2) des répondant·e·x·s étaient exploitant·e·x·s agricole·x·s
- 1.9% (n=11) des répondant·e·x·s étaient commerçant·e·x·s et chef·fe·x·s d'entreprise
- 2.6% (n=16) de la population étaient cadres ou exerçaient une profession intellectuelle supérieure
- 3.2% (n=18) des répondant·e·x·s exerçaient une profession intermédiaire
- 21.1% (n=120) des répondant·e·x·s étaient employé·e·x·s
- 3.9% (n=22) des répondant·e·x·s étaient ouvrier·ère·x·s
- 24.3% (n=138) des répondant·e·x·s étaient sans emploi.
- 3.9% (n=22) des répondant·e·x·s exerçaient un travail non déclaré dont 17 personnes étaient travailleur·se·x·s du sexe, soit 3% de la population répondante.
- 26.7% soit plus d'un quart des répondant·e·x·s étaient étudiant·e·x (n=152).

Nous avons ensuite recodé ces catégories pour rendre plus visible l'activité des répondant·e·x·s. Ainsi il apparaissait que :

- 49.2% (n=280) des répondant·e·x·s avaient une activité professionnelle déclarée
- 26.7% (n=152) des répondant·e·x·s étaient étudiant·e·x·s
- 24.3% (n=138) des répondant·e·x·s n'avaient pas d'activité professionnelle en cours
- 3.9% (n=22) des répondant·e·x·s exerçaient un travail non déclaré.

Après test de Chi2 il apparaissait une différence statistiquement significative concernant l'activité professionnelle des répondant·e·x·s : les femmes trans étaient moins souvent étudiantes et avaient plus souvent un travail déclaré que les hommes trans et les personnes trans non-binaires, avec un $p = 0.001$.

La proportion de femmes trans étudiantes était de 14.6% (n=26), contre 34.6% (n=83) chez les hommes trans et 29.6% (n=32) chez les personnes trans non-binaires. La proportion de femmes trans exerçant une activité professionnelle déclarée était de 53.4% (n=95), contre 39.6% (n=95) chez les hommes trans et 40.7% (n=44) chez les personnes trans non-binaires.

e) Lieu de vie

Les répondant·e·x·s habitaient pour la grande majorité en milieu urbain :

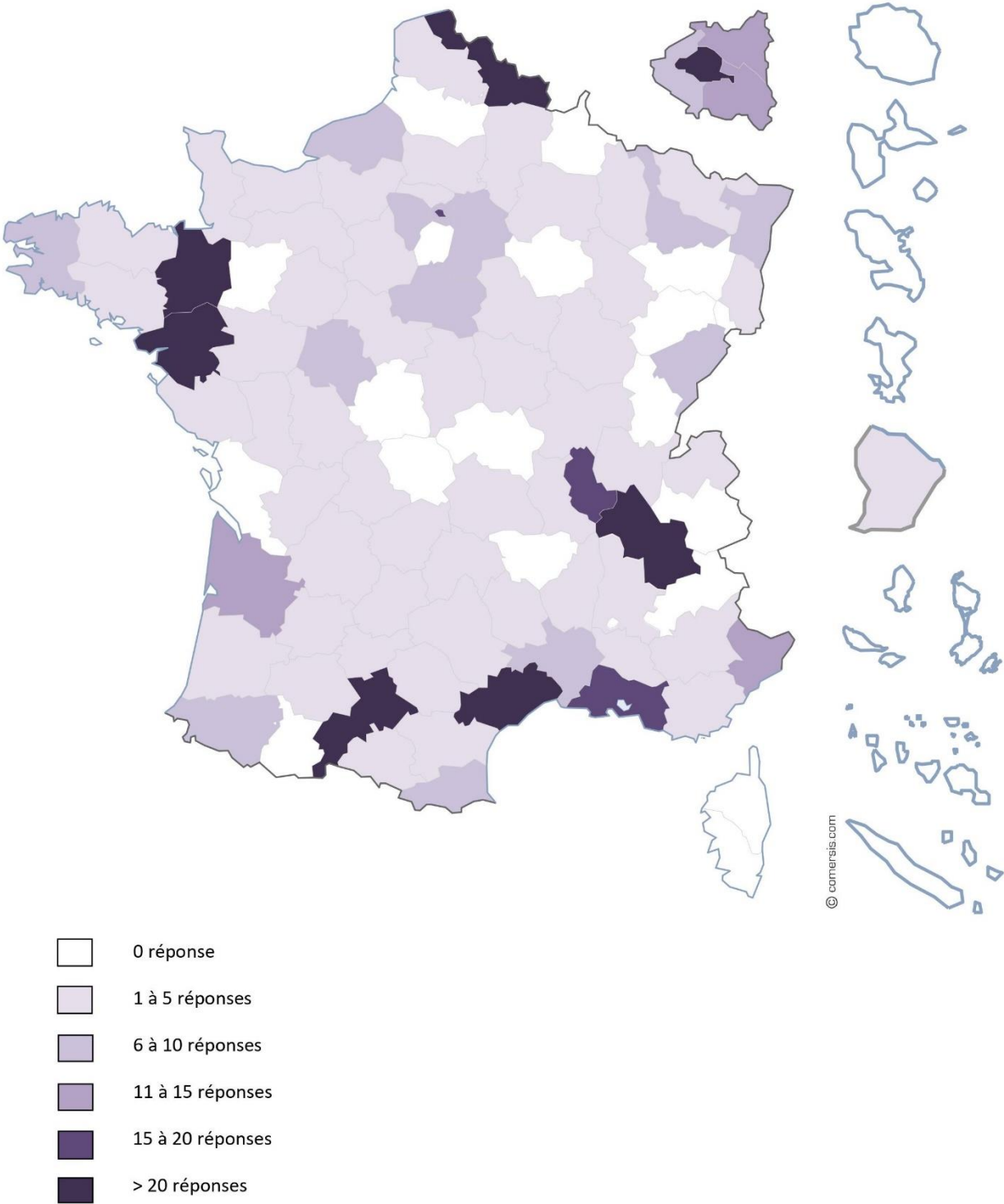
- 73.6% (n=416) vivaient en milieu urbain
- 14.1% (n=80) vivaient en milieu semi-rural
- 11.5% (n=65) vivaient en milieu rural.
- 0.7% (n=4) des personnes avaient coché la réponse autre.

Après test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative concernant le milieu de vie des répondant·e·x·s en fonction de leur genre, avec un $p = 0.779$.

f) Répartition des répondant·e·x·s par département

Les répondant·e·x·s étaient invité·e·x·s à renseigner le département de leur lieu de vie actuel. Nous avons ainsi établi une carte de la répartition des participant·e·x·s à l'étude. Nous avons reçu au moins 1 réponse de 78 départements sur les 101 de France métropolitaine et outre-mer. Les départements desquels nous avons reçu le plus de réponses sont : l'Ille-et-Vilaine (44 réponses), la Loire-Atlantique (40 réponses), la Haute-Garonne (39 réponses) et l'Hérault (37 réponses). La répartition des provenances des réponses est représentée sur une carte des départements, Figure 2, page suivante.

Figure 2. Carte de provenance des réponses



2. Environnement social des répondant·e·x·s

Nous avons abordé la question de l'environnement social des répondant·e·x·s à travers l'étude de la stabilité financière et du lieu de vie dans un premier temps, puis via l'abord des caractéristiques de l'entourage. Ces données sont présentées dans le tableau 2, partie H.

a) Stabilité – sécurité

(1) *Situation financière*

Afin d'évaluer la situation financière des répondant·e·x·s nous leur avons demandé s'ils-elles rencontraient de réelles difficultés financières pour faire face à leurs besoins et si oui à quelle fréquence. Cette question est inspirée du score EPICES, qui est un indicateur de précarité (87).

(a) *Présence de difficultés financières*

Ainsi concernant les difficultés financières : sur les 565 personnes ayant abordé cette question, environ un tiers des répondant·e·x·s (34.3%, n=194) déclaraient rencontrer de réelles difficultés financières pour faire face à leurs besoins.

Après test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative concernant la déclaration de difficultés financières en fonction du genre et de l'âge des répondant·e·x·s, avec respectivement $p = 0.798$ et $p = 0.174$.

(b) *Fréquence des difficultés financières*

Parmi les personnes concernées par les difficultés financières, 17.5% (n=34) rapportaient présenter ces difficultés « Tout le temps », 40.2% (n=78) rapportaient présenter ces difficultés « Souvent » et autant de personnes rapportaient présenter ces difficultés « Occasionnellement ».

(2) Stabilité du logement

Afin d'évaluer la stabilité de logement des répondant·e·x·s nous leur avons demandé s'ils-elles avaient déménagé au cours des 12 derniers mois et combien de fois cela était arrivé.

37.6% des répondant·e·x·s, soit 212 personnes avaient déménagé au cours des 12 derniers mois. Parmi elles-eux, 66.7% avaient déménagé 1 seule fois (n=142) et 32.0% avaient déménagé 2 fois ou plus au cours des 12 derniers mois (n=68).

(3) Sécurité du logement

Nous avons demandé aux participant·e·x·s quel(s) avait(ent) été leur(s) lieu(x) de vie au cours des 12 derniers mois et nous avons posé une question abordant le ressenti des répondant·e·x·s concernant leur logement actuel.

(a) Lieu(x) de vie dans les 12 derniers mois

- 38.0% (n=216) des répondant·e·x·s étaient locataires et payaient seul·e·x·s leur loyer
- 20.0% (n=114) des répondant·e·x·s vivaient avec la famille dans laquelle ils-elles avaient grandi
- 19.7% (n=112) des répondant·e·x·s étaient locataires et partageaient leur loyer avec d'autres personnes
- 16.0% (n=91) des répondant·e·x·s étaient locataires et partageaient le loyer avec leur(s) partenaire(s)
- 13.2% (n=75) des répondant·e·x·s étaient propriétaires de leur logement
- 3.3% (n=19) des répondant·e·x·s avaient vécu avec leur partenaire qui payait seul·e·x le loyer
- 2.8% (n=16) des répondant·e·x·s habitaient un logement social
- 1.9% (n=11) des répondant·e·x·s avaient été sans domicile fixe
- 0.7% (n=4) des répondant·e·x·s avaient vécu en institution
- 4.9% (n=28) des répondant·e·x·s avaient coché la réponse « Autre »

(b) Sécurité du logement, réponse aux besoins

- 54.1% (n=308) des répondant·e·x·s déclaraient se sentir bien dans leur logement actuel
- 57.5% (n=327) des répondant·e·x·s déclaraient que leur logement actuel correspondait à leurs besoins
- 47.6% (n=271) des répondant·e·x·s déclaraient se sentir en sécurité dans leur logement actuel
- 11.6% (n=66) des répondant·e·x·s avaient déclaré ne se sentir ni bien, ni en sécurité dans leur logement et que le logement ne correspondait pas à leurs besoins

Ainsi, plus de la moitié (52.3%, n= 298) des répondant·e·x·s n'avaient pas déclaré se sentir en sécurité dans leur logement actuel.

b) Caractéristiques liées à l'entourage

Les caractéristiques liées à l'entourage sont décrites dans le tableau 1, partie H.

(1) Engagement dans une relation affective

Une première question portait sur l'entourage proche des répondant·e·x·s : nous leur avons demandé s'ils-elles étaient engagé·e·x·s dans une ou plusieurs relation(s) sentimentale(s) et s'ils-elles vivaient avec leur(s) partenaire(s).

- 56.6% (n=322) des répondant·e·x·s étaient engagé·e·x·s dans une relation affective,
- 25.1% (n=143) des répondant·e·x·s cohabitaient avec leur(s) partenaire(s),
- 43.4% (n=247) des répondant·e·x·s étaient célibataires.

Après test de Chi², il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative concernant l'engagement ou non des répondant·e·x·s dans une relation affective en fonction du genre, avec un $p = 0.313$.

(2) Parentalité

(a) Personnes ayant eu des enfants

Nous avons ensuite demandé aux participant·e·x·s s'ils-elles avaient ou avaient eu des enfants : 9% (n=51) des répondant·e·x·s ont déclaré avoir ou avoir eu un ou des enfants.

Après test de Chi2, il apparaissait que les femmes trans avaient plus souvent eu des enfants que les hommes trans et les personnes trans non-binaires, de manière statistiquement significative avec un $p < 0.001$.

La proportion de femmes trans ayant eu des enfants était de 17.4% (n=33), contre 3.6% (n=9) des hommes trans et 7.5% (n=9) des personnes trans non-binaires.

(b) Désir d'enfant

Nous avons demandé aux participant·e·x·s s'ils-elles souhaitaient avoir des enfants.

- 48.4% (n=273) ont répondu ne pas souhaiter avoir d'enfants ou d'enfants supplémentaires
- 28.5% (n=161) ont répondu souhaiter avoir des enfants ou des enfants supplémentaires
- 21.8% (n=123) ont répondu ne pas savoir s'ils-elles souhaitaient avoir des enfants

Après test de Chi2, il apparaissait que les hommes trans avaient plus souvent un désir d'enfant(s) que les femmes trans et les personnes trans non-binaires, de manière statistiquement significative avec un $p=0.002$.

Ainsi, 35.4% (n=90) des hommes trans avaient répondu avoir un désir d'enfant(s), contre 25.8% (n=49) des femmes trans et 18.3% (n=22) des trans personnes trans non-binaires.

(3) Personne(s) ressource(s)

Dans notre questionnaire la personne ressource était décrite comme « une personne pouvant apporter une aide matérielle, un soutien moral ou héberger le-la répondant·e·x quelques jours en cas de coup dur ». Cette question était également inspirée du score EPICES.

- 79.6% (n=448) des répondant·e·x·s ont déclaré avoir au moins une personne ressource
- 49 personnes soit 8.7% des répondant·e·x·s ont déclaré n'avoir aucune personne ressource
- 64 personnes soit 11.4% n'étaient pas sûr·e·x·s d'avoir une personne ressource

Pour la majorité des répondant·e·x·s, les personnes ressources concernées faisaient partie de la famille ou du cercle amical : respectivement 73.9% (n=331) et 79.9% (n=331). Venaient ensuite les partenaires ou ex-partenaires avec 41.5% (n=186), puis les personnes de la communauté LGBTQIA+ avec 39.5% (n=177) et enfin les membres d'associations avec 13.4% (n=60).

Après test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative concernant le fait d'avoir une personne ressource en fonction de l'âge des répondant·e·x·s, avec $p = 0.499$.

Il apparaissait cependant une différence en fonction du genre des répondant·e·x·s : les hommes trans avaient plus souvent déclaré avoir une personne ressource que les personnes trans non-binaires et les femmes trans, de manière statistiquement significative avec un $p = 0.006$.

85.7% (n=216) des hommes trans avaient déclaré avoir une personne ressource, contre 78.2 (n=93) des personnes trans non-binaires et 73.2% (n=139) des femmes trans.

B. Vécus de violences et de discriminations

Les résultats aux questions concernant les vécus de violences et de discriminations sont présentés dans le tableau 3, partie H.

1. Points de rencontre de différentes stigmatisations

Afin d'aborder les violences vécues d'un point de vue intersectionnel, nous avons posé la question de vécus de violences basées sur différentes caractéristiques des répondant·e·x·s. Ces résultats sont décrits dans le tableau 3, partie H. Pour cette question nous avons proposé 9 caractéristiques parmi celles reconnues devant la loi comme pouvant faire l'objet de discriminations (56).

Ainsi, la moitié des répondant·e·x·s avaient coché au moins 2 ou plus de violences vécues basées sur leurs caractéristiques et 25% des répondant·e·x·s avaient coché 4 ou plus de stigmatisations vécues basées sur leurs caractéristiques.

a) Violences transphobes

74.7% (n=422) des participant·e·x·s ont déclaré avoir vécu des violences basées sur leur transidentité.

Après test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative concernant le fait d'avoir vécu des violences transphobes en fonction du genre, avec un $p = 0.323$.

b) Violences basées sur l'apparence physique

67.4% (n=381) des participant·e·x·s ont déclaré avoir vécu des violences basées sur leur apparence physique.

Après test de Chi2, il apparaissait que les hommes trans et les personnes trans non-binaires avaient plus souvent rapporté avoir vécu des violences basées sur leur apparence physique, de manière statistiquement significative avec un $p = 0.016$.

73.3% (n=188) des hommes trans et 66.4% (n=79) des personnes trans non-binaires avaient déclaré avoir vécu des violences basées sur leur orientation sexuelle, contre 61.0% (n=114) des femmes trans.

c) Violences basées sur l'orientation sexuelle

59.5% (n=336) des participant·e·x·s ont déclaré avoir vécu des violences basées sur leur orientation sexuelle.

Après test de Chi2, il apparaissait que les hommes trans et les personnes trans non-binaires avaient plus souvent rapporté avoir vécu des violences basées sur leur orientation sexuelle que les femmes trans, de manière statistiquement significative avec un $p < 0.001$.

67.8% (n=173) des hommes trans et 62.2% (n=74) des personnes trans non-binaires avaient déclaré avoir vécu des violences basées sur leur orientation sexuelle, contre 47.6% (n=89) des femmes trans.

d) Violences basées sur l'état de santé psychologique

41.8% (n=236) des participant·e·x·s ont déclaré avoir vécu des violences basées sur leur état de santé psychologique.

Après test de Chi2, il apparaissait que les personnes trans non-binaires et les hommes trans avaient plus souvent rapporté avoir vécu des violences basées sur leur état de santé psychologique, de manière statistiquement significative avec un $p < 0.001$.

51.3% (n=61) des personnes trans non-binaires et 46.3% (n=118) des hommes trans avaient déclaré avoir vécu des violences basées sur leur état de santé psychologique, contre 30.5% (n=57) des femmes trans.

e) Violences basées sur l'âge

16.5% (n=93) des participant·e·x·s ont déclaré avoir vécu des violences basées sur leur âge.

Après test de Chi2, il apparaissait que les personnes trans non-binaires et les hommes trans avaient plus souvent rapporté avoir vécu des violences basées sur leur âge, de manière statistiquement significative avec un $p=0.005$.

22.7% (n=27) des personnes trans non-binaires et 18.8% (n=48) des hommes trans avaient déclaré avoir vécu des violences basées sur leur âge, contre 9.6% (n=18) des femmes trans.

f) Violences basées sur la situation économique ou le lieu de résidence

14.2% (n=80) des participant·e·x·s ont déclaré avoir vécu des violences basées sur leur situation économique ou leur lieu de résidence.

Après test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative concernant le fait d'avoir vécu des violences basées sur la situation économique ou le lieu de résidence en fonction du genre, avec un $p = 0.666$.

g) Violences basées sur l'accent ou la maîtrise du français

4.4% (n=25) des participant·e·x·s ont déclaré avoir vécu des violences basées sur leur accent ou leur maîtrise du français.

Après test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative concernant le fait d'avoir vécu des violences basées sur leur accent ou leur maîtrise du français en fonction du genre, avec un $p = 0.706$.

h) Violences basées sur l'appartenance religieuse

3.7% (n=21) des participant·e·x·s ont déclaré avoir vécu des violences basées sur leur appartenance religieuse.

Après test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative concernant le fait d'avoir vécu des violences basées sur leur appartenance religieuse en fonction du genre, avec un $p = 0.250$.

i) Violences basées sur la couleur de peau

3.7% (n=21) des participant·e·x·s ont déclaré avoir vécu des violences basées sur leur couleur de peau.

Après test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative concernant le fait d'avoir vécu des violences basées sur leur couleur de peau en fonction du genre, avec un $p = 0.887$.

j) Aucune de ces violences

6.4% (n=36) des participant·e·x·s ont déclaré n'avoir vécu aucune de ces violences.

Après test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative concernant le fait de n'avoir vécu aucune des violences citées ci-dessus en fonction du genre, avec un $p = 0.304$.

k) Violences basées sur d'autres caractéristiques

8.8% (n=50) des participant·e·x·s ont coché la case « Autre » et renseigné d'autres caractéristiques sur lesquelles étaient basées d'autres violences vécues.

Parmi les réponses libres renseignées dans la case « Autres », 15 personnes rapportaient avoir vécu du sexisme et 9 personnes rapportaient avoir vécu des violences basées sur un handicap physique.

2. Violences basées sur la transidentité ou l'expression de genre

a) Types de violences transphobes

Ainsi, 74.7% (n=422) des participant·e·x·s avaient déclaré avoir déjà vécu des violences basées sur leur transidentité.

La question suivante demandait d'identifier les différentes violences vécues basées sur la transidentité ou l'expression de genre. Ces résultats sont décrits dans le tableau 3, partie H.

(1) *Harcèlement silencieux*

74.3% (n=420) des répondant·e·x·s ont déclaré avoir vécu du harcèlement silencieux. Dans le questionnaire, le harcèlement silencieux était décrit entre parenthèses comme : « regards hostiles, chuchotements ».

Après test de Chi², il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative concernant le fait d'avoir vécu du harcèlement silencieux en fonction du genre, avec un $p = 0.193$.

(2) *Harcèlement verbal*

62.0% (n=350) des répondant·e·x·s ont déclaré avoir vécu du harcèlement verbal.

Après test de Chi², il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative concernant le fait d'avoir vécu du harcèlement verbal en fonction du genre, avec un $p = 0.362$.

(3) *Intimidation physique ou menaces de violences physiques*

35.5% (n=195) des répondant·e·x·s ont déclaré avoir vécu une intimidation physique ou des menaces de violences physiques.

Après test de Chi², il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative concernant le fait d'avoir vécu des intimidations physiques ou des menaces de violences physiques en fonction du genre, avec un $p = 0.290$.

(4) *Violences physiques*

18.8% (n=106) des répondant·e·x·s ont déclaré avoir vécu des violences physiques.

Après test de Chi², il apparaissait que les femmes trans avaient plus souvent rapporté avoir subi des violences physiques transphobes, de manière statistiquement significative avec un $p=0.010$.

25.7% (n=48) des femmes trans avaient déclaré avoir vécu des violences physiques transphobes, contre 16.1% (n=41) des hommes trans et 13.5% (n=16) des personnes trans non-binaires.

(5) *Violences sexuelles*

14.9% (n=84) des répondant·e·x·s ont déclaré avoir subi une agression sexuelle.

Après test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative concernant le fait d'avoir vécu une agression sexuelle basée sur la transphobie en fonction du genre, avec un $p = 0.915$.

(6) *Aucune de ces violences*

12.2% (n=69) des répondant·e·x·s ont déclaré n'avoir vécu aucune des violences transphobes citées ci-dessus.

Après test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative concernant le fait de n'avoir vécu aucune des violences transphobes citées ci-dessus en fonction du genre, avec un $p = 0.330$.

b) Lieux de vécu de la transphobie

Nous avons demandé aux personnes de décrire dans quels lieux elles avaient déjà subi de la transphobie. Les résultats étaient les suivants :

(1) *Lieux publics, transports en communs, centres commerciaux*

51.0% (n=288) des répondant·e·x·s rapportaient avoir subi de la transphobie dans les lieux publics, transports en commun et centres commerciaux.

Après test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative en fonction du genre, avec un $p = 0.552$.

(2) *Lieux de soins*

50.3% (n=284) des répondant·e·x·s rapportaient avoir subi de la transphobie dans des lieux de soins : cabinets médicaux, cliniques, services d'urgence médicale.

Après test de Chi2, il apparaissait que les hommes trans et les femmes trans avaient plus souvent rapporté avoir subi de la transphobie dans les lieux de soins que les personnes trans non-binaires, de manière statistiquement significative avec un $p = 0.009$.

55.7% (n=142) des hommes trans et 50.8% (n=95) des femmes trans étaient concerné·e·s, contre 38.7% (n=46) des personnes trans non-binaires.

(3) *Domicile*

38.2% (n=216) des répondant·e·x·s rapportaient avoir subi de la transphobie au sein de leur domicile.

Après test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative en fonction du genre, avec un $p = 0.266$.

(4) *Ecole et lieux de formation*

38.1% (n=215) des répondant·e·x·s rapportaient avoir subi de la transphobie au sein de l'école ou des lieux de formation.

Après test de Chi2, il apparaissait que les hommes trans avaient plus souvent rapporté avoir subi de la transphobie à l'école et dans les lieux de formation que les femmes trans et les personnes trans non-binaires, de manière statistiquement significative avec un $p = 0.001$.

47.1% (n=120) des hommes trans étaient concernés, contre 31.1% (n=37) des personnes trans non-binaires et 31.0% (n=58) des femmes trans.

(5) *Dans le cadre du travail*

34.3% (n=194) des répondant·e·x·s rapportaient avoir subi de la transphobie dans le cadre de leur travail.

Après test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative en fonction du genre, avec un $p = 0.902$.

(6) *Evènements culturels, lieux festifs, restaurants*

23.4% (n=132) des répondant·e·x·s rapportaient avoir subi de la transphobie au sein d'évènements culturels, de lieux festifs, de restaurants.

Après test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative en fonction du genre, avec un $p = 0.709$.

(7) *Toilettes publiques, vestiaires sportifs, cabines d'essayage*

23.0% (n=130) des répondant·e·x·s rapportaient avoir subi de la transphobie dans les toilettes publiques, vestiaires sportifs, cabines d'essayage.

Après test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative en fonction du genre, avec un $p = 0.378$.

(8) *Lieux ou évènements LGBTQIA+*

18.4% (n=104) des répondant·e·x·s rapportaient avoir subi de la transphobie au sein de lieux ou évènements LGBTQIA+.

Après test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative en fonction du genre, avec un $p = 0.938$.

(9) *Voyages internationaux, passages de frontières, interactions avec la police*

11% (n=62) des répondant·e·x·s rapportaient avoir subi de la transphobie lors de voyages internationaux, passages de frontières et interactions avec la police.

Après test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative en fonction du genre, avec un $p = 0.692$.

c) Lieux évités en raison de la transphobie

Nous avons demandé si les participant·e·x·s évitaient certains lieux, personnes ou situations dans le but d'éviter de subir de la transphobie.

Dans l'ordre décroissant, les lieux évités en raison de la transphobie étaient :

(1) *Toilettes publiques, vestiaires sportifs, cabines d'essayage*

56.6% (n=320) des répondant·e·x·s déclaraient éviter les toilettes publiques, vestiaires sportifs, cabines d'essayage.

Après test de Chi2, il apparaissait que les hommes trans avaient plus souvent rapporté éviter les toilettes publiques, vestiaires sportifs et cabines d'essayage que les femmes trans et les personnes trans non-binaires, de manière statistiquement significative avec un $p < 0.001$.

70.6% (n=180) des hommes trans étaient concernés, contre 46.0% (n=86) des femmes trans et 45.4% (n=54) des personnes trans non-binaires.

(2) *Lieux de soins*

45.1% (n=255) des répondant·e·x·s déclaraient éviter les lieux de soins : cabinets médicaux, cliniques, services d'urgence médicale.

Après test de Chi2, il apparaissait que les hommes trans et les personnes trans non-binaires avaient plus souvent rapporté éviter les lieux de soins que les femmes trans, de manière statistiquement significative avec un $p = 0.006$.

51.8% (n=132) des hommes trans et 45.4% (n=54) des personnes trans non-binaires étaient concerné·x·s, contre 36.4% (n=68) des femmes trans.

(3) *Lieux publics, transports en commun, centres commerciaux*

35.2% (n=199) des répondant·e·x·s déclaraient éviter les lieux publics, transports en commun et centre commerciaux.

Après test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative en fonction du genre, avec un $p = 0.351$.

(4) *Évènements culturels, lieux festifs, restaurants*

29.2% (n=165) des répondant·e·x·s déclaraient éviter les évènements culturels, lieux festifs et restaurants.

Après test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative en fonction du genre, avec un $p = 0.317$.

(5) *Voyages internationaux, passages de frontières, interactions avec la police*

25.7% (n=145) des répondant·e·x·s déclaraient éviter les voyages internationaux, passages de frontières et interactions avec la police.

Après test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative en fonction du genre, avec un $p = 0.232$.

(6) *Ecoles et lieux de formation*

22.0% (n=124) des répondant·e·x·s déclaraient éviter les écoles et lieux de formations.

Après test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative en fonction du genre, avec un $p = 0.164$.

(7) *Domicile*

20.7% (n=117) des répondant·e·x·s déclaraient éviter leur domicile.

Après test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative en fonction du genre, avec un $p = 0.294$.

(8) *Lieu de travail*

16.8% (n=95) des répondant·e·x·s déclaraient éviter leur lieu de travail.

Après test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative en fonction du genre, avec un $p = 0.263$.

(9) *Lieux ou évènements LGBTQIA+*

13.3% (n=75) des répondant·e·x·s déclaraient éviter les lieux ou évènements LGBTQIA+.

Après test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative en fonction du genre, avec un $p = 0.732$.

3. Transphobies vécues dans les lieux de soins

Ces résultats sont présentés dans le Tableau 4, partie H.

Nous avons vu que plus de la moitié des personnes interrogées rapportaient avoir subi de la transphobie dans des lieux de soins : cabinets médicaux, cliniques, services d'urgence médicale : pour rappel 50.3% (n=284) déclaraient y avoir vécu de la transphobie et 45.1% (n=255) des répondant·e·x·s déclaraient éviter les lieux de soins en raison de leur identité de genre.

Nous avons demandé aux répondant·e·x·s qui avaient déclaré avoir subi de la transphobie dans les lieux de soins de préciser auprès de quel·le·s professionnel·le·s de santé ils·elles avaient subi de la transphobie. 284 personnes concernées ont accédé à cette question.

a) Professions médicales

85.9% (n=244) rapportaient avoir subi de la transphobie provenant de professions médicales.

Après test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative en fonction du genre, avec un $p = 0.964$.

b) Professions paramédicales

56.3% (n=160) rapportaient avoir subi de la transphobie provenant de professions paramédicales.

Après test de Chi2, il apparaissait que les hommes trans avaient plus souvent rapporté avoir subi de la transphobie de la part de professions paramédicales que les femmes trans et les personnes trans non-binaires, de manière statistiquement significative avec un $p = 0.014$.

64.8% (n=92) des hommes trans étaient concernés, contre 47.8% (n=22) des personnes trans non-binaires et 47.4% (n=45) des femmes trans.

c) Transphobie provenant de professions médicales

Parmi les 244 personnes qui avaient déclaré avoir subi de la transphobie provenant de professions médicales, les répondant·e·x·s ont identifié les professions suivantes :

(1) Psychiatre

58.6% (n=143) déclaraient avoir subi de la transphobie de la part d'un·e psychiatre.

Après test de Chi2, il apparaissait que les hommes trans avaient plus souvent rapporté avoir subi de la transphobie de la part de médecins psychiatres que les femmes trans et les personnes trans non-binaires, de manière statistiquement significative avec un $p = 0.026$.

67.2% (n=82) des hommes trans étaient concernés, contre 51.9% (n=42) des femmes trans et 47.5% (n=19) des personnes trans non-binaires.

(2) *Médecin généraliste*

47.1% (n=115) déclaraient avoir subi de la transphobie de la part d'un·e médecin généraliste.

Après test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative en fonction du genre, avec un $p = 0.172$.

(3) *Endocrinologue*

39.8% (n=97) déclaraient avoir subi de la transphobie de la part d'un·e endocrinologue.

Après test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative en fonction du genre, avec un $p = 0.120$.

(4) *Autres médecins spécialistes*

19.7% (n=48) déclaraient avoir subi de la transphobie de la part d'un·e médecin d'une spécialité différente de psychiatrie, endocrinologie, gynécologie, chirurgie, radiologie et médecine générale

Après test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative en fonction du genre, avec un $p = 0.249$.

(5) *Gynécologue*

18.4% (n=45) déclaraient avoir subi de la transphobie de la part d'un·e gynécologue.

Après test de Chi2, il apparaissait que les hommes trans et les personnes trans non-binaires avaient plus souvent rapporté avoir subi de la transphobie de la part de médecins gynécologues que les femmes trans, de manière statistiquement significative avec un $p < 0.001$.

26.2% (n=32) des hommes trans étaient concernés et 25.0% (n=10) des personnes trans non-binaires, contre 3.7% (n=3) des femmes trans.

(6) *Chirurgien·ne*

15.2% (n=37) déclaraient avoir subi de la transphobie de la part d'un·e chirurgien·ne.

Après test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative en fonction du genre, avec un $p = 0.835$.

(7) *Radiologue*

13.9% (n=34) déclaraient avoir subi de la transphobie de la part d'un·e radiologue.

Après test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative en fonction du genre, avec un $p = 0.085$.

(8) *Dentiste*

7.4% (n=18) déclaraient avoir subi de la transphobie de la part d'un·e dentiste.

Après test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative en fonction du genre, avec un $p = 0.247$.

(9) *Sage-femme*

0.8% (n=2) déclaraient avoir subi de la transphobie de la part d'un·e sage-femme.

Après test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative en fonction du genre, avec un $p = 0.368$.

d) Déclaration de transphobie provenant de professions paramédicales

Parmi les 160 personnes qui avaient déclaré avoir subi de la transphobie provenant de professions paramédicales, les répondant·e·x·s ont identifié les professions suivantes, par ordre décroissant :

- 67.5% (n=108) déclaraient avoir subi de la transphobie de la part d'un·e secrétaire ou d'une personne de l'accueil

- 60.0% (n=96) déclaraient avoir subi de la transphobie de la part d'un·e infirmier·ère
- 49.4% (n=79) déclaraient avoir subi de la transphobie de la part d'un·e psychologue
- 45.6% (n=73) déclaraient avoir subi de la transphobie de la part d'un·e pharmacien·ne
- 11.3% (n=45) déclaraient avoir subi de la transphobie de la part d'un·e kinésithérapeute
- 2.5% (n=4) déclaraient avoir subi de la transphobie de la part d'un·e orthophoniste.

Après test de Chi2 pour chacune de ces données il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative en fonction du genre.

e) Conséquences de la transphobie vécue dans les lieux de soins

Lorsque les personnes interrogées avaient répondu avoir vécu de la transphobie dans les lieux de soins, nous avons abordé la question des conséquences de cette transphobie sur le suivi médical, sous forme d'une question à choix multiples (QCM).

Ainsi, les conséquences identifiées parmi celles proposées étaient, dans l'ordre décroissant :

(1) Peur de consulter

76.4% (n=207) des personnes interrogées rapportaient une peur de consulter.

Après test de Chi2, il apparaissait que les hommes trans et les personnes trans non-binaires avaient plus souvent rapporté une peur de consulter des professionnel·les de santé que les femmes trans, de manière statistiquement significative avec un $p = 0.015$.

83.3% (n=115) des hommes trans étaient concernés et 76.2% (n=32) des personnes trans non-binaires, contre 66.7% (n=60) des femmes trans.

(2) Changement de professionnel·le(s) de santé

70.1% (n=190) des personnes interrogées rapportaient avoir dû changer de professionnel·le·s de santé.

Après test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative en fonction du genre, avec un $p = 0.160$.

(3) *Retard de soins*

59.0% (n=160) des personnes interrogées rapportaient un retard de soins malgré un besoin ressenti.

Après test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative en fonction du genre, avec un $p = 0.764$.

(4) *Absence de soins*

49.8% (n=135) des personnes interrogées rapportaient une absence de soins malgré un besoin ressenti.

Après test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative en fonction du genre, avec un $p = 0.138$.

(5) *Aucune conséquence*

4.8% (n=13) des personnes interrogées rapportaient que cela n'avait eu aucune conséquence sur leur suivi médical.

Après test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative en fonction du genre, avec un $p = 0.623$.

C. Santé générale

1. Accès aux soins - Couverture des frais médicaux

Les résultats concernant la couverture des frais médicaux des répondant·e·x·s sur le plan administratif sont présentés dans le tableau 5, partie H.

a) Sécurité sociale

Sur les 565 personnes ayant abordé la question de la sécurité sociale, une grande majorité des répondant·e·x·s ont déclaré être affilié·e·x·s à la sécurité sociale : en tout 97.0% (n=548).

Au sein de la population, 13.3% (n=75) étaient affilié·e·x·s à la sécurité sociale sous la couverture maladie universelle (CMU) ou protection universelle maladie (PUMA).

Moins de 1% de la population bénéficiait de l'aide médicale d'état (AME) : 0.7% de la population soit 4 personnes.

1.2% (n=7) des répondant·e·x·s ont déclaré n'être affilié·e·x·s à aucune sécurité sociale.

Après test de Chi², il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative concernant l'affiliation ou non des répondant·e·x·s à la sécurité sociale en fonction du genre, avec un $p = 0.159$.

b) Complémentaire

La question de la complémentaire santé n'était accessible que pour les personnes qui avaient déclaré être affiliées à la sécurité sociale. Ainsi 550 personnes ont affiché cette question. Parmi elles, 75.1% avaient une mutuelle ou une assurance privée (n=413), et 13.1% avaient la complémentaire santé liée à la CMU ou la PUMA.

10.4% des répondant·e·x·s ont déclaré ne pas avoir de complémentaire santé.

Après test de Chi², il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative concernant l'affiliation ou non des répondant·e·x·s à une complémentaire santé en fonction du genre, avec un $p = 0.562$.

c) Médecin traitant·e déclaré·e

(1) Médecin traitant·e déclaré·e

La déclaration d'un·e médecin traitant·e à la sécurité sociale permet que les frais médicaux soient remboursés intégralement par la sécurité sociale associée à une mutuelle. Nous avons donc posé la question aux participant·e·x·s afin d'évaluer le remboursement de leurs frais médicaux ainsi que la qualité de leur suivi médical.

Ainsi, 86.7% des répondant·e·x·s avaient un·e médecin traitant·e déclaré (n=488).

Après test de Chi2 il apparaissait une différence statistiquement significative concernant le fait d'avoir un·e médecin traitant·e déclaré·e en fonction du genre des répondant·e·x·s : les hommes trans et les femmes trans avaient plus souvent un·e médecin traitant·e déclaré·e que les personnes trans non-binaires, avec un $p < 0.001$.

92.6% (n=174) des femmes trans et 88.2% (n=224) des hommes trans avaient un·e médecin traitant·e déclaré·e, contre 74.2% (n=89) des personnes trans non-binaires.

(2) Accueil de la transidentité

(a) Médecin informé·e de la transidentité

Nous avons ensuite demandé aux interrogé·e·x·s si leur médecin traitant·e était informé·e de leur transidentité. Dans 83.7% (n=409) des cas, le·la médecin traitant·e était informé·e.

Après test de Chi2 il apparaissait une différence statistiquement significative concernant le fait que le·la médecin traitant·e soit informé·e de la transidentité des répondant·e·x·s : les hommes trans et les femmes trans avaient plus souvent un·e médecin traitant·e informé·e de leur transidentité que les personnes trans non-binaires, avec un $p < 0.001$.

89.7% (n=156) des femmes trans et 87.5% (n=196) des hommes trans avaient un·e médecin informé·e de leur transidentité, contre 62.9% (n=56) des personnes trans non-binaires.

(b) Réception de la transidentité

Nous avons demandé aux participant·e·x·s dont le·la médecin traitant·e était informé·e de leur transidentité si leur transidentité était acceptée par leur médecin. Parmi ces personnes 93.9% (n=384) ont répondu « Oui » ou « Je pense que oui ».

Après test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative concernant l'acceptation ou non de la transidentité par le·la médecin traitant·e en fonction du genre des répondant·e·x·s, avec un $p = 0.492$.

d) ALD liée à la transidentité

(1) Personnes ayant l'ALD

58.8% des personnes ont déclaré avoir une ALD liée à la transidentité, soit 324 personnes.

Après test de Chi2 il apparaissait une différence statistiquement significative concernant la proportion de personnes ayant une ALD liée à la transidentité : les hommes trans et les femmes trans avaient plus souvent une ALD liée à la transidentité que les personnes trans non-binaires, avec un $p < 0.001$.

96.8% (n=150) des femmes trans et 93.3% (n=140) des hommes trans avaient une ALD liée à la transidentité, contre 79.1% (n=34) des personnes trans non-binaires.

(2) Médecin(s) ayant déclaré l'ALD

Nous avons demandé aux participant·e·x·s quel·le médecin avait fait la déclaration d'ALD :

- 93.4% (n=304) des participant·e·x·s ont indiqué le·la médecin généraliste
- 4.6% (n=15) des participant·e·x·s ont indiqué le·la psychiatre
- 3.4% (n=11) des participant·e·x·s ont indiqué l'endocrinologue
- 3.7% (n=12) des participant·e·x·s avaient coché la réponse « Autre »

e) Carte vitale à jour

Nous avons demandé aux participant·e·x·s si leur carte vitale ou AME était à jour sur leur prénom et leur genre d'usage.

29.1% (n=160) des répondant·e·x·s avaient une carte vitale à jour concernant leur prénom et leur genre.

Après test de Chi2 il apparaissait une différence statistiquement significative concernant le fait d'avoir une carte à jour en fonction du genre : les hommes trans et les femmes trans avaient plus souvent une carte vitale à jour concernant leur prénom et leur genre que les personnes trans non-binaires, avec un $p = 0.003$.

La carte vitale était à jour chez 35.1% (n=65) des femmes trans et chez 30.7% (n=77) des hommes trans, contre 15.8% (n=18) pour les personnes trans non-binaires.

2. Santé générale

La deuxième partie du questionnaire était intitulée « Votre santé générale » et visait à évaluer l'état de santé global des personnes interrogées. Les résultats concernant cette partie du questionnaire sont présentés dans le tableau 6, partie H.

a) Auto-évaluation de l'état de santé perçu

La première question consistait en une auto-évaluation de l'état de santé physique des répondant·e·x·s.

- 46.0% (n=240) des répondant·e·x·s décrivaient leur état de santé comme « Bon ou très bon »
- 42.3% (n=221) des répondant·e·x·s décrivaient leur état de santé comme « Moyen »
- 10.5% (n=55) des répondant·e·x·s décrivaient leur état de santé comme « Mauvais ou très mauvais »

Après test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative en fonction du genre, avec un $p = 0.918$.

b) IMC et activité physique

(1) IMC

L'IMC médian de la population répondante était de 23.1, avec des écarts interquartiles de 20.2 et 26.7, donc une majorité de personnes ayant un IMC considéré comme normal selon la HAS.

- IMC normal selon la HAS : 53.8% (n=268) des répondant·e·x·s avaient un IMC compris entre 18.5 et 25
- IMC inférieur à la norme selon la HAS : 10.4% (n=52) de la population présentait un IMC strictement inférieur à 18.5
- IMC signe de surpoids selon la HAS : 22.3% (n=111) de la population présentait un IMC entre 25 et 30, donc considérée en surpoids selon les recommandations de la HAS en 2012 (92)
- IMC signe d'obésité selon la HAS : 13.5% (n=67) de la population présentait un IMC supérieur à 30 et est donc considérée comme obèse selon les recommandations de la HAS

Cela représentait en tout 35.7% (n=178) de personnes en surpoids ou obèses au sein de la population répondante.

Après test de Chi², il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative en fonction du genre, avec un $p = 0.084$.

(2) Activité physique

22.7% (n=120) des répondant·e·x·s déclaraient n'avoir aucune activité sportive pratiquée au moins une fois par semaine. Nous considérons que les personnes effectuant leurs déplacements à pied ou en vélo, skate et trottinette non électrique pratiquaient une activité sportive régulière.

Après test de Chi² il apparaissait une différence statistiquement significative concernant le fait de ne pas pratiquer d'activité physique : les femmes trans étaient plus nombreuses à ne pas

pratiquer d'activité sportive par rapport aux hommes trans et aux personnes trans non-binaires, avec un $p = 0.049$.

29.0% (n=51) des femmes trans ne pratiquaient pas d'activité sportive, contre 19.5% (n=47) des hommes trans et 19.4% (n=21) des personnes trans non-binaires.

3. Accès aux soins primaires

a) Consultations en médecine générale

Nous avons demandé aux répondant·e·x·s le nombre de consultations chez un·e médecin généraliste réalisées au cours de la dernière année.

Ainsi, il apparaissait que la grande majorité des répondant·e·x·s avaient consulté un·e médecin généraliste entre 1 et 6 fois au cours des 12 derniers mois : 78.2% (n=408).

Plus précisément, au cours des 12 derniers mois :

- 48.3% (n=252) des répondant·e·x·s avaient consulté un·e médecin généraliste 1 à 3 fois,
- 29.9% (n=156) des répondant·e·x·s avaient consulté un·e médecin généraliste 4 à 6 fois,
- 7.5% (n=39) des répondant·e·x·s avaient consulté un·e médecin généraliste 7 à 10 fois,
- 4.8% (n=25) des répondant·e·x·s avaient consulté un·e médecin généraliste plus de 10 fois,
- 1.2% (n=6) des répondant·e·x·s avaient consulté un·e médecin généraliste plus de 20 fois
- 8.1% (n=42) des répondant·e·x·s n'avaient pas consulté de médecin généraliste au cours des 12 derniers mois

La moyenne était de 4.1 consultations par an et par répondant·e·x·s.

b) Quel·le·s professionnel·le·s de santé consulté·e·s

Afin d'évaluer quel·le·s professionnel·le·s de santé étaient consulté·e·s en cas de problème de santé physique, nous avons demandé aux participant·e·x·s de cocher les problèmes de santé rencontrés au cours des 12 derniers mois. Les problèmes de santé étaient proposés dans une

liste, rassemblés par systèmes (cf Annexe 6, Questionnaire : partie II question 5). Nous demandions ensuite aux participant·e·x·s pour quels problèmes identifiés ils·elles avaient consulté un·e professionnel·le de santé.

Suite à cette question, pour les personnes qui avaient coché au moins un problème de santé pour lequel ils·elles avaient consulté, nous posions ensuite la question de quel·le(s) professionnel·le(s) avaient été consulté·e(s) pour ce(s) problème(s). Les répondant·e·x·s pouvaient identifier plusieurs professionnel·le·s de santé.

Ainsi pour les différents problèmes de santé physique rencontrés, les consultations étaient réparties de la manière suivante, par ordre décroissant :

- Médecin généraliste : 91.1% (n=298)
- Médecin spécialiste : 47.7% (n=156)
- Psychologue : 18.7% (n=61)
- Professionnel·le de santé pratiquant une médecine traditionnelle/alternative/non allopathique : 14.1% (n=46)
- Infirmier·ère : 7.0% (n=23)

Après test de Chi² pour chacune de ces données, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative en fonction du genre.

c) Absence de consultation malgré un problème de santé identifié

Certain·e·x·s répondant·e·x·s avaient répondu avoir présenté certains problèmes de santé pour lesquels ils·elles n'avaient pas consulté de professionnel·le·s de santé. Dans un objectif de mettre en lumière d'éventuels freins à l'accès aux soins, nous posions ensuite la question de pourquoi ces personnes n'avaient pas consulté pour chaque problème de santé rencontré. Les répondant·e·x·s pouvaient identifier plusieurs raisons parmi celles proposées.

Les répondant·e·x·s ont identifié les raisons suivantes, dans l'ordre décroissant.

- Problème ne justifiant pas une consultation médicale : 62.4% (n=174)

- Mauvaises expériences avec des professionnel·le·s de santé par le passé : 33% (n=92)
- Peur d'être discriminé·e·x en tant que personne trans : 19.7% (n=55)
- Manque de moyens financiers pour aller consulter un·e professionnel·le de santé : 18.6% (n=52)
- Problème réglé en discutant avec des personnes de l'entourage : 8.6% (n=24)
- Impossibilité de se déplacer jusqu'au lieu de rendez-vous : 6.1% (n=17)
- Refus de consultation en raison de la transidentité : 3.2% (n=9)
- 13.2% (37) des répondant·e·x·s ont coché la case « Autre »

Après test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative en fonction du genre, sauf concernant les mauvaises expériences vécues avec des professionnel·le·s de santé dans le passé.

En effet, après test de Chi2 il apparaissait une différence statistiquement significative concernant le fait d'avoir eu de mauvaises expériences avec des professionnel·le·s de santé par le passé : les personnes trans non-binaires étaient plus souvent concerné·x·s que les hommes trans et les femmes trans, avec un $p = 0.023$.

Plus précisément, 46.9% (n=30) des personnes trans non-binaires étaient concerné·x·s, contre 30.4% (n=42) des hommes trans et 26.3% (n=20) des femmes trans.

4. Accès aux soins spécialisés

Les résultats concernant les soins spécialisés sont décrits dans le tableau 7, partie H.

a) Soins ophtalmologiques

Nous avons posé plusieurs questions concernant les consultations en ophtalmologie, le port de lunettes et le changement des lunettes afin d'avoir une idée d'éventuelles limites à l'accès aux soins ophtalmologiques.

Ainsi 73.2% (n=380) de la population a déclaré avoir un problème de vue.

Parmi ces 380 personnes présentant un problème de vue, 83.9% (n=318) d'entre elles avaient consulté un·e ophtalmologue au cours des 3 dernières années.

341 personnes avaient déclaré porter des lunettes. Parmi elles, la majorité des personnes interrogées avaient changé leurs lunettes au cours des 2 dernières années : 65.7% (n=224).

b) Soins dentaires

Toujours dans cette optique d'évaluer l'accès aux soins, nous avons posé des questions concernant les soins dentaires.

La HAS recommande de réaliser des visites « régulières » chez la.le dentiste dans le cadre de la prévention des caries (93).

Nous avons demandé aux participant·e·x·s s'ils·elles avaient ou non consulté un·e dentiste au cours des 12 derniers mois. 43.8% (n=228) des répondant·e·x·s s'étaient rendu·e·x·s chez un·e dentiste au cours des 12 derniers mois.

Parmi les répondant·e·x·s, 35.2% (n=183) avaient déjà refusé un soin dentaire en raison de son coût.

5. Santé préventive

a) Vaccinations

Afin d'évaluer l'état de santé de la population répondante sous l'angle de la prévention des maladies infectieuses, nous avons demandé aux enquêté·e·x·s s'ils·elles étaient à jour concernant les vaccinations obligatoires et quelles vaccinations non obligatoires avaient été réalisées. Ces résultats sont présentés dans le tableau 8, partie H.

(1) *Vaccinations obligatoires*

La majorité des répondant·e·x·s ont déclaré être à jour concernant les vaccinations obligatoires : 64.7% (n=337). 27.1% (n=141) des répondant·e·x·s déclaraient ne pas savoir s'ils·elles étaient à jour et 7.9% (n=41) déclaraient savoir qu'ils·elles n'étaient pas à jour.

Après test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative en fonction du genre, avec un $p = 0.723$.

(2) *Vaccinations recommandées*

(a) *COVID19*

74.5% (n=394) des répondant·e·x·s ont déclaré être vacciné·e·x·s contre la COVID19.

Après test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative en fonction du genre, avec un $p = 0.060$.

(b) *Hépatite A*

32.0% (n=169) des répondant·e·x·s ont déclaré être vacciné·e·x·s contre l'hépatite A.

Après test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative en fonction du genre, avec un $p = 0.869$.

(c) *Hépatite B*

47.1% (n=249) des répondant·e·x·s ont déclaré être vacciné·e·x·s contre l'hépatite B.

Après test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative en fonction du genre, avec un $p = 0.339$.

(d) *HPV*

22.3% (n=118) des répondant·e·x·s ont déclaré être vacciné·e·x·s contre l'HPV.

Après test de Chi2, il apparaissait une différence statistiquement significative concernant le fait d'avoir été vacciné·e·x contre l'HPV : les hommes trans et les personnes trans non-binaires étaient plus souvent concerné·x·s que les femmes trans, avec un $p < 0.001$.

Plus précisément, 29.1% (n=70) des hommes trans et 27.8% (n=30) des personnes trans non-binaires étaient concerné·x·s, contre 10.2% (n=18) des femmes trans.

(e) Aucune de ces vaccinations

4.5% (n=24) des répondant·e·x·s ont déclaré n'avoir été vacciné·e·x·s contre aucune de ces 4 maladies.

Après test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative en fonction du genre, avec un $p = 0.870$.

(f) Ne savent pas

26.3% (n=139) des répondant·e·x·s ont déclaré ne pas savoir s'ils·elles étaient vacciné·e·x·s contre ces maladies.

Après test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative en fonction du genre, avec un $p = 0.175$.

b) Dépistages des cancers

Nous avons demandé aux interrogé·e·x·s quel(s) dépistage(s) de cancer(s) ils·elles avaient réalisé(s), dans le cadre des dépistages de masse de la population générale qui concernent le cancer colo-rectal, le cancer du col de l'utérus et le cancer du sein.

Toutes les personnes avaient accès à cette question des dépistages et chacun·e·x était invité·e·x à cocher le(s) dépistage(s) réalisé(s) ainsi qu'à indiquer le nombre d'années écoulées depuis le dernier dépistage.

(1) *Dépistage du cancer colo-rectal*

Le dépistage du cancer colo-rectal par test Hemocult est recommandé en tant que dépistage de masse tous les 2 ans pour les personnes de 50 à 74 ans.

Au sein de la population répondante, 45 personnes correspondaient à ce critère d'âge.

Parmi elles, 19 personnes (42.2%) avaient déjà réalisé ce dépistage et 14 personnes (31.1%) l'avaient réalisé dans les 2 années précédentes. Cela représentait donc 31.1% de personnes à jour concernant le dépistage du cancer colo-rectal parmi les personnes concernées.

(2) *Dépistage du cancer du col utérin par frottis cervico-vaginal*

Nous avons présenté les résultats de réalisation des dépistages du cancer du col utérin par frottis cervico-vaginal (FCV) dans la figure 2.

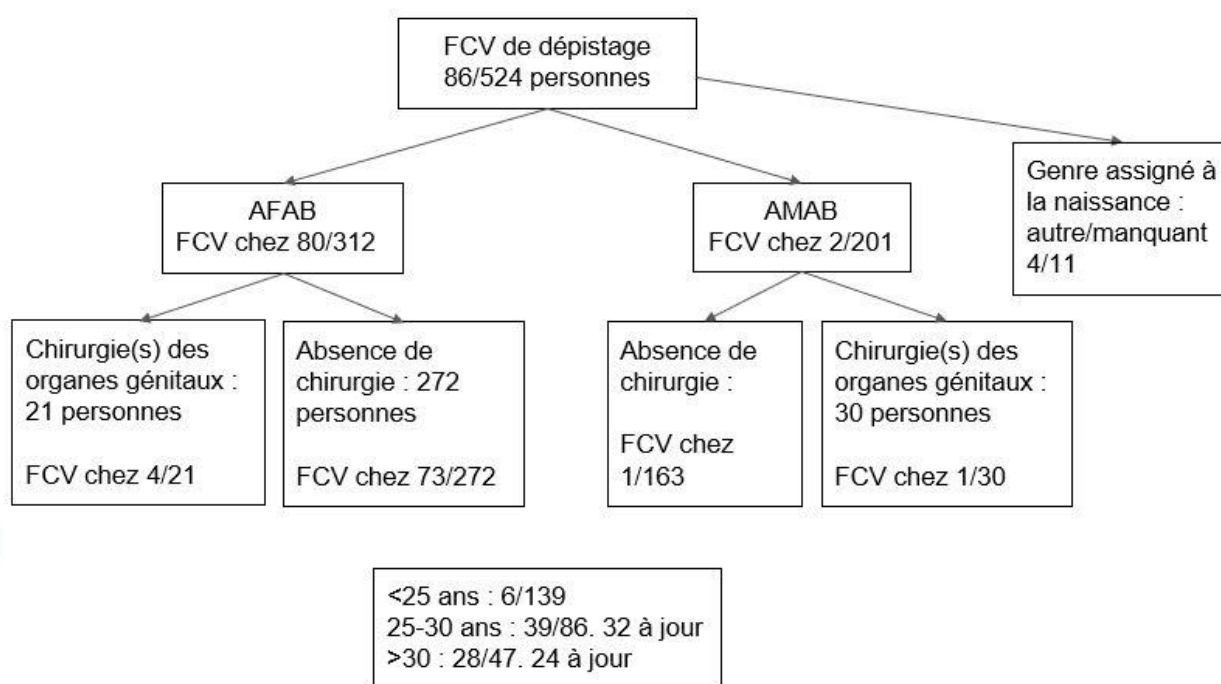


Figure 2 : Répartition des dépistages du cancer du col de l'utérus par FCV

Ainsi, il apparaissait qu'au sein de la population répondante, parmi les 312 personnes qui avaient été assignées femmes à la naissance, 25.6% soit 80 personnes avaient réalisé un FCV de dépistage du cancer du col utérin. Nous avons rassemblé les personnes en possession d'un utérus et âgées de 25 à 64 ans, étant donné que le dépistage de masse de la population

s'adresse habituellement aux femmes cisgenres ayant entre 25 et 64 ans. Ainsi, 133 personnes étaient concernées par le dépistage du cancer du col utérin.

Sur les 133 personnes identifiées comme concernées par le dépistage, 67 personnes avaient déclaré avoir réalisé un frottis cervico-vaginal, soit 50.4% des personnes concernées.

Afin de savoir si les personnes qui avaient réalisé un FCV étaient à jour sur la date de réalisation, nous avons séparé les personnes ayant entre 25 et 30 ans et les personnes de plus de 30 ans. En effet la HAS recommande des fréquences de réalisation des FCV différentes chez les personnes de moins de 30 ans et les personnes de plus de 30 ans : chez les personnes de 25 à 29 ans, le FCV est recommandé à partir de 25 ans avec un deuxième FCV à 1 an d'intervalle puis tous les 3 ans. Nous avons considéré que les personnes ayant entre 25 et 30 ans qui avaient réalisé un FCV dans les 3 dernières années étaient à jour concernant le dépistage du cancer du col utérin.

Chez les personnes de 30 à 65 ans, le FCV est recommandé 3 ans après le premier test puis tous les 5 ans. Nous avons considéré que les personnes ayant entre 30 et 65 ans qui avaient réalisé un FCV dans les 5 dernières années étaient à jour concernant le dépistage du cancer du col utérin.

Nous avons ainsi identifié 56 personnes à jour concernant la date de réalisation du dernier frottis, qui représentent donc 42.1% de la population concernée.

(3) Dépistage du cancer du sein

54 personnes avaient réalisé des mammographies ou échographies de dépistage du cancer du sein.

Parmi elles, 10 personnes avaient entre 50 et 74 ans. Parmi ces 10 personnes, 7 personnes avaient été assignées garçon à la naissance et 1 personne avait été assignée fille à la naissance.

Toutes les personnes de plus de 50 ans qui avaient été assignées garçon à la naissance et qui avaient réalisé un dépistage du cancer du sein avaient pris un traitement hormonal féminisant.

Ainsi, sur les 45 personnes ayant plus de 50 ans qui ont participé à l'étude, 22.2% (n=10) avaient réalisé un dépistage du cancer du sein.

6. Santé liée à la pandémie de COVID19

Les données recueillies en lien avec la COVID19 sont présentées dans le tableau 9, partie H.

a) Infection par la COVID19

(1) Prévalence de la COVID19 dans la population répondante

7.7% (n=40) des répondant·e·x·s ont déclaré avoir été testé·e·x·s positif·ve·s à la COVID19.

Après test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative en fonction du genre, avec un $p = 0.270$.

(2) Lieu de contamination

Nous avons demandé aux personnes qui avaient eu la COVID19 confirmée par un test dans quel contexte ou lieu elles avaient été contaminées.

- 28.1% (n=9) ne savaient pas où elles avaient été contaminées
- 20.5% (n=8) en famille
- 18.0% (n=7) dans le cadre du travail
- 10.3% (n=4) lors de réunion entre ami·e·x·s
- 7.7% (n=3) lors d'évènements culturels ou festifs
- 5.1% (n=2) par leur(s) partenaire(s) ; en faisant les courses ; au sein d'une association.
- 2.6% (n=1) dans les transports en commun

b) Lieux de confinement

Afin d'appréhender l'impact éventuel que pouvaient avoir les confinements sur la population répondante, nous avons demandé dans quel(s) lieu(x) les répondant·e·x·s avaient été confinés et si ils-elles se sentaient en sécurité dans ces lieux.

(1) Quels lieux de confinement

La grande majorité des répondant·e·x·s, soit 4 personnes sur 5, avaient été confinées dans leur lieu de vie habituel : 80.5% (n=426). 17.6% (n=93) avaient été hébergé·e·x·s chez des proches. 8.9% (n=47) avaient été confiné·e·x·s chez leur(s) partenaire(s). 8.3% (n=44) avaient été confiné·e·x·s dans un lieu choisi différent de leur domicile. 1.1% (n=6) avaient été confiné·e·x·s en institution. 0.4% (n=2) avaient été confiné·e·x·s en foyer d'hébergement.

3.4% (n=20) ont déclaré ne pas avoir été confiné·e·x·s.

(2) Sécurité des lieux de confinement

Nous demandions ensuite aux enquêté·e·x·s s'ils-elles se sentaient en sécurité dans le(s) lieu(x) où ils-elles avaient été confiné·e·x·s. 72.5% (n=380) personnes ont répondu s'être senties en sécurité et 15.8% (n=82) soit un peu moins d'une personne sur six ont répondu ne pas s'être senties en sécurité dans leur(s) lieu(x) de confinement.

D. Santé intime et liée à la sexualité

Les résultats concernant la santé intime et liée à la sexualité sont présentés dans le tableau 10, partie H.

1. Santé intime

a) Problèmes de santé rencontrés

Nous avons demandé aux répondant·e·x·s d'identifier les problèmes de santé uro-gynécologique qu'ils·elles avaient déjà rencontrés.

(1) Troubles de la libido

47.2% (n=245) déclaraient avoir déjà eu des troubles de la libido.

Après test de Chi², il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative en fonction du genre, avec un $p = 0.381$.

(2) Douleurs génitales pendant le coït

29.9% (n=155) déclaraient avoir déjà eu des douleurs génitales pendant le coït.

Après test de Chi², il apparaissait que les douleurs génitales pendant le coït concernaient plus souvent les personnes trans non-binaires et les hommes trans que les femmes trans, de manière statistiquement significative avec un $p = 0.001$.

36.8% (n=39) des personnes trans non-binaires et 34.9% (n=82) des hommes trans étaient concerné·x·s, contre 19.5% (n=34) des femmes trans.

(3) Douleurs abdominales et pelviennes pendant le coït

18.7% (n=97) déclaraient avoir déjà eu des douleurs abdominales et pelviennes pendant le coït.

Après test de Chi², il apparaissait que les douleurs abdominales et pelviennes pendant le coït concernaient plus souvent les hommes trans que les personnes trans non-binaires et les femmes trans, de manière statistiquement significative avec un $p < 0.001$.

28.1% (n=66) des hommes trans étaient concernés, contre 19.8% (n=21) des personnes trans non-binaires et 5.8% (n=10) des femmes trans.

(4) *Sécheresse vaginale*

16.4% (n=85) déclaraient avoir déjà présenté une sécheresse vaginale.

Après test de Chi², il apparaissait que la sécheresse vaginale concernait plus souvent les personnes trans non-binaires et les hommes trans que les femmes trans, de manière statistiquement significative avec un $p < 0.001$.

25.5% (n=27) des personnes trans non-binaires et 20.0% (n=47) des hommes trans étaient concerné·x·s, contre 6.3% (n=11) des femmes trans.

(5) *Vaginisme*

12.1% (n=63) déclaraient avoir eu un problème de vaginisme.

Après test de Chi², il apparaissait que le vaginisme concernait plus souvent les hommes trans et les personnes trans non-binaires que les femmes trans, de manière statistiquement significative avec un $p < 0.001$.

19.2% (n=45) des hommes trans et 15.1% (n=16) des personnes trans non-binaires étaient concerné·x·s, contre 1.2% (n=2) des femmes trans.

(6) *Hyperlubrification vaginale*

7.1% (n=37) rapportaient une hyperlubrification vaginale.

Après test de Chi², il apparaissait que l'hyperlubrification vaginale concernait plus souvent les hommes trans que les personnes trans non-binaires et les femmes trans, de manière statistiquement significative avec un $p < 0.001$.

11.9% (n=28) des hommes trans étaient concernés, contre 6.6% (n=7) des personnes trans non-binaires et 1.2% (n=2) des femmes trans.

(7) *Trouble de l'érection non souhaité*

5.8% (n=30) rapportaient un trouble de l'érection non souhaité.

Après test de Chi2, il apparaissait que les troubles de l'érection non souhaités concernaient plus souvent les femmes trans que les hommes trans et les personnes trans non-binaires, de manière statistiquement significative avec un $p < 0.001$.

12.6% (n=22) des femmes trans étaient concernées, contre 5.7% (n=6) des personnes trans non-binaires et 0.9% (n=2) des hommes trans.

(8) *Trouble de l'éjaculation non souhaité*

4.4% (n=23) rapportaient un trouble de l'éjaculation non souhaité.

Après test de Chi2, il apparaissait que les troubles de l'éjaculation non souhaités concernaient plus souvent les femmes trans que les hommes trans et les personnes trans non-binaires, de manière statistiquement significative avec un $p < 0.001$.

9.2% (n=16) des femmes trans étaient concernées, contre 5.7% (n=6) des personnes trans non-binaires et 0.4% (n=1) des hommes trans.

(9) *Aucun des problèmes cités ci-dessus*

18.7% (n=97) des interrogé·e·x·s déclaraient n'avoir rencontré aucun des problèmes cités ci-dessus.

Après test de Chi2, il apparaissait que les femmes trans avaient plus souvent déclaré n'avoir rencontré aucun des problèmes cités ci-dessus que les personnes trans non-binaires et les hommes trans de manière statistiquement significative avec un $p < 0.001$.

36.8% (n=64) des femmes trans avaient coché cette case, contre 29.3% (n=31) des personnes trans non-binaires et 24.3% (n=57) des hommes trans.

b) Consultations en gynécologie

(1) Suivi gynécologique

Parmi la population répondante, 61.5% (n=319) des personnes s'étaient déclarées concernées par le suivi gynécologique.

Parmi ces personnes se déclarant concernées par le suivi gynécologique, seulement 32.0% (n=102) avaient déclaré bénéficier d'un suivi gynécologique. Au sein de la population répondante, 5 personnes (0.1%) avaient rapporté ne pas savoir si elles étaient ou non concernées par le suivi gynécologique.

Au sein de la population des hommes trans, 84.5% (n=201) s'étaient déclaré concernés par le suivi gynécologique et 22.1% (n=52) avaient déclaré bénéficier d'un suivi.

Au sein de la population des personnes trans non-binaires, 74.5% (n=79) s'étaient déclaré concerné·x·s par le suivi gynécologique et 29.3% (n=31) avaient déclaré bénéficier d'un suivi.

Au sein de la population des femmes trans, 21.8% (n=38) s'étaient déclaré concernées par le suivi gynécologique et 10.3% (n=18) avaient déclaré bénéficier d'un suivi.

(2) Professionnel·le·s de santé assurant le suivi gynécologique

Aux personnes ayant déclaré bénéficier d'un suivi gynécologique, nous avons demandé par quel·le(s) professionnel·le(s) de santé ce suivi était assuré. Les répondant·e·x·s pouvaient choisir plusieurs réponses.

(a) Suivi par un·e gynécologue

(54.9% n=56) des participant·e·x·s réalisaient leur suivi gynécologique avec un·e gynécologue.

Après test de Chi², il apparaissait que les femmes trans avaient plus souvent un suivi gynécologique réalisé chez un·e gynécologue que les hommes trans et les personnes trans non-binaires avec un $p = 0.018$.

Plus précisément, 83.3% (n=15) des femmes trans qui avaient un suivi gynécologique l'avaient réalisé avec un·e gynécologue, contre 53.8% (n=28) des hommes trans et 41.9% (n=13) des personnes trans non-binaires.

(b) Suivi par un·e sage-femme

(24.5% n=25) des participant·e·x·s réalisaient leur suivi gynécologique avec un·e sage-femme.

Après test de Chi2, il apparaissait que les hommes trans et les personnes trans non-binaires qui avaient un suivi gynécologique l'avaient réalisé plus souvent avec un·e sage-femme que les femmes trans avec un $p = 0.019$.

Plus précisément, 35.5% (n=11) des personnes trans non-binaires et 26.9% (n=14) des hommes trans et étaient concerné·x·s, contre 0.0% (n=0) des femmes trans.

(c) Suivi par un·e médecin généraliste

(24.5% n=25) des participant·e·x·s réalisaient leur suivi gynécologique avec un·e médecin généraliste.

Après test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative en fonction du genre, avec un $p = 0.319$.

(d) Suivi par un·e endocrinologue

(3.9% n=4) des participant·e·x·s réalisaient leur suivi gynécologique avec un·e endocrinologue.

Après test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative en fonction du genre, avec un $p = 0.079$.

2. Santé liée à la sexualité

Dans le but de limiter la durée de réponse au questionnaire et de cibler les personnes à qui nous allions poser les questions relatives à la sexualité, nous avons débuté cette partie en demandant aux participant·e·x·s s'ils-elles avaient une activité sexuelle actuelle ou passée.

70.4% (n=362) des participant·e·x·s ont répondu avoir ou avoir eu une activité sexuelle et 27.6% des participant·e·x·s ont répondu ne pas avoir eu d'activité sexuelle.

Les personnes non concernées n'ont donc pas accédé à cette partie du questionnaire.

a) Prévention des IST

(1) Méthodes utilisées

Nous avons demandé aux participant·e·x·s quelles méthodes ils-elles utilisaient dans le but de réduire le risque de transmission des IST avec leur(s) partenaire(s). Les répondant·e·x·s pouvaient identifier plusieurs méthodes.

Ainsi, la plupart des répondant·e·x·s (64.1%, n=232) avaient identifié le préservatif externe comme moyen de prévention de risque d'IST. Venaient ensuite les pratiques sexuelles alternatives (47.2%, n=171) puis l'absence de relations sexuelles (8.0%, n=29) et l'utilisation de gants en latex (7.7%, n=28). Les méthodes suivantes concernaient moins de 5% de la population répondante : prise de la PrEP (4.7%, n=17), utilisation du préservatif interne (3.9%, n=14), utilisation de la digue dentaire (3.0%, n=11), utilisation d'un doigtier (1.9%, n=7), utilisation de la PEP (1.1%, n=4), traitement du VIH (0.3%, n=1).

Une personne sur 5 avait déclaré n'utiliser aucune des méthodes citées ci-dessus (21.6%, n=78).

(2) Utilisation de la PrEP

Nous avons ensuite demandé aux participant·e·x·s s'ils-elles savaient ce qu'était la PrEP. 234 personnes ont répondu connaître la PrEP. Nous leur avons ensuite demandé s'ils-elles l'utilisaient et si oui de manière continue ou à la demande.

18 personnes ont répondu qu'elles utilisaient la PrEP, dont 8 de manière continue et 10 à la demande. Cela représentait respectivement 3.4% et 4.3% des personnes ayant accédé à cette question. 44.0% des répondant·e·x·s avaient déclaré ne pas utiliser la PrEP mais qu'ils-elles pourraient s'y intéresser (n=103).

Après comparaisons par test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative en fonction du genre des répondant·e·x·s, sauf concernant la prise de la PrEP en continu.

La PrEP était plus souvent prise en continu par les femmes trans que par les personnes trans non-binaires et les hommes trans, de manière statistiquement significative avec $p = 0.001$.

Plus précisément, 12.5% (n=8) des femmes trans qui connaissaient la PrEP la prenaient en continu, contre 1.9% (n=1) des personnes trans non-binaires et 0.9% (n=1) des hommes trans.

(3) Dépistages

Nous avons demandé à tou·te·x·s les participant·e·x·s à quand remontait leur dernier dépistage des IST. 28.3% (n=147) rapportaient avoir fait le dernier dépistage au cours de l'année écoulée.

Après test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative concernant la date du dernier dépistage des IST des répondant·e·x·s en fonction de leur genre.

b) Comportements à risques

Nous avons ensuite demandé aux participant·e·x·s d'identifier parmi différentes pratiques à risque de transmission d'IST lesquelles ils-elles avaient réalisées au cours des 12 derniers mois.

25.0% (n=128) des répondant·e·x·s avaient déclaré avoir eu une ou plusieurs relation(s) sexuelle(s) sous drogues ou alcool. 14.6% (n=75) des répondant·e·x·s déclaraient avoir eu une ou plusieurs relation(s) sexuelle(s) non protégée(s) avec un·e partenaire à risque. 5.7% (n=29) des participant·e·x·s avaient déclaré avoir pratiqué le chemsex¹² et 2.7% (n=14) déclaraient

¹² Le chemsex peut être défini comme l'utilisation de produits psychoactifs pendant et pour les relations sexuelles.

avoir partagé des aiguilles dans le cadre d'injections auto-administrées. Aucune personne n'avait déclaré avoir pratiqué le slam¹³ au cours des 12 derniers mois.

Après test de Chi2 pour chacune de ces données, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative concernant les comportements à risque de transmission d'IST des répondant·e·x·s en fonction de leur genre.

c) Prévalence des IST

Nous avons demandé aux participant·e·x·s d'identifier les infections sexuellement transmissibles qu'ils·elles avaient déjà contractées au cours de leur vie.

- L'infection la plus fréquemment rapportée était celle à Chlamydia trachomatis, qui concernait 4.8% de la population (n=25)
- 2.7% (n=14) des répondant·e·x·s avaient été infecté·e·x·s par Neisseria gonorrhoea
- 2.3% (n=12) des répondant·e·x·s avaient identifié l'Human papillomavirus (HPV)
- 2.1% (n=11) des répondant·e·x·s avaient identifié l'herpès génital
- 0.6% (n=3) des répondant·e·x·s avaient identifié la syphilis
- 0.6% (n=3) des répondant·e·x·s avaient identifié le VIH
- 0.4% (n=2) des répondant·e·x·s avaient identifié l'hépatite B
- 0.2% (n=1) des répondant·e·x·s avaient identifié l'hépatite C
- 79.8% (n=414) des répondant·e·x·s avaient déclaré n'avoir eu aucune des infections citées ci-dessus
- 5.4% des répondant·e·x·s avaient coché la case « Je ne sais pas »

Après comparaison par test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative en fonction du genre des répondant·e·x·s, sauf concernant l'infection à HPV. L'infection par l'HPV avait plus souvent été identifiée par les personnes trans non-binaires que par les femmes trans et les hommes trans, de manière statistiquement significative avec $p = 0.037$.

¹³ Le slam peut être défini comme l'utilisation de produits psychoactifs injectables pendant et pour les relations sexuelles.

Plus précisément, 5.7% (n=6) des personnes trans non-binaires étaient concerné·x·s, contre 1.7% (n=3) des femmes trans et 1.3% (n=3) des hommes trans.

d) Contraception

(1) Auto-évaluation du besoin de contraception

Nous avons demandé aux participant·e·x·s ayant une activité sexuelle actuelle ou passée s'ils·elles avaient besoin d'une contraception.

- 56.1% (n=203) des participant·e·x·s avaient répondu ne pas avoir besoin de contraception
- 43.9% (n=159) avaient répondu en avoir besoin

(2) Moyen

Nous avons ensuite demandé aux participant·e·x·s qui avaient besoin d'une contraception quelles méthodes de contraception ils·elles utilisaient.

La grande majorité des répondant·e·x·s, soit 69.8% (n=111) utilisaient le préservatif externe et 25.2% (n=40) utilisaient d'autres méthodes, dont la moitié (soit 12.6% du total) utilisaient une contraception hormonale.

E. Consommations de substances psychoactives

Les résultats concernant les consommations de substances psychoactives sont présentés dans le tableau 11, partie H.

1. Alcool

Nous avons évalué la consommation d'alcool des participant·e·x·s en leur demandant quelle était leur consommation d'alcool récente.

- 49.7% (n=254) des répondant·e·x·s avaient déclaré avoir consommé de l'alcool dans les 7 derniers jours
- 15.5% (n=79) avaient déclaré avoir consommé de l'alcool dans les 30 derniers jours
- 28.4% (n=145) avaient déclaré ne pas avoir consommé d'alcool au cours des 30 derniers jours
- 5.5% (n=28) avaient déclaré ne jamais consommer d'alcool
- 6.1% (n=31) des répondant·e·x·s avaient déclaré avoir consommé de l'alcool tous les jours

Après test de Chi2 pour chacune de ces données il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative concernant la consommation d'alcool des répondant·e·x·s en fonction de leur genre.

2. Tabac

Nous avons ensuite demandé aux répondant·e·x·s s'ils·elles étaient fumeur·se·x·s. 48.9% (n=250) ont déclaré ne jamais avoir été fumeur·se·x·s. 4.7% (n=24) ont déclaré vapoter uniquement.

19.2% (n=19.2) des répondant·e·x·s ont déclaré être fumeur·se·x·s actif·ve·x·s. 15.9% (n=81) des répondant·e·x·s ont déclaré être d'ancien·ne·x·s fumeur·se·x·s. 11.2% (n=57) des répondant·e·x·s ont déclaré être fumeur·se·x·s occasionnel·le·x·s.

Après test de Chi2, il apparaissait une différence statistiquement significative concernant le fait de fumer ou non en fonction du genre : les hommes trans fumaient plus souvent que les personnes trans non-binaires et les femmes trans, avec un $p = 0.017$.

Plus précisément, 36.6% (n=85) des hommes trans étaient fumeurs actifs, contre 28.2% (n=29) des personnes trans non-binaires et 23.7% (n=41) des femmes trans.

3. Autres substances psychoactives

Nous avons demandé aux participant·e·s s'ils·elles consommaient des drogues ou des produits psychoactifs. 32.1% (n=164) ont répondu consommer des drogues ou produits psychoactifs et 67.7% (n=346) ont répondu ne pas en consommer. Les résultats des questions concernant les consommations de drogues et produits psychoactifs sont présentés dans le tableau 11, partie H.

a) Produits consommés

Nous avons demandé aux 164 personnes qui avaient déclaré consommer des produits psychoactifs de les identifier au sein de la liste suivante :

- Cannabis : 82.9% (n=136)
- Poppers : 22.6% (n=37)
- Drogues de synthèse : 22.0% (n=36). Pour cette proposition il était signalé entre parenthèses : « ecstasy / speed / amphétamines / GHB ».
- Cocaïne : 14.0% (n=23)
- Autres : 13.4% (n=22) dont 7 personnes (4.3%) avaient cité la kétamine.
- Autres opiacés : 5.5% (n=9)
- Protoxyde d'azote : 3.7% (n=6)
- Traitements de substitution aux opiacés : 1.8% (n=3)
- Héroïne : 0.6% (n=1)

Après comparaison par test de Chi2 pour chacune de ces données, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative en fonction du genre.

b) Mode de consommation

Nous demandions ensuite à ces mêmes personnes quel était leur mode de consommation de ces drogues. Les résultats étaient les suivants :

- Fumé : 82.3% (n=135)
- Ingéré : 33.5% (n=55)
- Sniffé : 31.7% (n=52)
- Inhalé : 20.7% (n=34)
- Injecté : 1.2% (n=2)
- Consommé dans le cadre du slam : 0.0 (n=0)
- Autres 3.0% (n=5)

Après test de Chi2 pour chacune de ces données il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative en fonction du genre.

c) Contexte de consommation

Nous demandions ensuite aux participant·e·x·s dans quel(s) contexte(s) ils·elles avaient l'habitude de consommer les drogues citées.

- 72.4% (n=121) des personnes déclaraient consommer ces drogues dans un contexte festif
- 12.2% (n=20) des personnes déclaraient consommer ces drogues dans un contexte sexuel (chemsex)
- 45.1% (n=74) des personnes déclaraient consommer ces drogues seul·e·x
- 4.3% (n=7) des personnes déclaraient consommer ces drogues dans le cadre du travail
- 6.7% (n=11) des personnes déclaraient consommer ces drogues dans un autre contexte

Après test de Chi2 pour chacune de ces données il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative en fonction du genre.

F. Bien-être mental

Les résultats concernant le bien-être mental des participant·e·x·s sont présentés dans le tableau 12, partie H.

Nous avons commencé cette partie en demandant aux répondant·e·x·s comment ils·elles se sentaient dans leur vie « en ce moment ». Les résultats sont les suivants :

- 36.7% (n=187) ont répondu « Bien » ou « Très bien »
- 42.7% (n=223) ont répondu « Moyen »
- 27.2 % (n=139) ont répondu « Mal » ou « Très mal »

1. Consultations pour un soutien psychologique

a) Qui consulte

Nous avons demandé aux participant·e·x·s s'ils·elles avaient consulté un·e professionnel·le de santé pour un soutien psychologique aux cours des 12 derniers mois.

Plus des 2/3 des répondant·e·x·s avaient répondu positivement : 68.0% (n=344) avaient consulté un·e professionnel·le de santé dans ce but.

b) Quel·le·s professionnel·le·s de santé sont consulté·e·s

Nous avons demandé à ces personnes quel·le(s) professionnel·le(s) ils·elles avaient consulté·e·s dans le but d'avoir un soutien psychologique au cours des 12 derniers mois :

- 66.6% (n=229) avaient consulté un·e psychologue
- 57.0% (n=196) avaient consulté un·e psychiatre
- 31.1% (n=107) avaient consulté un·e médecin généraliste
- 8.1% (n=28) avaient consulté un·e infirmier·ère
- 5.8% (n=20) avaient consulté un·e professionnel·le de santé pratiquant une médecine alternative/traditionnelle/non allopathique
- 6.1% (n=21) avaient coché la case « autre »

c) Raisons de non-consultation

Parmi les 91 personnes qui n'avaient pas consulté de professionnel·le(s) de santé malgré un besoin de soutien psychologique ressenti, nous avons demandé d'identifier pour quelles raisons, parmi les suivantes :

- Mauvaises expériences passées avec des professionnel·le·s de santé : 58.2% (n=53)
- Peur d'être discriminé·e·x en tant que personne trans : 56.0% (n=51)
- Manque de moyens financiers pour consulter : 46.2% (n=42)
- Problème réglé en discutant avec l'entourage : 18.7% (n=17)
- Impossibilité d'atteindre le lieu de rendez-vous : 9.9% (n=9)
- Refus d'une consultation sur un motif transphobe : 4.4% (n=4)
- 17.6% (n=16) des répondant·e·x·s avaient coché la réponse « Autre »

2. Difficultés liées au sommeil

a) Présence de troubles du sommeil

Nous avons demandé aux participant·e·x·s s'ils·elles avaient déjà rencontré des difficultés liées au sommeil au cours de leur vie. 87.2% (n=441) ont répondu oui. Après comparaison par test de Chi2 il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative en fonction du genre concernant la présence de troubles de sommeil.

b) Différents problèmes liés du sommeil

Nous avons ensuite posé la question des différents problèmes de sommeil rencontrés au cours de leur vie.

- 85.7% (n=378) rapportaient avoir éprouvé des difficultés d'endormissement
- 67.6% (n=298) rapportaient avoir éprouvé un problème de réveils nocturnes
- 51.0% (n=225) rapportaient avoir éprouvé des cauchemars
- 39% (n=173) rapportaient avoir éprouvé une hypersomnie
- 38.3% (n=169) rapportaient avoir éprouvé un problème de réveils précoces

- 35.6% (n=157) rapportaient avoir éprouvé une inversion du rythme nyctéméral
- 35.2% (n=155) rapportaient avoir éprouvé des insomnies complètes
- 6.1% (n=27) rapportaient avoir éprouvé d'autres problèmes liés au sommeil

Après comparaison par test de Chi2 pour chacune de ces données, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative en fonction du genre, excepté concernant les difficultés d'endormissement et l'hypersomnie qui étaient plus fréquemment déclarées par les personnes trans non-binaires et les hommes trans que par les femmes trans, avec respectivement $p = 0.024$ et $p = 0.002$.

Plus précisément, 93.2% (n=82) des personnes trans non-binaires avaient présenté des difficultés d'endormissement, contre 86.6% (n=175) des hommes trans et 80.5% (n=120) des femmes trans.

Concernant l'insomnie, 48.9% (n=43) des personnes trans non-binaires avaient présenté une insomnie, contre 43.6% (n=88) des hommes trans et 28.2% (n=42) des femmes trans.

3. Difficultés liées à l'alimentation

Nous avons demandé aux participant·e·x·s s'ils·elles avaient déjà éprouvé les difficultés suivantes vis-à-vis de leur alimentation ou leur poids au cours de leur vie.

a) Boulimie / hyperphagie

31.8% (n=162) rapportaient avoir rencontré un problème de boulimie/hyperphagie.

Après test de Chi2 il apparaissait une différence statistiquement significative concernant la boulimie/hyperphagie en fonction du genre des répondant·e·x·s : les hommes trans et les personnes trans non-binaires avaient plus souvent rapporté avoir présenté une boulimie/hyperphagie que les femmes trans, avec un $p = 0.035$.

36.7% (n=84) des hommes trans et 33.7% (n=35) des personnes trans non-binaires avaient présenté une boulimie/hyperphagie, contre 24.7% (n=43) des femmes trans.

b) Anorexie

21.0% (n=107) rapportaient avoir rencontré un problème d'anorexie.

Après test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative concernant le milieu de vie des répondant·e·x·s en fonction de leur genre, avec un $p = 0.714$.

c) Hyperactivité sportive dans le but de maigrir

13.9% (n=71) rapportaient avoir pratiqué une hyperactivité sportive dans le but de maigrir.

Après test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative concernant le milieu de vie des répondant·e·x·s en fonction de leur genre, avec un $p = 0.310$.

d) Aucun des problèmes cités ci-dessus

49.6% (n=253) rapportaient n'avoir rencontré aucun des problèmes cités ci-dessus.

Après test de Chi2 il apparaissait une différence statistiquement significative concernant le fait de n'avoir présenté aucun de ces problèmes, en fonction du genre des répondant·e·x·s : les hommes trans et les personnes trans non-binaires avaient moins souvent coché cette case que les femmes trans, avec un $p = 0.041$.

45.9% (n=105) des hommes trans et 45.2% (n=47) des personnes trans non-binaires avaient déclaré n'avoir présenté aucun de ces problèmes, contre 57.5% (n=100) des femmes trans.

4. Antécédents psychiatriques, risque suicidaire

a) Antécédents psychiatriques identifiés

Nous avons demandé aux participant·e·x·s s'ils-elles avaient rencontré les difficultés suivantes au cours de leur vie :

- 78.2 (n=399) rapportaient avoir présenté un trouble anxieux
- 75.7% (n=386) rapportaient avoir présenté un syndrome dépressif
- 37.3% (n=190) rapportaient avoir présenté un syndrome de stress post-traumatique

- 9.6% (n=49) rapportaient n'avoir présenté un trouble bipolaire
- 9.0% (n=46) rapportaient n'avoir présenté aucune des difficultés citées ci-dessus

Après comparaison par test de Chi2 pour chacune de ces données, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative en fonction du genre des répondant·e·x·s.

b) Antécédents d'acte auto-agressif

(1) Au cours de la vie

71.2% (n=360) des personnes interrogées avaient réalisé un acte auto-agressif au cours de leur vie.

Après test de Chi2 il apparaissait une différence statistiquement significative concernant le fait d'avoir réalisé un acte auto-agressif au cours de sa vie : les hommes trans et les personnes trans non-binaires étaient plus souvent concerné·x·s que les femmes trans, avec un $p < 0.001$.

78.3% (n=177) des hommes trans et 77.5% (n=79) des personnes trans non-binaires avaient déclaré avoir réalisé un acte auto-agressif au cours de leur vie, contre 59.0% (n=102) des femmes trans.

(2) Au cours des 12 derniers mois

Parmi ces personnes, 44.9% (n=161) avaient réalisé un acte auto-agressif au cours des 12 derniers mois. Cela représentait 31.8% de la totalité de la population interrogée.

c) Antécédents d'idées suicidaires

(1) Au cours de la vie

89.3% (n=452) des personnes interrogées avaient eu des idées suicidaires au cours de leur vie.

Après test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative en fonction du genre, avec un $p = 0.698$.

(2) *Au cours des 12 derniers mois*

Parmi ces personnes, 41.9% (n=189) avaient eu des idées suicidaires au cours des 12 derniers mois. Cela représentait 37.3% de la totalité de la population interrogée.

d) Antécédents de tentative de suicide

(1) *Au cours de la vie*

Parmi les personnes qui avaient eu des idées suicidaires au cours de leur vie, 42.8% (n=193) avaient déjà fait une tentative de suicide.

Après test de Chi², il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative en fonction du genre, avec un $p = 0.512$.

(2) *Au cours des 12 derniers mois*

Parmi ces personnes, 22.3% (n=43) avaient fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois. Cela représentait 8.5% de la totalité de la population interrogée.

G. Santé liée à la transition

1. Actes réalisés dans le cadre de la transition

Les résultats des questions concernant les actes réalisés dans le cadre de la transition sont présentés dans le tableau 13, partie H.

Pour chaque type d'actes nous avons demandé aux participant·e·x·s s'ils·elles avaient réalisé les actes cités. A chaque proposition il était possible de répondre « Oui » « Non, mais je l'envisage » « Non » ou « Non, et je ne l'envisage pas ». Pour des raisons de lisibilité des résultats, nous avons recodé les réponses en « Envisagé » lorsque les personnes avaient répondu « Non, mais je l'envisage », et en « Non » lorsqu'elles avaient répondu « Non, et je ne l'envisage pas ».

a) Expression de genre, actes non médicaux

Parmi les actes non médicaux s'inscrivant dans la transition sociale non médicale des personnes trans, les résultats étaient les suivants :

(1) Changement occasionnel d'expression de genre

81.7% (n=407) des répondant·e·x·s avaient réalisé un changement occasionnel de l'expression de genre et 3.8% (n=19) d'entre eux·elles ne l'avaient pas réalisé mais l'envisageaient.

Après comparaison par test de Chi², il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative entre les 2 groupes avec un $p = 0.074$.

(2) Changement permanent d'expression de genre

80.0% (n=397) des répondant·e·x·s avaient réalisé un changement permanent de l'expression de genre et 10.3% (n=51) d'entre eux·elles ne l'avaient pas réalisé mais l'envisageaient.

Après test de Chi² il apparaissait une différence statistiquement significative concernant le fait d'avoir réalisé un changement permanent d'expression de genre : les hommes trans étaient

plus souvent concernés que les femmes trans et les personnes trans non-binaires, avec un $p < 0.001$.

92.4% (n=208) des hommes trans étaient concernés, contre 72.5% (n=124) des femmes trans et 65.7% (n=65) des personnes trans non-binaires.

(3) *Pratique sportive intense dans le but de sculpter le corps*

27.8% (n=138) des répondant·e·x·s avaient pratiqué une activité sportive intense dans le but de sculpter leur corps et 25.6% (n=127) d'entre eux·elles ne l'avaient pas réalisé mais l'envisageaient.

Après test de Chi2 il apparaissait une différence statistiquement significative concernant le fait d'avoir réalisé une pratique sportive intense dans le but de sculpter le corps : les hommes trans étaient plus souvent concernés que les femmes trans et les personnes trans non-binaires, avec un $p < 0.001$.

35.7% (n=81) des hommes trans étaient concernés, contre 21.4% (n=36) des femmes trans et 20.8% (n=21) des personnes trans non-binaires.

(4) *Electrolyse / Laser*

26.7% (n=133) des répondant·e·x·s avaient réalisé des séances de laser ou d'électrolyse dans un but d'épilation et 11.3% (n=56) d'entre eux·elles ne l'avaient pas réalisé mais l'envisageaient.

Après test de Chi2 il apparaissait une différence statistiquement significative concernant le fait d'avoir réalisé des séances d'électrolyse ou de laser : les femmes trans étaient plus souvent concernées que les hommes trans et les personnes trans non-binaires, avec un $p < 0.001$.

66.7% (n=114) des femmes trans étaient concernées, contre 3.6% (n=8) des hommes trans et 11.0% (n=11) des personnes trans non-binaires.

(5) *Séances d'orthophonie*

19.2% (n=95) des répondant·e·x·s avaient réalisé des séances d'orthophonie / thérapie vocale et 27.1% (n=134) d'entre eux·elles ne l'avaient pas réalisé mais l'envisageaient.

Après test de Chi2 il apparaissait une différence statistiquement significative concernant le fait d'avoir réalisé des séances d'orthophonie : les femmes trans étaient plus souvent concernées que les hommes trans et les personnes trans non-binaires, avec un $p < 0.001$.

43.5% (n=73) des femmes trans étaient concernées, contre 5.8% (n=13) des hommes trans et 9.0% (n=9) des personnes trans non-binaires.

(6) *Consommation de protéines en poudre dans le but de sculpter le corps*

9.1% (n=45) des répondant·e·x·s avaient consommé des protéines dans le but de sculpter leur corps et 5.7% (n=28) d'entre eux·elles ne l'avaient pas réalisé mais l'envisageaient.

Après test de Chi2 il apparaissait une différence statistiquement significative concernant le fait d'avoir consommé des protéines en poudre dans le but de sculpter le corps : les hommes trans étaient plus souvent concernés que les femmes trans et les personnes trans non-binaires, avec un $p < 0.001$.

15.4% (n=35) des hommes trans étaient concernés, contre 2.4% (n=4) des femmes trans et 5.9% (n=6) des personnes trans non-binaires.

b) Transition sociale et administrative

Concernant les actes relatifs à la transition sociale et administrative, les résultats étaient les suivants :

(1) *Changement de genre auprès de l'entourage*

91.8% (n=457) des répondant·e·x·s avaient changé de genre auprès de leur entourage et 6.2% (n=31) d'entre eux·elles ne l'avaient pas réalisé mais l'envisageaient.

Après test de Chi2 il apparaissait une différence statistiquement significative concernant le fait d'avoir changé de genre auprès de l'entourage : les hommes trans et les femmes trans étaient plus concerné·e·s que les personnes trans non-binaires, avec un $p = 0.018$.

93.8% (n=213) des hommes trans et 91.2% (n=155) des femmes trans étaient concerné·e·s, contre 88.0% (n=88) des personnes trans non-binaires.

(2) *Changement de prénom auprès de l'entourage*

85.8% (n=429) des répondant·e·x·s avaient changé de prénom auprès de leur entourage et 7.6% (n=38) d'entre eux·elles ne l'avaient pas réalisé mais l'envisageaient.

Après test de Chi2 il apparaissait une différence statistiquement significative concernant le fait d'avoir changé de prénom auprès de l'entourage : les hommes trans et les femmes trans étaient plus concerné·e·s que les personnes trans non-binaires, avec un $p < 0.001$.

89.0% (n=202) des hommes trans et 88.9% (n=152) des femmes trans étaient concerné·e·s, contre 73.3% (n=74) des personnes trans non-binaires.

(3) *Changement de genre dans les documents administratifs*

42.3% (n=212) des répondant·e·x·s avaient changé de genre dans leurs documents administratifs et 39.5% (n=198) d'entre eux·elles ne l'avaient pas réalisé mais l'envisageaient.

Après test de Chi2 il apparaissait une différence statistiquement significative concernant le fait d'avoir changé de genre dans les documents administratifs : les hommes trans et les femmes trans étaient plus concerné·e·s que les personnes trans non-binaires, avec un $p < 0.001$.

48.5% (n=110) des hommes trans et 45.9% (n=79) des femmes trans étaient concerné·e·s, contre 21.8% (n=22) des personnes trans non-binaires.

(4) *Changement de prénom dans les documents administratifs*

57.1% (n=286) des répondant·e·x·s avaient changé de prénom dans leurs documents administratifs et 31.6% (n=158) d'entre eux·elles ne l'avaient pas réalisé mais l'envisageaient.

Après test de Chi2 il apparaissait une différence statistiquement significative concernant le fait d'avoir changé de prénom dans les documents administratifs : les hommes trans et les femmes trans étaient plus concerné·e·s que les personnes trans non-binaires, avec un $p < 0.001$.

65.6% (n=149) des hommes trans et 59.9% (n=103) des femmes trans étaient concerné·e·s, contre 32.7% (n=33) des personnes trans non-binaires.

(5) *Changement de genre à l'état civil*

28.7% (n=143) des répondant·e·x·s avaient changé la « mention de sexe », c'est-à-dire le genre, à l'état civil et 47.3% (n=236) d'entre eux·elles ne l'avaient pas réalisé mais l'envisageaient.

Après test de Chi2 il apparaissait une différence statistiquement significative concernant le fait d'avoir changé de genre à l'état civil : les hommes trans et les femmes trans étaient plus concerné·e·s que les personnes trans non-binaires, avec un $p < 0.001$.

31.0% (n=70) des hommes trans et 35.1% (n=60) des femmes trans étaient concerné·e·s, contre 11.9% (n=12) des personnes trans non-binaires.

(6) *Changement de prénom à l'état civil*

54.9% (n=275) des répondant·e·x·s avaient changé leur prénom à l'état civil et 32.7% (n=164) d'entre eux·elles ne l'avaient pas réalisé mais l'envisageaient.

Après test de Chi2 il apparaissait une différence statistiquement significative concernant le fait d'avoir changé de prénom à l'état civil : les hommes trans et les femmes trans étaient plus concerné·e·s que les personnes trans non-binaires, avec un $p < 0.001$.

63.0% (n=143) des hommes trans et 58.1% (n=100) des femmes trans étaient concerné·e·s, contre 30.7% (n=31) des personnes trans non-binaires.

c) Transition médicale et chirurgicale

Concernant les actes réalisés dans le cadre de la transition médicale et chirurgicale, les résultats étaient les suivants :

(1) Prise d'hormones

70.3% (n=352) des répondant·e·x·s avaient pris des hormones dans le cadre de leur transition et 19.2% (n=96) d'entre eux·elles ne l'avaient pas réalisé mais l'envisageaient.

Après test de Chi2 il apparaissait une différence statistiquement significative concernant le fait d'avoir pris des hormones dans le cadre de la transition : les hommes trans et les femmes trans étaient plus concerné·e·s que personnes trans non-binaires, avec un $p < 0.001$.

81.4% (n=140) des femmes trans et 78.0% (n=177) des hommes trans étaient concerné·e·s, contre 33.7% (n=34) des personnes trans non-binaires.

(2) Opération(s) du torse / de la poitrine

22.9% (n=114) des répondant·e·x·s avaient réalisé une ou plusieurs opérations du torse / de la poitrine et 45.8% (n=228) d'entre eux·elles ne l'avaient pas réalisé mais l'envisageaient.

Après test de Chi2 il apparaissait une différence statistiquement significative concernant le fait d'avoir fait une ou plusieurs opérations du torse / de la poitrine dans le cadre de la transition en fonction du genre des répondant·e·x·s : les hommes trans étaient plus concernés que les personnes trans non-binaires et les femmes trans, avec un $p < 0.001$.

39.2% (n=89) des hommes trans étaient concernés, contre 8.9% (n=15) des femmes trans et 9.9% (n=10) des personnes trans non-binaires.

(3) Opération(s) du visage

4.9% (n=24) des répondant·e·x·s avaient réalisé une ou plusieurs opérations du visage et 16.2% (n=80) d'entre eux·elles ne l'avaient pas réalisé mais l'envisageaient.

Après test de Chi2 il apparaissait une différence statistiquement significative concernant le fait d'avoir fait une ou plusieurs opérations du visage dans le cadre de la transition : les femmes trans étaient plus concernées que les personnes trans non-binaires et les hommes trans, avec un $p < 0.001$.

13.5% (n=23) des femmes trans étaient concernées, contre 0.0% (n=0) des hommes trans et 1% (n=1.0) des personnes trans non-binaires.

(4) *Opération(s) des organes génitaux*

10.8% (n=54) des répondant·e·x·s avaient réalisé une ou plusieurs opérations des organes génitaux et 33.5% (n=167) d'entre eux·elles ne l'avaient pas réalisé mais l'envisageaient.

Après test de Chi2 il apparaissait une différence statistiquement significative concernant le fait d'avoir fait une ou plusieurs opérations des organes génitaux dans le cadre de la transition : les femmes trans étaient plus concernées que les hommes trans et les personnes trans non-binaires, avec un $p < 0.001$.

17.7% (n=30) des femmes trans étaient concernées, contre 8.9% (n=20) des hommes trans et 4.0% (n=4) des personnes trans non-binaires.

(5) *Autre(s) opération(s)*

6.7% (n=32) des répondant·e·x·s avaient réalisé d'autres opérations dans le cadre de leur transition et 14.7% (n=70) d'entre eux·elles ne l'avaient pas réalisé mais l'envisageaient.

Après test de Chi2 il apparaissait une différence statistiquement significative concernant le fait d'avoir fait d'autres opérations dans le cadre de la transition : les femmes trans étaient plus concernées que les hommes trans et les personnes trans non-binaires, avec un $p < 0.001$.

9.9% (n=16) des femmes trans étaient concernées, contre 6.3% (n=14) des hommes trans et 2.2% (n=2) des personnes trans non-binaires.

(6) Injections de remplisseurs cutanés

1.6% (n=32) des répondant·e·x·s avaient réalisé des injections de remplisseurs cutanés et 5.5% (n=27) d'entre eux·elles n'en avaient pas réalisé mais l'envisageaient.

Après test de Chi2 il apparaissait une différence statistiquement significative concernant le fait d'envisager l'utilisation de remplisseurs cutanés dans le cadre de la transition : les femmes trans étaient plus concernées que les hommes trans et les personnes trans non-binaires, avec un $p < 0.001$.

12.7% (n=21) des femmes trans envisageaient les injections de remplisseurs cutanés, contre 0.9% (n=2) des hommes trans et 4.0% (n=4) des personnes trans non-binaires.

2. Parcours de soin

Les résultats aux questions concernant le parcours de soins lié à la transition sont présentés dans le tableau 14, partie H.

a) Accompagnement médical de la transition

(1) Réalisé ou non

Nous avons demandé aux participant·e·x·s s'ils·elles avaient un suivi médical dans le cadre de leur transition. 72.3% (n=362) ont répondu avoir un suivi médical et 12.8% (n=64) ont rapporté ne pas avoir de suivi médical mais l'envisager.

(2) Quel secteur

Nous avons demandé aux participant·e·x·s qui avaient ou envisageaient d'avoir un suivi médical de leur transition dans quel secteur ils·elles le réalisaient ou le réaliseraient, hors chirurgie génitale.

(a) Parcours médical dans le secteur privé

49.8% (n=212) avaient réalisé ou souhaitaient réaliser leur parcours médical dans le secteur privé.

Après test de Chi2 il apparaissait une différence statistiquement significative concernant le fait de réaliser le parcours médical dans le privé : les hommes trans et les femmes trans étaient plus concerné·e·s que les personnes trans non-binaires, avec un $p = 0.035$.

55.3% (n=114) des hommes trans et 47.5% (n=77) des femmes trans étaient concerné·e·s, contre 36.8% (n=21) des personnes trans non-binaires.

(b) Parcours médical dans le secteur public

26.3% (n=112) avaient réalisé ou souhaitaient réaliser leur parcours médical dans le secteur public.

Après test de Chi2 il apparaissait une différence statistiquement significative concernant le fait de réaliser le parcours médical dans le public : les femmes trans étaient plus concerné·e·s que les hommes trans et les personnes trans non-binaires, avec un $p = 0.032$.

33.3% (n=54) des femmes trans étaient concernées, contre 22.8% (n=47) des hommes trans et 19.3% (n=11) des personnes trans non-binaires.

(c) Parcours médical mixte

22.3% (n=95) avaient réalisé ou souhaitaient réaliser un parcours médical mixte.

Après test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative concernant le fait d'avoir un parcours médical mixte en fonction du genre, avec un $p = 0.248$.

(d) Secteur médical non choisi

12.9% (n=55) ne savaient pas encore dans quel secteur ils·elles souhaitaient être suivi·e·x·s.

Après test de Chi2 il apparaissait une différence statistiquement significative concernant le fait de n'avoir pas encore choisi son secteur médical : les personnes trans non-binaires étaient plus concerné·x·s que les hommes trans et les femmes trans, avec un $p < 0.001$.

31.6% (n=18) des personnes trans non-binaires étaient concerné·x·s, contre 9.7% (n=20) des hommes trans et 10.5% (n=17) des femmes trans.

(e) Réponses autre

4.2% (n=18) ont coché la case « Autre ». Parmi ces personnes, 8 ont déclaré réaliser leur accompagnement médical de la transition au sein du Planning Familial, soit 1.9% du total.

(3) Choix du parcours de soin

Nous avons ensuite demandé aux participant·e·x·s d'identifier comment ils·elles avaient fait ce choix du parcours médical, parmi la liste proposée. Plusieurs réponses étaient possibles à cette question.

- 61.3% (n=261) ont déclaré avoir choisi ce parcours sur les conseils de personnes appartenant à la communauté trans et/ou LGBTQIA+
- 43.2% (n=184) ont déclaré avoir choisi ce parcours sur les conseils d'associations trans et/ou LGBTQIA+
- 28.3% (n=120) ont déclaré avoir choisi ce parcours en fonction de la proximité géographique
- 16.9% (n=72) ont déclaré avoir choisi ce parcours sur le conseil d'un·e médecin généraliste
- 16.7% (n=71) ont déclaré avoir choisi ce parcours pour des raisons financières
- 16.0% (n=68) ont déclaré avoir choisi ce parcours sur les conseils de leurs proches
- 9.4% (n=40) ont déclaré avoir choisi ce parcours sur les conseils d'un·e médecin spécialiste
- 5.2% (n=22) ont déclaré avoir choisi ce parcours par hasard
- 10.8% (n=57) ont déclaré avoir choisi ce parcours pour d'autres raisons que celles citées ci-dessus

b) Recours à des professionnel·le·s de la santé mentale dans le cadre de la transition

(1) Quel·le·s professionnel·le·s

Nous avons demandé aux participant·e·x·s d'identifier les professionnel·le·s de santé mentale qu'ils·elles avaient consulté dans le cadre de leur transition.

(a) Pas de consultation

26.8% (n=134) avaient déclaré ne pas consulter de professionnel·le de santé mentale dans le cadre de la transition

Après test de Chi2 il apparaissait une différence statistiquement significative concernant le fait de ne pas consulter de professionnel·le de santé mentale dans le cadre de la transition : les personnes trans non-binaires étaient plus concerné·x·s que les hommes trans et les femmes trans, avec un $p < 0.001$.

46.5% (n=47) des personnes trans non-binaires étaient concerné·x·s, contre 21.6% (n=49) des hommes trans et 22.1% (n=38) des femmes trans.

(b) Consultation d'un·e psychiatre

60.5% (n=303) avaient déclaré avoir consulté un·e psychiatre dans le cadre de la transition.

Après test de Chi2 il apparaissait une différence statistiquement significative concernant le fait de consulter un·e psychiatre dans le cadre de la transition : les personnes trans non-binaires étaient moins concerné·x·s que les hommes trans et les femmes trans, avec un $p < 0.001$.

28.7% (n=29) des personnes trans non-binaires étaient concerné·x·s, contre 67.0% (n=152) des hommes trans et 70.4% (n=121) des femmes trans.

(c) Consultation d'un·e psychologue

31.1% (n=156) avaient déclaré avoir consulté un·e psychologue dans le cadre de la transition.

Après test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative concernant le fait d'avoir consulté un·e psychologue dans le cadre de la transition en fonction du genre, avec un $p = 0.555$.

(2) Raisons de consultation des professionnel·le·s de santé mentale dans le cadre de la transition

Nous avons demandé aux 358 personnes qui avaient répondu avoir consulté un·e professionnel·le de santé mentale pour quelles raisons ils·elles avaient consulté ces professionnel·le·s. A nouveau, plusieurs réponses étaient possibles à cette question.

(a) Consultation de psychiatrie pour attestation

- 69.8% (n=250) ont déclaré avoir consulté un·e psychiatre dans le but d'obtenir une attestation.

Après test de Chi2 il apparaissait une différence statistiquement significative concernant le fait d'avoir consulté un·e psychiatre pour obtenir une attestation : les personnes trans non-binaires étaient moins concerné·x·s que les femmes trans et les hommes trans, avec un $p < 0.001$.

44.0% (n=22) des personnes trans non-binaires étaient concerné·x·s, contre 77.6% (n=135) des hommes trans et 69.2% (n=92) des femmes trans.

(b) Consultation de psychiatrie car protocole

31.0% (n=111) ont déclaré avoir consulté un·e psychiatre car cela faisait partie du protocole de soin.

Après test de Chi2 il apparaissait une différence statistiquement significative concernant le fait d'avoir consulté un·e psychiatre car cela faisait partie du protocole : les personnes trans non-

binaires étaient moins concerné·x·s que les femmes trans et les hommes trans, avec un $p = 0.039$.

24.0% (n=12) des personnes trans non-binaires étaient concerné·x·s, contre 27.0% (n=47) des hommes trans et 39.1% (n=52) des femmes trans.

(c) Consultation de psychiatrie car besoin de soin

19.3% (n=69) ont déclaré avoir consulté un·e psychiatre car ils·elles avaient besoin d'un accompagnement psychiatrique.

Après test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative en fonction du genre, avec un $p = 0.209$.

(d) Consultation de psychologie pour attestation

16.2% (n=58) ont déclaré avoir consulté un·e psychologue dans le but d'obtenir une attestation.

Après test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative en fonction du genre, avec un $p = 0.971$.

(e) Consultation de psychologue car protocole

10.1% (n=36) ont déclaré avoir consulté un·e psychologue car cela faisait partie du protocole de soin.

Après test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative en fonction du genre, avec un $p = 0.603$.

(f) Consultation de psychologie car besoin de soin

34.4% (n=123) ont déclaré avoir consulté un·e psychologue car ils·elles avaient besoin d'un accompagnement psychologique.

Après test de Chi2 il apparaissait une différence statistiquement significative concernant le fait d'avoir consulté un·e psychologue en raison d'un besoin de soin : les personnes trans non-binaires étaient plus concerné·x·s que les femmes trans et les hommes trans, avec un $p = 0.031$.

50.0% (n=25) des personnes trans non-binaires étaient concerné·x·s, contre 29.9% (n=52) des hommes trans et 34.6% (n=46) des femmes trans.

3. Transition hormonale

Les données recueillies concernant la transition hormonale sont présentées dans le tableau 16, partie H.

a) Consommations d'hormones

(1) Durée de prise des hormones

Nous avons vu plus haut que sur les 501 personnes interrogées, 70.3% (n=352) prenaient ou avaient pris des hormones dans le cadre de leur transition.

Parmi ces personnes, 95.0% (n=333) ont déclaré prendre des hormones au moment de renseigner le questionnaire et 4.3% (n=15) avaient arrêté leur prise d'hormones.

Nous avons ensuite demandé l'âge de début de prise des hormones. Chez les personnes qui avaient déclaré prendre des hormones au moment de renseigner le questionnaire, nous avons ainsi calculé la durée de prise des hormones.

Après test de Chi2 il apparaissait une différence statistiquement significative concernant le fait de prendre actuellement des hormones : les personnes trans non-binaires étaient moins concerné·x·s que les femmes trans et les hommes trans, avec un $p = 0.019$.

85.3% (n=29) des personnes trans non-binaires étaient concerné·x·s par la prise d'hormones, contre 93.8% (n=166) des hommes trans et 98.6% (n=137) des femmes trans.

La médiane de durée de prise des hormones était de 2 ans, avec des écarts interquartiles à 25% et 75% de 1 et 4 ans. La moyenne de durée de prise d'hormones était de 3.4 ans. Les extrêmes allaient de 0 à 40 ans de durée de prise d'hormones dans le cadre de la transition.

(2) *Consommation passée*

(a) *Raisons de l'arrêt*

Nous avons demandé aux 15 personnes qui avaient arrêté leur traitement hormonal pourquoi ils-elles l'avaient arrêté, parmi des réponses proposées.

- 46.7% (n=7) avaient arrêté le traitement hormonal car ils-elles avaient besoin d'une pause
- 33.3% (n=5) avaient arrêté le traitement hormonal pour des raisons de santé
- 13.3% (n=2) avaient arrêté le traitement hormonal en vue d'une préservation de fertilité
- 6.7% (n=1) avait arrêté le traitement hormonal en vue d'un projet parental
- 6.7% (n=1) avait arrêté le traitement hormonal en vue d'une chirurgie

La majorité des répondant-e-x-s a signalé une cause différente de celles proposées (60%, n=9), dont 5 personnes qui ont répondu avoir arrêté le traitement hormonal parce que les changements corporels survenus suite à la prise d'hormones les satisfaisaient.

(b) *Prévu d'en reprendre ou non*

Nous avons ensuite demandé à ces personnes s'ils-elles avaient prévu de reprendre des hormones

- 53.3% (n=8) ont répondu qu'ils-elles ne savaient pas encore s'ils-elles reprendraient des hormones
- 26.7% (n=4) ont répondu qu'ils-elles avaient prévu d'en reprendre
- 20.0% (n=3) ont répondu qu'ils-elles n'en reprendraient pas

b) Moyen de procuration des hormones

(1) *Moyen de procuration*

Afin d'évaluer par quels moyens les personnes concernées se procuraient les hormones, nous avons posé la question, en proposant de cocher une ou plusieurs réponses parmi les suivantes :

- 65.9% (n=232) avaient une ordonnance faite par un·e médecin spécialiste
- 50.6% (n=178) avaient une ordonnance faite par un·e médecin généraliste
- 4.8% (n=17) déclaraient que les hormones étaient fournies par un·e ami·e·x
- 4.8% (n=17) déclaraient que les hormones étaient partagées par un réseau d'entraide ou par des associations
- 2.3% (n=8) achetaient les hormones à d'autres personnes trans sur internet
- 1.7% (n=6) achetaient les hormones sur internet en passant par une pharmacie en ligne
- 0.6% (n=2) achetaient les hormones dans la rue
- 2.6% (n=9) avaient coché la réponse « Autre »

Au total, 69.0% (n=243) avaient une ordonnance faite par un·e médecin et 14.2% (n=50) se procuraient les hormones sans ordonnance.

Parmi les personnes qui se procuraient les hormones sur ordonnances, 95.4% (n=232) les obtenaient d'un·e médecin spécialiste et 73.2% (n=178) d'un·e médecin généraliste.

Parmi les personnes qui rapportaient prendre des hormones dans le cadre de leur transition, 6.0% (n=21) avaient déclaré ne pas avoir ni envisagé d'avoir un accompagnement médical de la transition.

Après comparaison par test de Chi² pour chacune de ces données, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative en fonction du genre, excepté concernant le fait de se procurer des hormones par achats sur internet à d'autres personnes trans, qui était plus fréquemment déclaré par les femmes trans et les personnes trans non-binaires que par les hommes trans, avec $p = 0.013$.

Plus précisément, 4.3% (n=6) des femmes trans et 5.9% (n=2) des personnes trans non-binaires achetaient leurs hormones à d'autres personnes trans sur internet, contre 0.0% (n=0) des hommes trans.

(2) *Informations cachées aux médecins dans le but d'obtenir une prescription hormonale*

(a) *Personnes concernées*

Nous avons demandé aux participant·e·x·s s'il leur était déjà arrivé de cacher une information à leur médecin dans le but d'obtenir une prescription d'hormones.

59.9% (n=211) des répondant·e·x·s ont déclaré que ça ne leur était pas arrivé.

38.9% (n=137) ont répondu avoir déjà caché une information à leur médecin dans le but d'obtenir une prescription d'hormones.

Après test de Chi2 il apparaissait une différence statistiquement significative concernant le fait d'avoir caché des informations aux médecins dans le but d'obtenir une prescription d'hormones : les hommes trans et les personnes trans non-binaires étaient plus souvent concerné·x·s que les femmes trans, avec un $p = 0.003$.

48.0% (n=85) des hommes trans et 41.2% (n=14) des personnes trans non-binaires étaient concerné·x·s, contre 27.1% (n=38) des femmes trans.

(b) *Types d'informations cachées*

Nous avons demandé à ces 137 personnes quel(s) type(s) d'information ils·elles avaient caché(s) dans ce but. Plusieurs réponses étaient possibles.

(i) *Mal-être psychologique*

47.5% (n=65) avaient déjà caché un mal-être psychologique.

Après test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative en fonction du genre, avec un $p = 0.297$.

(ii) *Identité de genre*

43.1% (n=59) avaient déjà caché leur véritable identité de genre.

Après test de Chi2 il apparaissait une différence statistiquement significative concernant le fait d'avoir caché sa véritable identité de genre : les personnes trans non-binaires et les hommes trans étaient plus souvent concerné·x·s que les femmes trans, avec un $p < 0.001$.

85.7% (n=12) des personnes trans non-binaires et 44.7% (n=38) des hommes trans étaient concerné·x·s, contre 23.7% (n=9) des femmes trans.

(iii) *Orientation sexuelle*

38.0% (n=52) avaient déjà caché leur orientation sexuelle.

Après test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative en fonction du genre, avec un $p = 0.103$.

(iv) *Dose d'hormones prise*

32.1% (n=44) avaient déjà caché la véritable dose d'hormones prises.

Après test de Chi2 il apparaissait une différence statistiquement significative concernant le fait d'avoir caché la dose d'hormones prises : les femmes trans et les personnes trans non-binaires étaient plus souvent concerné·e·x·s que les hommes trans, avec un $p < 0.001$.

65.8% (n=25) des femmes trans et 21.4% (n=3) des personnes trans non-binaires étaient concerné·e·x·s, contre 18.8% (n=16) des hommes trans.

(v) *Situation familiale*

20.4% (n=28) avaient déjà caché leur situation familiale.

Après test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative en fonction du genre, avec un $p = 0.284$.

(vi) *Symptômes physiques*

12.4% (n=17) avaient déjà caché des symptômes physiques.

Après test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative en fonction du genre, avec un $p = 0.052$.

(vii) Durée de prise d'hormones

11.0% (n=15) avaient déjà caché la véritable durée de prise d'hormones.

Après test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative en fonction du genre, avec un $p = 0.409$.

(viii) Anomalies sur le bilan sanguin

2.2% (n=3) avaient déjà caché des anomalies sur le bilan sanguin.

Après test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative en fonction du genre, avec un $p = 0.537$.

(ix) Réponses « Autres »

12.4% (n=17) avaient coché la réponse « autre ».

(3) Hormones injectées, choix de la personne qui réalise les injections

Aux personnes qui prenaient ou avaient pris des hormones, nous avons demandé si le traitement s'effectuait par injections, qui réalisait ces injections et comment ils-elles avaient choisi cette personne.

(a) Hormones injectées

68.2% (n=240) des participant·e·x·s avaient déclaré avoir ou avoir eu un traitement hormonal par injections.

(b) Par qui

- 58.8% (n=141) des personnes rapportaient que les injections étaient réalisées par un·e infirmier·ère
- 58.3% (n=140) des personnes rapportaient réaliser eux·elles-mêmes les injections
- 23.3% (n=56) des personnes rapportaient que les injections étaient réalisées par leurs proches
- 3.8% (n=9) des personnes rapportaient que les injections étaient réalisées par des personnes issues d'associations trans et LGBTQIA+
- 2.5% (n=6) des personnes rapportaient que les injections étaient réalisées par un·e médecin

(c) Choix de l'infirmier·ère

Aux personnes qui avaient déclaré que les injections d'hormones étaient réalisées par un·e infirmier·ère, nous avons demandé comment ils·elles avaient choisi cette personne.

- 71.6% (n=101) ont déclaré avoir choisi par proximité géographique
- 19.2% (n=27) ont déclaré avoir choisi par hasard
- 10.6% (n=15) ont déclaré avoir choisi sur les conseils de leurs proches
- 7.8% (n=11) ont déclaré avoir choisi sur les conseils de personnes trans ou LGBTQIA+
- 7.8% (n=11) ont déclaré que l'infirmier·ère en question était un·e ami·e·x/une connaissance
- 2.8% (n=4) ont déclaré avoir choisi sur les conseils d'associations trans et LGBTQIA+
- 2.8% (n=4) ont déclaré avoir choisi sur les conseils d'un·e médecin généraliste
- 7.1% (n=11) ont coché la réponse « Autre »

c) Problèmes de santé apparus après la prise d'hormones

Concernant les problèmes de santé rencontrés suite à la prise d'hormones, nous présenterons les résultats sous forme de total, puis en fonction du sexe assigné à la naissance. Cette décision a été prise afin de ne pas perdre d'informations et étant donné que les hormones féminisantes et masculinisantes ont des effets distincts sur l'organisme.

Nous désignons par le sigle anglophone AFAB « assigned female at birth » les personnes qui avaient été assigné·e·x·s filles à la naissance et par le sigle AMAB « assigned male at birth » les personnes qui avaient été assigné·e·x·s garçons à la naissance.

Lorsque nous parlerons de personnes AFAB, il s'agira donc d'hommes trans ou de personnes trans non-binaires.

Lorsque nous parlerons de personnes AMAB, il s'agira donc de femmes trans ou de personnes trans non-binaires.

Les différents résultats sont présentés dans le tableau 16, partie H.

(1) Répartition des problèmes de santé

Nous avons demandé aux participant·e·x·s s'ils·elles avaient présenté les problèmes de santé suivants suite à la prise d'hormones d'affirmation de genre.

(a) Problèmes dermatologiques

(i) Acné

Nous avons demandé aux participant·e·x·s s'ils·elles avaient présenté de l'acné suite à la prise du traitement hormonal d'affirmation de genre.

Au total, 41.4% (n=336) des répondant·e·x·s avaient présenté de l'acné. Parmi eux·elles,

- 65.6% (n=126) des personnes AFAB avaient présenté de l'acné
- 13% (n=9) des personnes AMAB avaient présenté de l'acné

Après comparaison par test de Chi², il apparaissait que les personnes AFAB, donc sous traitement hormonal masculinisant, avaient plus souvent présenté de l'acné de manière statistiquement significative avec un $p < 0.001$.

(ii) Hirsutisme

Nous avons demandé aux personnes prenant des hormones masculinisantes s'ils-elles avaient présenté un problème d'hirsutisme suite à la prise d'hormones.

17.6% (n=62) des répondant·e·x·s avaient présenté un hirsutisme.

(iii) Calvitie

Nous avons demandé aux personnes prenant des hormones masculinisantes s'ils-elles avaient présenté une calvitie suite à la prise d'hormones masculinisantes.

15.6% (n=55) des répondant·e·x·s avaient présenté une calvitie.

(b) Modifications du poids

Nous avons demandé aux participant·e·x·s s'ils-elles avaient présenté une modification de leur poids suite à la prise du traitement hormonal d'affirmation de genre.

(i) Modification ou non

Au total, 61.9% (n=185) des répondant·e·x·s avaient présenté une modification de leur poids. Parmi eux-elles,

- 62.4% (n=108) des personnes AFAB avaient présenté une modification de leur poids
- 61.1% (n=77) des personnes AMAB avaient présenté une modification de leur poids

Après comparaison par test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative entre les 2 groupes avec un $p = 0.817$.

(ii) Quelles modifications

Nous avons demandé aux personnes qui avaient déclaré avoir présenté une modification de leur poids suite à la prise d'hormones d'affirmation de genre dans quel sens cette modification avait eu lieu.

Prise de poids :

Au total, 70.7% (n=130) des répondant·e·x·s avaient présenté une prise de poids. Parmi eux·elles :

- 70.1% (n=75) des personnes AFAB avaient présenté une prise de poids
- 71.4% (n=55) des personnes AMAB avaient présenté une prise de poids

Perte de poids :

Au total, 9.8% (n=18) des répondant·e·x·s avaient présenté une perte de poids. Parmi eux·elles :

- 9.4% (n=10) des personnes AFAB avaient présenté une perte de poids
- 10.4% (n=8) des personnes AMAB avaient présenté une perte de poids

Prise et perte de poids survenues de manière alternative :

Au total, 19.6% (n=36) des répondant·e·x·s avaient présenté une alternance de prise et perte de poids. Parmi eux·elles :

- 20.6% (n=22) des personnes AFAB avaient présenté une alternance de prise et perte de poids
- 18.2% (n=14) des personnes AMAB avaient présenté une alternance de prise et perte de poids

En comparant les résultats via le test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative entre les 2 groupes avec un $p = 0.909$.

(c) Modifications de la libido

Nous avons demandé aux participant·e·x·s s'ils·elles avaient présenté une modification de leur libido suite à la prise d'hormones d'affirmation de genre et dans quel sens cette modification avait eu lieu.

Augmentation de la libido :

Au total, 36.2% (n=115) des répondant·e·x·s avaient présenté une augmentation de la libido.

Parmi eux·elles :

- 56.0% (n=102) des personnes AFAB avaient présenté une augmentation de la libido
- 9.6% (n=13) des personnes AMAB avaient présenté une augmentation de la libido

Diminution de la libido :

Au total, 26.4% (n=84) des répondant·e·x·s avaient présenté une diminution de la libido. Parmi eux·elles :

- 2.2% (n=4) des personnes AFAB avaient présenté une diminution de la libido
- 58.8% (n=80) des personnes AMAB avaient présenté une diminution de la libido

Variations fluctuantes de la libido :

Au total, 27.4% (n=87) des répondant·e·x·s avaient présenté une variation fluctuante de la libido. Parmi eux·elles :

- 34.1% (n=62) des personnes AFAB avaient présenté une variation fluctuante de la libido
- 18.4% (n=25) des personnes AMAB avaient présenté une variation fluctuante de la libido

Libido inchangée :

Au total, 10.1% (n=32) des répondant·e·x·s présentaient une libido inchangée. Parmi eux·elles :

- 7.7% (n=62) des personnes AFAB présentaient une libido inchangée
- 13.4% (n=18) des personnes AMAB présentaient une libido inchangée

Après comparaison par test de Chi², il apparaissait que les personnes AFAB, donc sous traitement hormonal masculinisant, avaient plus souvent présenté une augmentation de la libido ; les personnes AMAB avaient plus souvent présenté une baisse de libido, et les personnes AFAB présentaient plus souvent une fluctuation de libido. Ces différences apparaissaient de manière statistiquement significative avec un $p < 0.001$.

(d) Modification du bien-être mental

Nous avons demandé aux participant·e·x·s s'ils·elles avaient présenté une modification de leur bien-être mental suite à la prise d'hormones d'affirmation de genre et dans quel sens cette modification avait eu lieu.

Augmentation du bien-être mental :

Au total, 67.4% (n=215) des répondant·e·x·s avaient présenté une augmentation du bien-être mental. Parmi eux·elles :

- 66.5% (n=121) des personnes AFAB avaient présenté une augmentation du bien-être mental
- 68.6% (n=94) des personnes AMAB avaient présenté une augmentation du bien-être mental

Diminution du bien-être mental :

Au total, 3.5% (n=11) des répondant·e·x·s avaient présenté une diminution du bien-être mental. Parmi eux·elles :

- 1.7% (n=3) des personnes AFAB avaient présenté une diminution du bien-être mental
- 5.8% (n=8) des personnes AMAB avaient présenté une diminution du bien-être mental

Variations fluctuantes du bien-être mental :

Au total, 24.8% (n=79) des répondant·e·x·s avaient présenté une variation fluctuante du bien-être mental. Parmi eux·elles :

- 28% (n=51) des personnes AFAB avaient présenté une variation fluctuante du bien-être mental
- 20.4% (n=28) des personnes AMAB avaient présenté une variation fluctuante du bien-être mental

Bien-être mental inchangé :

Au total, 4.4% (n=14) des répondant·e·x·s présentaient un bien-être mental inchangé. Parmi eux·elles :

- 3.9% (n=7) des personnes AFAB présentaient un bien-être mental inchangé
- 5.1% (n=7) des personnes AMAB présentaient un bien-être mental inchangé

En comparant les résultats via le test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative entre les 2 groupes avec un $p = 0.105$.

(e) Douleurs

(i) Douleurs abdominales et pelviennes

Nous avons demandé aux participant·e·x·s s'ils·elles avaient présenté des douleurs abdominales et pelviennes suite à la prise du traitement hormonal d'affirmation de genre.

Au total, 24.1% (n=83) des répondant·e·x·s avaient présenté des douleurs abdominales et pelviennes. Parmi eux·elles :

- 32.7% (n=64) des personnes AFAB
- 12.8% (n=19) des personnes AMAB

Après comparaison par test de Chi2, il apparaissait que les personnes AFAB, donc sous traitement hormonal masculinisant, avaient plus souvent présenté des douleurs abdominales et pelviennes de manière statistiquement significative avec un $p < 0.001$.

(ii) Douleurs abdominales et pelviennes liées aux cycles hormonaux

Nous avons demandé aux participant·e·x·s s'ils·elles avaient présenté des douleurs abdominales et pelviennes liées aux cycles hormonaux suite à la prise du traitement hormonal d'affirmation de genre.

Au total, 18.9% (n=65) des répondant·e·x·s avaient présenté des douleurs abdominales et pelviennes liées aux cycles hormonaux. Parmi eux·elles :

- 24.0% (n=47) des personnes AFAB
- 12.2% (n=18) des personnes AMAB

Après comparaison par test de Chi2, il apparaissait que les personnes AFAB, donc sous traitement hormonal masculinisant, avaient plus souvent présenté des douleurs abdominales et pelviennes liées aux cycles hormonaux de manière statistiquement significative avec un $p = 0.006$.

(iii) Céphalées

Nous avons demandé aux participant·e·x·s s'ils-elles avaient présenté des céphalées suite à la prise du traitement hormonal d'affirmation de genre.

Au total, 13.4% (n=46) des répondant·e·x·s avaient présenté des céphalées. Parmi eux-elles :

- 11.7% (n=23) des personnes AFAB
- 15.5% (n=23) des personnes AMAB

En comparant les résultats via le test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative entre les 2 groupes avec un $p = 0.304$.

(f) Prurit

Nous avons demandé aux participant·e·x·s s'ils-elles avaient présenté un prurit suite à la prise du traitement hormonal d'affirmation de genre.

Au total, 11.9% (n=41) des répondant·e·x·s avaient présenté un prurit. Parmi eux-elles :

- 15.8% (n=31) des personnes AFAB
- 6.8% (n=10) des personnes AMAB

Après comparaison par test de Chi2, il apparaissait que les personnes AFAB, donc sous traitement hormonal masculinisant, avaient plus souvent présenté un prurit, et ce de manière statistiquement significative avec un $p = 0.010$.

(g) Lourdeur des jambes

Nous avons demandé aux participant·e·x·s s'ils-elles avaient présenté une lourdeur des jambes suite à la prise du traitement hormonal d'affirmation de genre.

Au total, 44% (n=12.8) des répondant·e·x·s avaient présenté une lourdeur des jambes. Parmi eux·elles :

- 10.7% (n=21) des personnes AFAB
- 15.5% (n=23) des personnes AMAB

En comparant les résultats via le test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative entre les 2 groupes avec un $p = 0.185$.

(h) Tensions dans la poitrine / dans le torse

Nous avons demandé aux participant·e·x·s s'ils·elles avaient présenté des tensions dans la poitrine ou dans le torse suite à la prise du traitement hormonal d'affirmation de genre.

Au total, 36.9% (n=127) des répondant·e·x·s avaient présenté des tensions dans la poitrine ou dans le torse. Parmi eux·elles :

- 8.2% (n=16) des personnes AFAB
- 75.0% (n=111) des personnes AMAB.

Après comparaison par test de Chi2, il apparaissait que les personnes AMAB, donc sous traitement hormonal féminisant, avaient plus souvent présenté des tensions dans la poitrine et ce de manière statistiquement significative avec un $p < 0.001$.

(i) Thromboses veineuses profondes

Nous avons demandé aux participant·e·x·s s'ils·elles avaient eu des problèmes vasculaires suite à la prise d'hormones.

Seulement 4 personnes ont répondu, toutes des personnes transféminines qui rapportaient avoir présenté une thrombose veineuse profonde. Ces 4 personnes étaient actuellement sous traitement hormonal et avaient 30 ans et plus. Ces données ne sont pas suffisantes pour pouvoir en tirer des conclusions significatives statistiquement.

(j) Aucun des problèmes cités

Les participant·e·x·s étaient invité·e·x·s à cocher la case « aucun des problèmes cités » s'ils-elles n'avaient présenté ni douleurs abdominales et pelviennes, ni céphalées, ni prurit, ni lourdeur des jambes, ni tension dans la poitrine ou le torse, suite à la prise d'hormones d'affirmation de genre.

Au total, 30.8% (n=106) des répondant·e·x·s ont déclaré n'avoir présenté aucun de ces problèmes. Parmi eux-elles :

- 40.3% (n=79) des personnes AFAB
- 18.2% (n=27) des personnes AMAB.

Après comparaison par test de Chi², il apparaissait que les personnes AMAB, donc sous traitement hormonal féminisant, avaient moins souvent coché cette case et ce de manière statistiquement significative avec un $p < 0.001$.

(2) Nécessité de modification des dosages hormonaux

Nous avons ensuite demandé aux participant·e·x·s s'ils-elles avaient rencontré la nécessité de modifier les dosages hormonaux et pour quelles raisons.

(a) Nécessité de modifier

Au total, 31.2% (n=106) des répondant·e·x·s ont déclaré avoir eu besoin de modifier leurs dosages hormonaux. Parmi eux-elles :

- 32.0% (n=62) des personnes AFAB
- 30.1% (n=44) des personnes AMAB.

En comparant les résultats via le test de Chi², il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative entre les 2 groupes avec un $p = 0.527$.

(b) Raisons

Nous avons ensuite demandé aux participant·e·x·s qui avaient déclaré avoir dû modifier leurs dosages hormonaux d'identifier les raisons pour lesquelles c'était arrivé.

(i) Taux d'hormones dans le sang

Au total, 82.1% (n=87) des répondant·e·x·s ont déclaré avoir eu besoin de modifier leurs dosages hormonaux en raison de taux d'hormones dans le sang trop élevés ou trop faibles.

Parmi eux·elles :

- 72.6% (n=45) des personnes AFAB
- 95.5% (n=42) des personnes AMAB.

Après comparaison par test de Chi², il apparaissait que les personnes AMAB, donc sous traitement hormonal féminisant, avaient plus souvent dû modifier leurs dosages hormonaux en raison de taux hormonaux sanguin trop faibles ou trop élevés, et ce de manière statistiquement significative avec un $p = 0.002$.

(ii) Polyglobulie

Au total, 21.7% (n=23) des répondant·e·x·s ont déclaré avoir eu besoin de modifier leurs dosages hormonaux en raison de l'apparition d'une polyglobulie . Parmi eux·elles :

- 37.1% (n=23) des personnes AFAB
- 0.0% (n=0) des personnes AMAB.

Après comparaison par test de Chi², il apparaissait que les personnes AFAB, donc sous traitement hormonal féminisant, étaient les seul·e·x·s qui avaient dû modifier leurs dosages hormonaux en raison de l'apparition d'une polyglobulie. Le p était donc < 0.001 .

d) Satisfaction vis-à-vis du traitement hormonal

Nous avons demandé à l'ensemble des participant·e·x·s s'ils·elles étaient satisfait·e·x·s des effets du traitement hormonal.

- 65.3% (n=230) des répondant·e·x·s ont déclaré être satisfait·e·x·s des effets du traitement hormonal

- 24.7% (n=87) des répondant·e·x·s ont déclaré être satisfait·e·x·s des effets du traitement hormonal malgré certains effets qui les dérangent
- 9.9% (n=35) des répondant·e·x·s ont déclaré qu'ils-elles ne savent pas encore s'ils-elles étaient satisfait·e·x·s des effets du traitement hormonal
- 4.0% (n=14) des répondant·e·x·s ont déclaré ne pas être satisfait·e·x·s des effets du traitement hormonal

4. Santé liée aux chirurgies réalisées dans le cadre de la transition

Les données concernant la santé liée aux chirurgies sont présentées dans le tableau 17, partie H.

a) Soins de kinésithérapie post-opératoires

(1) Kinésithérapie post-opératoire

31.4% (n=48) des participant·e·x·s qui avaient été opéré·e·x·s dans le cadre de leur transition avaient déclaré avoir ou avoir reçu des soins de kinésithérapie post-opération.

(2) Choix du·de la kinésithérapeute

Nous avons demandé à ces personnes comment ils-elles avaient choisi ce·tte kinésithérapeute.

- 54.2% (n=26) ont déclaré avoir choisi par proximité géographique
- 20.8% (n=10) ont déclaré avoir choisi par hasard
- 16.7% (n=8) ont déclaré avoir choisi sur les conseils de personnes trans ou LGBTQIA+
- 14.6% (n=7) ont déclaré avoir choisi sur les conseils de leurs proches
- 12.5% (n=6) ont déclaré avoir choisi sur les conseils d'un·e médecin généraliste
- 6.3% (n=3) ont déclaré que le·la kinésithérapeute en question était un·e ami·e·x / une connaissance
- 6.3% (n=3) ont déclaré avoir choisi sur les conseils d'un·e médecin spécialiste
- 2.1% (n=1) ont déclaré avoir choisi sur les conseils d'associations trans et LGBTQIA+
- 2.1% (n=1) ont coché la réponse « Autre »

b) Chirurgie(s) du torse / de la poitrine

(1) Proportion de la population répondante

Pour rappel, 22.9% des participant·e·x·s avaient réalisé au moins une chirurgie du torse / de la poitrine. Nous avons demandé à ces personnes s'ils·elles étaient satisfait·e·x·s du résultat, ainsi que les problèmes post-opératoires rencontrés.

(2) Satisfaction

Au total, 79.4% (n=85) étaient satisfait·e·x·s des résultats des chirurgies du torse / de la poitrine. Parmi eux·elles :

- 80.2% (n=73) des personnes AFAB étaient satisfait·e·x·s
- 71.4% (n=10) des personnes AMAB étaient satisfait·e·x·s

Après comparaison par test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative entre les personnes AFAB et les personnes AMAB concernant la satisfaction liée à la chirurgie du torse / de la poitrine, avec un $p = 0.452$.

Nous avons demandé aux personnes qui n'étaient pas satisfait·e·x·s pour quelles raisons elles ne l'étaient pas.

77.3% (n=17) des répondant·e·x·s étaient insatisfait·e·x·s pour des raisons esthétiques et 13.7 (n=3) étaient insatisfait·e·x·s en raison des complications médicales qui avaient suivi les chirurgies.

(3) Problèmes post-opératoires

Nous avons demandé aux personnes qui avaient réalisé des chirurgies du torse / de la poitrine d'identifier parmi la liste suivante quels problèmes post-opératoires ils·elles avaient rencontré.

(a) Douleurs autour de la cicatrice

Au total, 20.7% (n=23) des répondant·e·x·s ont déclaré avoir eu des douleurs autour de la cicatrice. Parmi eux·elles :

- 24.0% (n=23) des personnes AFAB
- 0.0% (n=0) des personnes AMAB.

Après comparaison par test de Chi2, il apparaissait que les personnes AFAB avaient plus souvent présenté des douleurs autour de la cicatrice concernant ces chirurgies, et ce de manière statistiquement significative avec un $p = 0.033$.

(b) Perte de sensibilité

Au total, 61.3% (n=68) des répondant·e·x·s ont déclaré avoir présenté une perte de sensibilité. Parmi eux·elles :

- 68.8% (n=66) des personnes AFAB
- 13.3% (n=2) des personnes AMAB.

Après comparaison par test de Chi2, il apparaissait que les personnes AFAB, avaient plus souvent présenté une perte de sensibilité après les chirurgies du torse / de la poitrine, et ce de manière statistiquement significative avec un $p < 0.001$.

(c) Infection de la cicatrice

Au total, 9.0% (n=10) des répondant·e·x·s ont déclaré avoir présenté une infection de la cicatrice. Parmi eux·elles :

- 10.4% (n=10) des personnes AFAB
- 0.0% (n=0) des personnes AMAB.

En comparant les résultats via le test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative entre les 2 groupes avec un $p = 0.190$.

(d) Cicatrices hypertrophiques

Au total, 9.0% (n=10) des répondant·e·x·s ont déclaré avoir présenté une cicatrice hypertrophique. Parmi eux·elles :

- 10.4% (n=10) des personnes AFAB

- 0.0% (n=0) des personnes AMAB.

En comparant les résultats via le test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative entre les 2 groupes avec un $p = 0.190$.

(e) Cicatrices chéloïdes

Au total, 13.5% (n=15) des répondant·e·x·s ont déclaré avoir présenté une cicatrice chéloïde.

Parmi eux·elles :

- 13.5% (n=13) des personnes AFAB
- 13.3% (n=2) des personnes AMAB.

En comparant les résultats via le test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative entre les 2 groupes avec un $p = 0.982$.

(f) Rupture de cicatrice

Au total, 1.8% (n=2) des répondant·e·x·s ont déclaré avoir présenté une rupture de cicatrice.

Parmi eux·elles :

- 2.1% (n=2) des personnes AFAB
- 0.0% (n=0) des personnes AMAB.

En comparant les résultats via le test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative entre les 2 groupes avec un $p = 0.573$.

(g) Nécrose

Au total, 6.3% (n=7) des répondant·e·x·s ont déclaré avoir présenté une nécrose post-opératoire. Parmi eux·elles :

- 7.3% (n=7) des personnes AFAB
- 0.0% (n=0) des personnes AMAB.

En comparant les résultats via le test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative entre les 2 groupes avec un $p = 0.280$.

(h) Aucun

Au total, 24.3% (n=27) des répondant·e·x·s ont déclaré n'avoir présenté aucun des problèmes cités ci-dessus. Parmi eux-elles :

- 17.7% (n=17) des personnes AFAB
- 66.7% (n=10) des personnes AMAB.

Après comparaison par test de Chi2, il apparaissait que les personnes AMAB, avaient plus souvent déclaré n'avoir présenté aucun des problèmes ci-dessus, et ce de manière statistiquement significative avec un $p < 0.001$.

c) Chirurgie(s) du visage

(1) Proportion de la population répondante

Pour rappel, 4.9% (n=24) des participant·e·x·s avaient réalisé au moins une chirurgie du visage dans le cadre de leur transition. Nous avons demandé à ces personnes s'ils·elles étaient satisfait·e·x·s du résultat.

(2) Satisfaction

Les 22 personnes qui ont accédé à la question concernant la satisfaction vis-à-vis de cette(ces) opération(s) étaient toutes des personnes AMAB.

Parmi ces personnes, 77.3% (n=17) étaient satisfait·e·x·s des chirurgies du visage et 18.2% (n=4) n'étaient pas satisfait·e·x·s. 4.6% (n=1) ne savait pas encore s'il·elle était satisfaite.x.

d) Chirurgie(s) des organes génitaux

(1) Proportion de la population répondante

Pour rappel, 10.9% (n=54) des participant·e·x·s avaient réalisé au moins une chirurgie des organes génitaux dans le cadre de leur transition. Nous avons demandé à ces personnes comment ils·elles avaient fait le choix de réaliser ces opérations, s'ils·elles étaient satisfait·e·x·s du résultat et s'ils·elles avaient rencontré des problèmes post-opératoires.

(2) Choix

Nous avons demandé aux participant·e·x·s d'identifier les raisons qui les avaient menés à faire le choix de ces opérations des organes génitaux.

(a) Libre choix

Au total, 86.3% (n=44) des répondant·e·x·s ont déclaré avoir réalisé ces opérations par libre choix. Parmi eux·elles :

- 76.2% (n=16) des personnes AFAB
- 93.3% (n=28) des personnes AMAB.

En comparant les résultats via le test de Chi², il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative entre les 2 groupes avec un $p = 0.080$.

(b) Par pression sociale

Au total, 2.0% (n=1) des répondant·e·x·s a déclaré avoir fait ce choix par pression sociale.

- 3.3% (n=1) des personnes AFAB
- 0.0% (n=0) des personnes AMAB.

En comparant les résultats via le test de Chi², il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative entre les 2 groupes avec un $p = 0.398$.

(c) Contraint·e·x à être stérilisé·e·x par la loi pour accéder au changement de la « mention de sexe » à l'état civil avant 2017

Au total, 17.7% (n=9) des répondant·e·x·s ont déclaré avoir fait ce choix par contrainte d'être stérilisé·e·x dans le cadre de l'accès au changement de la « mention de sexe » à l'état civil avant 2017. Parmi eux·elles :

- 38.1% (n=8) des personnes AFAB
- 3.3% (n=1) des personnes AMAB.

Après comparaison par test de Chi², il apparaissait que les personnes AFAB avaient plus souvent répondu avoir été contraintes à être stérilisé·e·x·s dans le cadre de l'accès au changement de la « mention de sexe » à l'état civil avant 2017, et ce de manière statistiquement significative avec un $p = 0.001$.

(3) Satisfaction

Au total, 86.4% (n=38) étaient satisfait·e·x·s des résultats des chirurgies des organes génitaux.

- 94.7% (n=18) des personnes AFAB étaient satisfait·e·x·s.
- 80.0% (n=20) des personnes AMAB étaient satisfait·e·x·s.

En comparant les résultats via le test de Chi², il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative entre les 2 groupes avec un $p = 0.158$.

(4) Problèmes post-opératoires

Nous avons demandé aux personnes qui avaient réalisé des chirurgies des organes génitaux d'identifier parmi la liste suivante quels problèmes post-opératoires ils·elles avaient rencontré.

(a) Douleurs autour de la cicatrice

Au total, 23.5% (n=12) des répondant·e·x·s ont déclaré avoir eu des douleurs autour de la cicatrice. Parmi eux·elles :

- 14.3% (n=3) des personnes AFAB
- 30.0% (n=9) des personnes AMAB.

En comparant les résultats via le test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative entre les 2 groupes avec un $p = 0.193$.

(b) Perte de sensibilité

Au total, 21.6% (n=11) des répondant·e·x·s ont déclaré avoir présenté une perte de sensibilité.

Parmi eux·elles :

- 14.3% (n=3) des personnes AFAB
- 26.7% (n=8) des personnes AMAB.

En comparant les résultats via le test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative entre les 2 groupes avec un $p = 0.290$.

(c) Infection de la cicatrice

Au total, 7.8% (n=4) des répondant·e·x·s ont déclaré avoir présenté une infection de la cicatrice.

Parmi eux·elles :

- 4.8% (n=1) des personnes AFAB
- 10.0% (n=3) des personnes AMAB.

En comparant les résultats via le test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative entre les 2 groupes avec un $p = 0.493$.

(d) Cicatrices hypertrophiques

Au total, 9.8% (n=5) des répondant·e·x·s ont déclaré avoir présenté une cicatrice hypertrophique. Parmi eux·elles :

- 9.5% (n=2) des personnes AFAB
- 10.0% (n=3) des personnes AMAB.

En comparant les résultats via le test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative entre les 2 groupes avec un $p = 0.955$.

(e) Cicatrices chéloïdes

Au total, 13.7% (n=7) des répondant·e·x·s ont déclaré avoir présenté une cicatrice chéloïde. Parmi eux·elles :

- 4.8% (n=1) des personnes AFAB
- 20.0% (n=6) des personnes AMAB.

En comparant les résultats via le test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative entre les 2 groupes avec un $p = 0.120$.

(f) Rupture de cicatrice

Au total, 9.8% (n=5) des répondant·e·x·s ont déclaré avoir présenté une rupture de cicatrice. Parmi eux·elles :

- 14.3% (n=3) des personnes AFAB
- 6.7% (n=2) des personnes AMAB.

En comparant les résultats via le test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative entre les 2 groupes avec un $p = 0.368$.

(g) Nécrose

Au total, 5.9% (n=3) des répondant·e·x·s ont déclaré avoir présenté une nécrose post-opératoire. Parmi eux·elles :

- 0.0% (n=0) des personnes AFAB
- 10.0% (n=3) des personnes AMAB.

En comparant les résultats via le test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative entre les 2 groupes avec un $p = 0.135$.

(h) Sécheresse

Au total, 13.7% (n=7) des répondant·e·x·s ont déclaré avoir présenté une sécheresse post-opératoire. Parmi eux·elles :

- 0.0% (n=0) des personnes AFAB
- 23.3% (n=7) des personnes AMAB.

Après comparaison par test de Chi2, il apparaissait que les personnes AMAB, avaient plus souvent déclaré avoir présenté un problème de sécheresse post-opératoire, et ce de manière statistiquement significative avec un $p = 0.017$.

(i) Sténose vaginale

Au total, 2.0% (n=1) des répondant·e·x·s ont déclaré avoir présenté une sténose vaginale post-opératoire. Parmi eux·elles :

- 0.0% (n=0) des personnes AFAB
- 3.3% (n=1) des personnes AMAB.

En comparant les résultats via le test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative entre les 2 groupes avec un $p = 0.398$.

(j) Sténose urétrale

Au total, 2.0% (n=1) des répondant·e·x·s ont déclaré avoir présenté une sténose urétrale post-opératoire. Parmi eux·elles :

- 0.0% (n=0) des personnes AFAB
- 3.3% (n=1) des personnes AMAB.

En comparant les résultats via le test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative entre les 2 groupes avec un $p = 0.398$.

(k) Fistule

Au total, 1.8% (n=2) des répondant·e·x·s ont déclaré avoir présenté une fistule post-opératoire.

Parmi eux·elles :

- 9.5% (n=2) des personnes AFAB
- 0.0% (n=0) des personnes AMAB.

En comparant les résultats via le test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative entre les 2 groupes avec un $p = 0.085$.

(l) Trouble érectile

Au total, 2.0% (n=1) des répondant·e·x·s ont déclaré avoir présenté un trouble érectile post-opératoire. Parmi eux·elles :

- 0.0% (n=0) des personnes AFAB
- 3.3% (n=1) des personnes AMAB.

En comparant les résultats via le test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative entre les 2 groupes avec un $p = 0.398$.

(m) Anorgasmie

Au total, 9.8% (n=5) des répondant·e·x·s ont déclaré avoir présenté une anorgasmie post-opératoire. Parmi eux·elles :

- 4.8% (n=1) des personnes AFAB
- 13.3% (n=4) des personnes AMAB.

En comparant les résultats via le test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative entre les 2 groupes avec un $p = 0.311$.

(n) Aucun

Au total, 24.3% (n=10) des répondant·e·x·s ont déclaré n'avoir présenté aucun des problèmes cités ci-dessus. Parmi eux·elles :

- 47.6% (n=10) des personnes AFAB
- 26.7% (n=8) des personnes AMAB.

En comparant les résultats via le test de Chi2, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative entre les 2 groupes avec un $p = 0.123$.

5. Utilisation de remplisseurs cutanés

Nous avons demandé aux participant·e·x·s s'ils-elles avaient utilisé des remplisseurs cutanés dans le cadre de leur transition.

Seuls 1.6% (n=8) ont répondu avoir utilisé des remplisseurs cutanés, et 5.5% des répondant·e·x·s avaient répondu envisager d'utiliser des remplisseurs cutanés.

H. Tableaux des résultats

1. Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques

Age (médiane [EIQ])	26 [22-33] N=563
18-25	256 (40.4)
26-35	192 (30.3)
35-50	77 (12.2)
51-71	38 (6.0)
Absence de réponse	70 (11.06)
Identité de genre	N=565
Personne trans	20 (3.5)
Personne non-binaire	100 (17.7)
Homme trans	194 (34.3)
Femme trans	160 (28.3)
Homme trans et non-binaire	61 (10.8)
Femme trans et non-binaire	30 (5.3)
Genre assigné à la naissance	N=563
Féminin	330 (58.5)
Masculin	221 (39.2)
Autre	4 (0.7)
Ne souhaite pas répondre	9 (1.6)
Dernier diplôme obtenu	N=566
Brevet des collèges (3ème)	23 (4.1)
CAP ou BEP (lycée)	39 (6.9)
Baccalauréat (lycée)	164 (29.0)
Licence (premier cycle universitaire)	160 (28.3)
Master (deuxième cycle universitaire)	131 (23.1)
Doctorat (troisième cycle universitaire)	24 (4.2)
Autre	18 (3.2)
Ne souhaite pas répondre	7 (1.3)
Catégories socio-professionnelles / sources de revenus	N=569
Exploitant.e.x agricole	2 (0.4)
Artisan.e.x	11 (1.9)
Commerçant.e.x et chef.fe.x d'entreprise	15 (2.6)
Cadre et professions intellectuelles supérieures	92 (16.2)
Professions intermédiaires	18 (3.2)
Employé.e.x	120 (21.1)
Ouvrier.ère.x	22 (3.9)
Etudiant.e.x	152 (26.7)
Sans emploi	138 (24.3)
Travail non déclaré	10 (1.8)
Travailleur.se.x du sexe	17 (3.0)
Autre	33 (5.8)
Ne souhaite pas répondre	6 (1.1)
Milieu de vie	N=565
Urbain	416 (73.6)
Semi-rural	80 (14.1)
Rural	65 (11.5)

Autre	4 (0.7)
Statut célibataire/en relation	N=569
Célibataire	247 (43.4)
En relation	322 (56.6)
En relation et vivant à 2	143 (25.1)
Ayant eu un ou des enfants	N=569
Oui	51 (9.0)
Non	512 (90.8)
Ne souhaite pas répondre	1 (0.2)
Désir d'enfants	N=564
Oui	161 (28.5)
Non	273 (48.4)
Ne sait pas	123 (21.8)
Ne souhaite pas répondre	7 (1.24)

Les données présentées le sont sous la forme n (%), sauf mentionné dans le tableau.

2. Tableau 2 : Sécurité stabilité précarité

Déménagement <12 mois	N=564
Non	350 (62.1)
Oui	212 (37.6)
Ne souhaite pas répondre	2 (0.4)
Nombre de déménagements <12 mois	N=212
1 fois	142 (66.7)
2 fois	50 (23.6)
3 à 4 fois	18 (8.5)
Autre	2 (0.9)
Ressenti à propos du logement	N=569
S'y sentir bien	308 (54.1)
Correspond aux besoins	327 (57.5)
Sentiment de sécurité	271 (47.6)
Aucune des 3 propositions	66 (11.6)
Ne souhaite pas répondre	17 (3.0)
Lieu(x) de vie au cours des 12 derniers mois	N=569
Propriétaire de son logement	75 (13.2)
Locataire de son logement, paie loyer seul.e.x	216 (38.0)
Partage du loyer avec partenaire(s)	91 (16.0)
Partage du loyer avec d'autres personnes	112 (19.7)
Logement avec famille d'origine	114 (20.0)
Avec le.la partenaire qui paie seul.e.x le loyer	19 (3.3)
Hébergé.e.x par des proches	47 (8.3)
Logement social	16 (2.8)
En institution	4 (0.7)
Sans domicile fixe	11 (1.9)
Autre	28 (4.9)
Ne souhaite pas répondre	3 (0.5)
Difficultés financières	N=565
Oui	194 (34.3)
Non	344 (60.9)
Ne souhaite pas répondre	27 (4.8)
Fréquence de ces difficultés	N=194
Tout le temps	34 (17.5)
Souvent	78 (40.2)
Occasionnellement	78 (40.2)
Ne souhaite pas répondre/manquants	4 (2.1)
Personne ressource disponible	N=563
Oui	448 (79.6)
Non	49 (8.7)
Ne sait pas	64 (11.4)
Ne souhaite pas répondre	2 (0.4)
Différentes personnes ressources	N=448
Membre(s) de la famille	331 (73.9)
Ami.e.x(s)	358 (79.9)
Partenaire(s) ou ex-partenaire(s)	186 (41.5)
Personne(s) de la communauté LGBTQIA+	177 (39.5)
Membre(s) d'une association	60 (13.4)
Autre	3 (0.7)

Les données présentées le sont sous la forme n (%), sauf mentionné dans le tableau.

3. Tableau 3 : Discriminations et violences transphobes

Cumul des stigmatisations (médiane [EIQ])	3 [2-4]
Violences vécues basées	N=565
Age	93 (16.5)
Orientation sexuelle	336 (59.5)
Transidentité	422 (74.7)
Apparence physique	381 (67.4)
Etat de santé psychologique	236 (41.8)
Situation économique/lieu de résidence	80 (14.2)
Accent/maîtrise du français	25 (4.4)
Appartenance religieuse	21 (3.7)
Couleur de peau	21 (3.7)
Aucune des propositions ci-dessus	36 (6.4)
Autre	50 (8.8)
Ne souhaite pas répondre	3 (0.5)
Violences vécues basées sur la transidentité ou N=565	
l'expression de genre	
Harcèlement silencieux	420 (74.3)
Harcèlement verbal	350 (62.0)
Intimidation physique ou menaces de violences physiques	195 (35.5)
Violences physiques	106 (18.8)
Agression sexuelle	84 (14.9)
Aucune de ces situations	69 (12.2)
Autre	53 (9.4)
Ne souhaite pas répondre	5 (0.9)
Lieux où la transphobie est subie	N=565
Domicile	216 (38.2)
Lieu de travail	194 (34.3)
Écoles, lieux de formation	215 (38.1)
Voyages internationaux / passage de frontières / police	62 (11.0)
Médecins / cliniques / urgences de l'hôpital	284 (50.3)
Lieux publics / transports en commun / centres commerciaux	288 (51.0)
Toilettes publiques / vestiaires sportifs / cabines d'essayage	130 (23.0)
Evènements culturels / lieux festifs / restaurants, bars	132 (23.4)
Lieux ou événements LGBTQIA+	104 (18.4)
Autre	47 (8.3)
Ne souhaite pas répondre	20 (3.5)

Lieux évités en raison de la transphobie	N=565
Domicile	117 (20.7)
Lieu de travail	95 (16.8)
Écoles, lieux de formation	124 (22.0)
Voyages internationaux / passage de frontières /	145 (25.7)
police	
Médecins / cliniques / urgences de l'hôpital	255 (45.1)
Lieux publics / transports en commun / centres	199 (35.2)
commerciaux	
Toilettes publiques / vestiaires sportifs / cabines	320 (56.6)
d'essayage	
Evènements culturels / lieux festifs / restaurants,	165 (29.2)
bars	
Lieux ou événements LGBTQIA+	75 (13.3)
Autre	36 (6.4)
Ne souhaite pas répondre	28 (4.7)

Les données présentées le sont sous la forme n (%), sauf mentionné dans le tableau.

4. Tableau 4 : Transphobie au sein des lieux de soins

Professionnel.le(s) de santé	N=284
Professions médicales	244 (85.9)
Professions paramédicales	160 (56.3)
Aucunes de ces professions	12 (4.2)
Ne souhaite pas répondre	3 (1.1)
Professions médicales	N=244
Médecin généraliste	115 (47.1)
Endocrinologue	97 (39.8)
Psychiatre	143 (58.6)
Chirurgien·ne	37 (15.2)
Gynécologue	45 (18.4)
Radiologue	34 (13.9)
Autre médecin spécialiste	48 (19.7)
Sage-femme	2 (0.8)
Dentiste	18 (7.4)
Autre	19 (7.8)
Ne souhaite pas répondre	1 (0.4)
Professions paramédicales	N=160
Infirmier.ère	96 (60.0)
Pharmacien·ne	73 (45.6)
Psychologue	79 (49.4)
Kinésithérapeute	18 (11.3)
Orthophoniste	4 (2.5)
Secrétariat / Accueil	108 (67.5)
Autre	9 (5.6)
Ne souhaite pas répondre	1 (0.6)
Conséquences sur le suivi	N=271
Peur de consulter	207 (76.4)
Retard de soins malgré besoin de soins	160 (59.0)
Changement de professionnel.le de santé	190 (70.1)
Absence de soins malgré besoin de soins	135 (49.8)
Aucune conséquence	13 (4.8)
Autre	18 (6.6)
Ne souhaite pas répondre	2 (0.7)

Les données présentées le sont sous la forme n (%), sauf mentionné dans le tableau.

5. Tableau 5 : Accès aux soins

Couverture sociale	N=565
Sécurité sociale	473 (83.7)
Sécurité sociale CMU/PUMA*	75 (13.3)
Aide Médicale d'Etat	4 (0.7)
Aucune des propositions	7 (1.2)
Ne souhaite pas répondre	6 (1.1)
Complémentaire santé	N=550
Mutuelle ou assurance privée	413 (75.1)
CMUc*/PUMA	72 (13.1)
Pas de complémentaire	57 (10.4)
Ne souhaite pas répondre	8 (1.45)
Carte vitale à jour sur le prénom et le genre	N=550
Oui	380 (69.1)
Non	160 (29.1)
Ne souhaite pas répondre	10 (1.8)
Médecin traitant.e	N=563
Oui	488 (86.7)
Non	73 (13.0)
Ne souhaite pas répondre	2 (0.4)
Médecin traitant informé.e de la transidentité	N=488
Oui	409 (83.7)
Non	73 (15.5)
Ne sait pas	6 (0.8)
Médecin traitant accepte la transidentité	N=409
Oui	302 (74.9)
Pense que oui	82 (19.9)
Pense que non	9 (1.7)
Non	2 (0.5)
Ne sait pas	14 (3.0)
ALD transidentité	N=551
Oui	324 (58.8)
Non	222 (40.3)
Ne souhaite pas répondre	5 (0.9)
Médecin ayant fait la déclaration d'ALD	N=324
Médecin généraliste	304 (93.8)
Psychiatre	15 (4.6)
Endocrinologue	11 (3.4)
Autre	12 (3.7)

Les données présentées le sont sous la forme n (%), sauf mentionné dans le tableau.

*CMU : couverture maladie universelle / PUMA : protection universelle maladie / CMUc : couverture maladie universelle complémentaire

6. Tableau 6 : Santé générale

Auto-évaluation de l'état de santé physique	N=522
Bon ou très bon	240 (46.0)
Moyen	221 (42.3)
Mauvais ou très mauvais	55 (10.5)
Autre	3 (0.6)
Ne souhaite pas répondre	3 (0.6)
TAILLE (Médiane [EIQ])	169 [164-175]
POIDS (Médiane [EIQ])	66 [56-78]
IMC (Médiane [EIQ])	23.1 [20.2-26.7] ; N=498
IMC < 18.5	52 (10.4)
IMC ≥ 18.5 < 25	268 (53.8)
IMC ≥ 25 et < 30	111 (22.3)
IMC ≥ 30	67 (13.5)
Activité physique pratiquée	N=529
Aucune	120 (22.7)

Les données présentées le sont sous la forme n (%), sauf mentionné dans le tableau.

7. Tableau 7 : Consultations médicales

Nombre de consultations en médecine Générale N=522	
<12 mois	
Pas de consultation	42 (8.1)
1 à 3	252 (48.3)
4 à 6	156 (29.9)
7 à 10	39 (7.5)
Plus de 10	25 (4.8)
Plus de 20	6 (1.2)
Ne souhaite pas répondre	2 (0.4)
Professionnel.le.s consulté.e.s N=327	
Médecin généraliste	298 (91.1)
Médecin spécialiste	156 (47.7)
Psychologue	61 (18.7)
Infirmier.ère	23 (7.0)
Médecine alternative/traditionnelle	46 (14.1)
Autre	20 (6.1)
Ne souhaite pas répondre	1 (0.3)
Absence de consultations malgré symptômes N=279	
Problème ne justifiant pas une consultation	174 (62.4)
Problème réglé avec l'entourage	24 (8.6)
Peur de subir de la transphobie	55 (19.7)
Mauvaises expériences passées	92 (33.0)
Pas les moyens financiers de consulter	52 (18.6)
Refus de consultation en raison de la transidentité	9 (3.2)
Difficulté à se déplacer jusqu'au lieu de RDV*	17 (6.1)
Autre	37 (13.2)
Ne souhaite pas répondre	11 (3.9)
Consultations spécialisées	
Problème de vue N=519	
Oui	380 (73.2)
Consultations ophtalmo < 3 ans si problème de vue 318 (83.9)	
Port de lunettes – dernier changement N=341	
Jamais changées	2 (0.6)
Changées <2ans	224 (65.7)
Changées >2ans	113 (33.1)
Ne savent pas	2 (0.6)
Soins dentaires N=520	
Consultation dentiste < 12 mois	228 (43.8)
Refus de soin dentaire en raison du coût	183 (35.2)
Suivi gynécologique N=519	
Nombre de personnes se déclarant concernées N=319	
par le suivi gynéco	
Parmi elles : suivi gynécologique	102 (32.0)
Se pose question de l'indication	5 (0.1)
Suivi gynécologique : soignant.e.s concerné.e.s. N=102	
Gynécologue	56 (54.9)
Médecin généraliste	25 (24.5)
Sage-femme	25 (24.5)
Endocrinologue	4 (3.9)

Les données présentées le sont sous la forme n (%), sauf mentionné dans le tableau. *RDV : rendez-vous

8. Tableau 8 : Vaccinations

Vaccinations obligatoires	N=521
Personnes déclarant être à jour	337 (64.7)
Personnes déclarant n'être pas à jour	41 (7.9)
Ne sait pas	141 (27.1)
Ne souhaite pas répondre	2 (0.4)
Personnes jamais vaccinées	0 (0.0)
Vaccinations non obligatoires	N=529
COVID19	394 (74.5)
Hépatite A	169 (32.0)
Hépatite B*	249 (47.1)
Human PapillomaVirus	118 (22.3)
Aucune d'entre elles	24 (4.5)
Ne sait pas	139 (26.3)
Ne souhaite pas répondre	11 (2.1)

*La vaccination contre l'hépatite B a été comptée parmi les vaccinations non obligatoires car elle ne l'est que depuis quelques années et que notre échantillon étant constitué de personnes majeures, elles n'étaient pas concernées par cette obligation vaccinale.

Les données présentées le sont sous la forme n (%), sauf mentionné dans le tableau.

9. Tableau 9 : Santé liée à la COVID19

Infection par COVID19	N=521
Testé.e.x positif.ve.x	40 (7.7)
Jamais testé.e.x positif.ve.x	468 (89.8)
Ne souhaite pas répondre	13 (2.5)
Lieu d'infection par COVID19	N=39
Dans le cadre du travail	7 (18.0)
Dans les transports en commun	1 (2.6)
En faisant les courses	2 (5.1)
En famille	8 (20.5)
Par le.la(les) partenaire(s)	2 (5.1)
Au sein d'une association	2 (5.1)
Réunion entre ami.e-x-s	4 (10.3)
Evènement culturel ou festif	3 (7.7)
Autres	1 (2.6)
Ne sait pas	9 (28.1)
Lieux de confinement	N=529
Lieu de vie habituel	426 (80.5)
Autre lieu choisi	44 (8.3)
Chez mon.ma (mes) partenaire.x(s)	47 (8.9)
Chez un.e ami.e.x ou un.e membre de ma famille pour une durée temporaire	93 (17.6)
En institution	6 (1.1)
En foyer d'hébergement	2 (0.4)
Non confiné.e.x	20 (3.4)
Autre	16 (3.0)
Ne souhaite pas répondre	2 (0.4)
En sécurité dans le(s) lieu(x) de confinement	N=519
Oui	380 (72.5)
Non	82 (15.8)
Non confiné.e.x	18 (3.5)
Autre	22 (4.2)
Ne souhaite pas répondre	17 (3.3)

Les données présentées le sont sous la forme n (%), sauf mentionné dans le tableau.

10. Tableau 10 : Santé intime et liée et à la sexualité

Activité sexuelle actuelle ou passée	N=514
Oui	362 (70.4)
Non	142 (27.6)
Ne souhaite pas répondre	10 (2.0)
Problèmes de santé rencontrés	N=519
Troubles de la libido	245 (47.2)
Sécheresse vaginale	85 (16.4)
Hyperlubrification vaginale	37 (7.1)
Vaginisme	63 (12.1)
Trouble de l'érection non souhaité	30 (5.8)
Trouble de l'éjaculation non souhaité	23 (4.4)
Douleurs génitales pendant les rapports sexuels	155 (29.9)
Douleurs abdominales ou pelviennes pendant les rapports sexuels	97 (18.7)
Aucun d'entre eux	153 (29.4)
Ne souhaite pas répondre	20 (3.9)
Méthodes de prévention des IST	N=362
Préservatif externe / capote	232 (64.1)
Préservatif interne	14 (3.9)
Digue dentaire	11 (3.0)
Gants en latex	28 (7.7)
Doigtier	7 (1.9)
Pratique sexuelle alternative	171 (47.2)
Absence de relations sexuelles	29 (8.0)
Prise de la PrEP*	17 (4.7)
Prise de la PEP**	4 (1.1)
Traitement du VIH	1 (0.3)
Aucune des méthodes ci-dessus	78 (21.6)
Ne souhaite pas répondre	3 (0.8)
Utilisation de la PrEP*	N=234
Oui, en continu	8 (3.4)
Oui, a la demande	10 (4.3)
Non	111 (47.4)
Non mais pourrait être intéressé.e.x	103 (44.0)
Ne souhaite pas répondre	3 (1.3)
Dernier dépistage des IST***	N=519
<1 an	147 (28.3)
IST***	N=519
VIH	3 (0.6)
Hépatite B	2 (0.4)
Hépatite C	1 (0.2)
Syphilis	3 (0.6)
Chlamydia trachomatis	25 (4.8)
Neisseria gonorrhoeae	14 (2.7)
Herpès génital	11 (2.1)
Human PapillomaVirus	12 (2.3)
Aucune des infections ci-dessus	414 (79.8)
Ne sait pas	28 (5.4)
Ne souhaite pas répondre	2 (0.4)

Contraception	N=362
Besoin d'une contraception	159 (43.9)
Pas besoin de contraception	203 (56.1)
Méthode de contraception	N=159
Préservatif	111 (69.8)
Autres méthodes	40 (25.2)
Dont contraception hormonale	20 (12.6)

Pratiques à risque de transmission d'IST dans les 12 derniers mois	N=513
Partage d'aiguilles	14 (2.7)
Relation sexuelle non protégée avec partenaire à risque	75 (14.6)
Relation sexuelle sous drogue(s) ou alcool	128 (25.0)
Chemsex****	29 (5.7)
Slam*****	0 (0.0)

Les données présentées le sont sous la forme n (%), sauf mentionné dans le tableau.

*PreP : Prophylaxie Pré-Exposition au VIH

** PEP : Post Exposure Prophylaxis - Traitement d'urgence Post-Exposition au VIH

*** IST : infections sexuellement transmissibles

**** Le chemsex peut être défini comme l'utilisation de produits psychoactifs pendant et pour les relations sexuelles.

***** Le slam peut être défini comme l'utilisation de produits psychoactifs injectables pendant et pour les relations sexuelles.

2 dernières Définitions issues du site internet www.sida-info-service.org.

11. Tableau 11 : Consommations de substances psychoactives

Consommation d'alcool récente	N=511
Tous les jours	31 (6.1)
Dans les 7 derniers jours	254 (49.7)
Dans les 30 derniers jours	79 (15.5)
Pas dans les 30 derniers jours	145 (28.4)
Jamais	28 (5.5)
Consommation de tabac	N=511
Tabagisme actif	98 (19.2)
Tabagisme actif occasionnel	57 (11.2)
Tabagisme ancien	81 (15.9)
E-cigarette seule	24 (4.7)
Jamais été fumeur.se.x	250 (48.9)
Ne souhaite pas répondre	1 (0.2)
Consommation de drogues	N=511
Oui dans les 12 derniers mois	164 (32.1)
Non	346 (67.7)
Ne souhaite pas répondre	1 (0.2)
Drogues consommées	N=164
Cannabis	136 (82.9)
Poppers	37 (22.6)
Protoxyde d'azote	6 (3.7)
Cocaïne	23 (14.0)
Drogues de synthèse*	36 (22.0)
Héroïne	1 (0.6)
Autres opiacés	9 (5.5)
Traitements de substitution aux opiacés	3 (1.8)
Autres	22 (13.4)
Dont kétamine	7 (4.3)
Ne souhaite pas répondre	1 (0.6)
Contexte de consommations	N=164
Festif	121 (73.4)
Sexuel (chemsex)	20 (12.2)
Seul.e.x	74 (45.1)
Dans le cadre du travail	7 (4.3)
Ne souhaite pas répondre	1 (0.6)
Autre	11 (6.7)
Mode de consommations	N=164
Fumé	135 (82.3)
Sniffé	52 (31.7)
Ingéré	55 (33.5)
Inhalé	34 (20.7)
Injecté	2 (1.2)
Slam	0 (0.0)
Autre	5 (3.0)

* Il était précisé entre parenthèses dans la question : ecstasy / speed / amphétamines / GHB

Les données présentées le sont sous la forme n (%), sauf mentionné dans le tableau.

12. Tableau 12 : Santé mentale

Comment vous sentez-vous dans votre vie?	N=510
Très bien	40 (7.8)
Bien	167 (32.8)
Moyen	223 (42.7)
Mal	89 (17.5)
Très mal	40 (7.8)
Ne souhaite pas répondre	1 (0.2)
Consultation de professionnel.le de santé pour un soutien psychologique < 12 mois N=506	
Oui	344 (68.0)
Non	161 (31.8)
Ne souhaite pas répondre	1 (0.2)
Professionnel.le.s consulté.e.s N=344	
Psychologue	229 (66.6)
Psychiatre	196 (57.0)
Médecin généraliste	107 (31.1)
Infirmier.ère	28 (8.1)
Professionnel.le de santé pratiquant médecine alternative/traditionnelle/non allopathique	20 (5.8)
Autre	21 (6.1)
Raisons de non-consultation chez les personnes qui en ressentaient le besoin N=91	
Problème réglé en discutant avec entourage	17 (18.7)
Peur de subir de la transphobie	51 (56.0)
Mauvaises expériences passées	53 (58.2)
Manque de moyens financiers pour consulter	42 (46.2)
Refus d'une consultation sur motif transphobe	4 (4.4)
Impossibilité d'atteindre le lieu de rendez-vous	9 (9.9)
Autre	16 (17.6)
Ne souhaite pas répondre	1 (1.1)
Difficultés liées au sommeil au cours de la vie N=506	
Oui	441 (87.2)
Non	62 (12.3)
Ne souhaite pas répondre	3 (0.6)
Détail des difficultés liées au sommeil rencontrées N=441	
Difficultés d'endormissement	378 (85.7)
Réveils précoces	169 (38.3)
Réveils nocturnes	298 (67.6)
Cauchemars	225 (51.0)
Insomnie complète	155 (35.2)
Inversion de rythme	157 (35.6)
Hypersomnie	173 (39.3)
Autre	27 (6.1)
Comportement alimentaire et vis-à-vis du poids N=510	
Anorexie	107 (21.0)
Boulimie/hyperphagie	162 (31.8)
Hyperactivité sportive dans le but de maigrir	71 (13.9)
Aucun d'entre eux	253 (49.6)

Ne souhaite pas répondre	6 (1.2)
Antécédents psychiatriques	N=510
Trouble anxieux	399 (78.2)
Syndrome dépressif	386 (75.7)
Trouble bipolaire	46 (9.0)
Syndrome de stress post-traumatique	190 (37.3)
Aucun d'entre eux	49 (9.6)
Ne souhaite pas répondre	2 (0.4)
Antécédent d'acte auto-agressif	N=506
Oui	360 (71.2)
Non	143 (28.3)
Ne souhaite pas répondre	3 (0.6)
Acte auto-agressif dans les 12 derniers mois	N=359
Oui	161 (44.9)
Non	194 (54.0)
Ne souhaite pas répondre	4 (1.1)
Présence d'idées suicidaires au cours de la vie	N=506
Oui	452 (89.3)
Non	53 (10.5)
Ne souhaite pas répondre	1 (0.2)
Idées suicidaires dans les 12 derniers mois	N=451
Oui	258 (57.2)
Non	189 (41.9)
Ne souhaite pas répondre	4 (0.9)
Antécédent de tentative de suicide	N=451
Oui	193 (42.8)
Non	248 (55.0)
Ne souhaite pas répondre	10 (2.2)
Tentative de suicide dans les 12 derniers mois	N=193
Oui	43 (22.3)
Non	149 (77.2)
Ne souhaite pas répondre	1 (0.5)

Les données présentées le sont sous la forme n (%), sauf mentionné dans le tableau.

13. Tableau 13 : Actes réalisés dans le cadre de la transition

Actes non médicaux	
Changement occasionnel de l'expression de genre	N=498
Oui	407 (81.7)
Envisagé	19 (3.8)
Non	71 (14.2)
Changement permanent de l'expression de genre	N=496
Oui	397 (80.0)
Envisagé	51 (10.3)
Non	48 (9.7)
Pratique sportive intense	N=497
Oui	138 (27.8)
Envisagée	127 (25.6)
Non	232 (46.7)
Consommation de protéines	N=495
Oui	45 (9.1)
Envisagée	28 (5.7)
Non	422 (85.2)
Electrolyse/Laser	N=497
Oui	133 (26.7)
Envisagée	56 (11.3)
Non	308 (62.0)
Orthophonie/Thérapie vocale	N=494
Oui	95 (19.2)
Envisagée	134 (27.1)
Non	265 (53.6)
Transition sociale et administrative	
Changement de prénom auprès de l'entourage	N=500
Oui	429 (85.8)
Envisagé	38 (7.6)
Non	33 (6.6)
Changement de genre auprès de l'entourage	N=498
Oui	457 (91.8)
Envisagé	31 (6.2)
Non	10 (2.0)
Changement de prénom dans les documents administratifs	N=501
Oui	286 (57.1)
Envisagée	158 (31.6)
Non	57 (11.4)
Changement de genre dans les documents administratifs	N=501
Oui	212 (42.3)
Envisagée	198 (39.5)
Non	91 (18.2)
Changement de prénom à l'état civil	N=501
Oui	275 (54.9)
Envisagée	164 (32.7)
Non	62 (12.4)
Changement de "mention de sexe" à l'état civil	N=499
Oui	143 (28.7)
Envisagée	236 (47.3)
Non	120 (24.0)

Transition médicale et chirurgicale	
Prise d'hormones	N=501
Oui	352 (70.3)
Envisagé	96 (19.2)
Non	52 (10.4)
Opération(s) du torse/de la poitrine	N=498
Oui	114 (22.9)
Envisagé	228 (45.8)
Non	156 (31.3)
Opération(s) du visage	N=495
Oui	24 (4.9)
Envisagée	80 (16.2)
Non	391 (79.0)
Opération(s) des organes génitaux	N=498
Oui	54 (10.8)
Envisagée	167 (33.5)
Non	277 (55.6)
Autres opérations	N=475
Oui	32 (6.7)
Envisagée	70 (14.7)
Non	373 (76.1)
Injection de "remplisseurs cutanés"	N=490
Oui	8 (1.6)
Envisagée	27 (5.5)
Non	455 (92.9)

Les données présentées le sont sous la forme n (%), sauf mentionné dans le tableau.

14. Tableau 14 : Parcours de soin lié à la transition

Suivi médical de la transition	N=501
Oui	362 (72.3)
Pas encore mais envisagé	64 (12.8)
Non	57 (11.4)
Non et non envisagé	15 (3.0)
Ne souhaitent pas répondre	3 (0.6)
Secteur du suivi médical réalisé ou envisagé	N=426
Public	112 (26.3)
Privé	212 (49.8)
Mixte	95 (22.3)
Ne sait pas encore	55 (12.9)
Autre	18 (4.2)
Dont précision Planning Familial	8 (1.9)
Ne souhaite pas répondre	2 (0.5)
Choix du parcours médical	N=529
Conseil des proches	68 (16.0)
Conseils par personnes de la communauté trans et/ou LGBTQIA+	261 (61.3)
Conseils par association(s) trans et/ou LGBTQIA+	184 (43.2)
Conseil par médecin généraliste	72 (16.9)
Conseil par médecin spécialiste	40 (9.4)
Proximité géographique	120 (28.2)
Raisons financières	71 (16.7)
Hasard	22 (5.2)
Autre	57 (10.8)
Ne souhaite pas répondre	12 (2.8)
Recours à professionnel.le.s de santé mentale dans le cadre de la transition	N=519
Psychiatre(s)	303 (60.5)
Psychologue(s)	156 (31.1)
Non	134 (26.8)
Autre	10 (1.9)
Ne souhaite pas répondre	3 (0.6)
Motifs de consultation des professionnel.le.s de santé mentale dans le cadre de la transition	N=358
Psychologue pour obtenir une attestation	58 (16.2)
Psychiatre pour obtenir une attestation	250 (69.8)
Psychologue car besoin d'accompagnement psychologique	123 (34.4)
Psychiatre car besoin d'accompagnement psychiatrique	69 (19.3)
Psychologue car intégré dans le protocole	36 (10.1)
Psychiatre car intégré dans le protocole	111 (31.0)
Autre	20 (5.6)
Soins de kinésithérapie post-opératoire dans le cadre de la transition	N=153
Oui	48 (31.4)
Non	105 (68.6)

Choix du.de la kinésithérapeute	N=48
Conseil des proches	7 (14.6)
Conseils de personnes trans ou LGBTQIA+	8 (16.7)
Conseils d'association trans ou LGBTQIA+	1 (2.1)
Conseil par médecin généraliste	6 (12.5)
Conseil par un.e médecin spécialiste	3 (6.3)
Proximité géographique	26 (54.2)
Hasard	10 (20.8)
Le.la kinésithérapeute est un.e ami.e/une connaissance	3 (6.3)
Autre	1 (2.1)

Les données présentées le sont sous la forme n (%), sauf mentionné dans le tableau.

15. Tableau 15 : Transition hormonale

Consommation d'hormones d'affirmation de genre	N=351
En cours	333 (95.0)
Passée	15 (4.3)
Satisfaction liée aux effets du traitement hormonal	N=352
Oui	230 (65.3)
Satisfaction malgré certains effets dérangeants	87 (24.7)
Non	14 (4.0)
Ne sait pas encore	35 (9.9)
Ne souhaite pas répondre	3 (0.9)
Raisons d'arrêt des hormones	N=15
En vue d'une chirurgie	1 (6.7)
Raisons de santé	5 (33.3)
En vue d'un projet parental	1 (6.7)
En vue de préservation de fertilité	2 (13.3)
Besoin d'une pause	7 (46.7)
Autre	9 (60.0)
Si arrêt : prévu d'en reprendre	N= 15
Oui	4 (26.7)
Non	3 (20.0)
Ne sait pas encore	8 (53.3)
Durée de prise d'hormone (M[EIQ]) en années	2 [1-4] N=332
Moyenne en année	3.4
Extrêmes en années	0 – 40
Moyen de procuration des hormones	N=352
Ordonnance faite par médecin généraliste	178 (50.6)
Ordonnance faite par médecin spécialiste	232 (65.9)
Partage par réseau d'entraide ou association	17 (4.8)
Achetées sur internet / pharmacie en ligne	6 (1.7)
Achetées sur internet / vendue par personnes trans	8 (2.3)
Achetées dans la rue	2 (0.6)
Fournies par un.e ami.e.x	17 (4.8)
Autre	9 (2.6)
Total des personnes se procurant les hormones sur ordonnance médicale	243 (69.0)
Déjà caché une information à un.e médecin pour obtenir une prescription d'hormones	N=352
Oui	137 (38.9)
Non	211 (59.9)
Ne souhaite pas répondre	4 (1.1)
Informations cachées	N=137
Age	0 (0.0)
Situation familiale	28 (20.4)
Orientation sexuelle	52 (38.0)
Véritable identité de genre	59 (43.1)
Durée de prise d'hormones	15 (11.0)
Dose prise différente de celle prescrite	44 (32.1)
Mal-être psychologique	65 (47.5)
Symptômes physiques	17 (12.4)
Anomalies du bilan sanguin	2 (1.5)
Autre	17 (12.4)

Ne souhaite pas répondre	3 (2.2)
Traitement hormonal par injections	N=352
Oui	240 (68.2)
Non	112 (31.8)
Injections réalisées par :	N=240
Infirmier.ère	141 (58.8)
Médecin	6 (2.5)
Soi-même	140 (58.3)
Proches	56 (23.3)
Personnes issues d'associations trans ou LGBTQIA+	9 (3.8)
Choix de l'infirmier.ère	N=141
Conseil des proches	15 (10.6)
Conseils de personnes trans ou LGBTQIA+	11 (7.8)
Conseils d'association trans ou LGBTQIA+	4 (2.8)
Conseil par médecin généraliste	4 (2.8)
Proximité géographique	101 (71.6)
Hasard	27 (19.2)
L'infirmier.ère est un.e ami.e/une connaissance	10 (7.8)
Autre	11 (7.1)

Les données présentées le sont sous la forme n (%), sauf mentionné dans le tableau.

16. Tableau 16 : Santé liée aux hormones

	Total	AFAB	AMAB
Acné	N=336	N=192	N=144
Oui	139 (41.4)	126 (65.6)	13 (9.0)
Non	197 (58.6)	66 (32.4)	131 (90.1)
Test Chi2 (p=)	p < 0.001		
	Total	AFAB	AMAB
Modification du poids	N=299	N=173	N=126
Oui	185 (61.9)	108 (62.4)	77 (61.1)
Non	114 (38.1)	65 (37.6)	49 (38.9)
Test Chi2 (p=)	p = 0.817		
	Total	AFAB	AMAB
Détail de modification du poids	N=184	N=107	N=77
Perte de poids	18 (9.8)	10 (9.4)	8 (10.4)
Prise de poids	130 (70.7)	75 (70.1)	55 (71.4)
Les deux	36 (19.6)	22 (20.6)	14 (18.2)
Test Chi2 (p=)	p = 0.909		
	Total	AFAB	AMAB
Modification de la libido	N=318	N=182	N=136
Augmentée	115 (36.2)	102 (56.0)	13 (9.6)
Diminuée	84 (26.4)	4 (2.2)	80 (58.8)
Parfois augmentée parfois diminuée	87 (27.4)	62 (34.1)	25 (18.4)
Inchangée	32 (10.1)	14 (7.7)	18 (13.4)
Test Chi2 (p=)	p < 0.001		
	Total	AFAB	AMAB
Modification du bien-être mental	N=319	N=182	N=137
Augmenté	215 (67.4)	121 (66.5)	94 (68.6)
Diminué	11 (3.5)	3 (1.7)	8 (5.8)
Parfois augmenté parfois diminué	79 (24.8)	51 (28.0)	28 (20.4)
Inchangé	14 (4.4)	7 (3.9)	7 (5.1)
Test Chi2 (p=)	p = 0.105		
Problèmes dermatologiques avec les hormones masculinisantes		N=352	
Hirsutisme		62 (17.6)	
Calvitie		55 (15.6)	
Douleurs et autres problèmes survenus après la prise d'hormones	Total	AFAB	AMAB
Douleurs abdominales ou pelviennes	N=344	N=196	N=148
Oui	83 (24.1)	64 (32.7)	19 (12.8)
Non	261 (75.9)	132 (67.4)	129 (87.2)
Test Chi2 (p=)	p < 0.001		
Douleurs abdominales ou pelviennes liées aux cycles hormonaux	N=344	N=196	N=148
Oui	65 (18.9)	47 (24.0)	18 (12.2)
Non	279 (81.1)	149 (76.0)	130 (87.8)
Test Chi2 (p=)	p = 0.006		

Céphalées	N=344	N=196	N=148
Oui	46 (13.4)	23 (11.7)	23 (15.5)
Non	298 (86.6)	173 (88.3)	125 (84.5)
Test Chi2 (p=)	p = 0.304		
Prurit	N=344	N=196	N=148
Oui	41 (11.9)	31 (15.8)	10 (6.8)
Non	303 (88.1)	165 (84.2)	138 (93.2)
Test Chi2 (p=)	p = 0.010		
Lourdeur des jambes	N=344	N=196	N=148
Oui	44 (12.8)	21 (10.7)	23 (15.5)
Non	300 (87.2)	175 (89.3)	125 (84.5)
Test Chi2 (p=)	p = 0.185		
Tensions dans le torse/la poitrine	N=344	N=196	N=148
Oui	127 (36.9)	16 (8.2)	111 (75.0)
Non	217 (63.1)	180 (91.8)	37 (25.0)
Test Chi2 (p=)	p < 0.001		
Aucun de ces problèmes	N=344	N=196	N=148
Oui	106 (30.8)	79 (40.3)	27 (18.2)
Non	238 (69.2)	117 (59.7)	121 (81.7)
Test Chi2 (p=)	p < 0.001		
Nécessité de modifier les dosages hormonaux	N=340	N=194	N=146
Oui	106 (31.2)	62 (32.0)	44 (30.1)
Non	227 (66.7)	129 (66.5)	98 (67.1)
Manquants	7 (2.1)	3 (0.9)	4 (1.2)
Test Chi2 (p=)	p = 0.527		
Raisons des modifications de dosages hormonaux			
Taux d'hormones dans le sang	N=106	N=62	N=44
Oui	87 (82.1)	45 (72.6)	42 (95.5)
Non	19 (17.9)	17 (27.4)	2 (4.6)
Test Chi2 (p=)	p = 0.002		
Polyglobulie	N=106	N=62	N=44
Oui	23 (21.7)	23 (37.1)	0 (0.0)
Non	83 (78.3)	39 (62.9)	44 (100.0)
Test Chi2 (p=)	p < 0.001		

Les données présentées le sont sous la forme n (%), sauf mentionné dans le tableau.

17. Tableau 17 : Santé liée aux chirurgies

	Total	AFAB	AMAB
Chirurgie du torse/poitrine	N=105	N=91	N=144
Satisfaction			
Oui	83 (79.1)	73 (80.2)	10 (71.4)
Non	22 (20.9)	18 (19.8)	4 (28.6)
Test Chi2 (p=)	p = 0.452		
Raisons de l'insatisfaction	N=22		
Raisons esthétiques	17 (77.3)		
Complications médicales	3 (13.7)		
Complications médicales rencontrées	Total N=111	AFAB N=96	AMAB N=15
Douleurs autour de cicatrice	23 (20.7)	23 (24.0)	0 (0.0)
Test Chi2 (p=)	p = 0.033		
Perte de sensibilité	68 (61.3)	66 (68.8)	2 (13.3)
Test Chi2 (p=)	p < 0.001		
Infection de la cicatrice	10 (9.0)	10 (10.4)	0 (0.0)
Test Chi2 (p=)	p = 0.190		
Cicatrices hypertrophiques	10 (9.0)	10 (10.4)	0 (0.0)
Test Chi2 (p=)	p = 0.190		
Cicatrices chéloïdes	15 (13.5)	13 (13.5)	2 (13.3)
Test Chi2 (p=)	p = 0.982		
Rupture de cicatrice	2 (1.8)	2 (2.1)	0 (0.0)
Test Chi2 (p=)	p = 0.573		
Nécrose	7 (6.3)	7 (7.3)	0 (0.0)
Test Chi2 (p=)	p = 0.280		
Aucun	27 (24.3)	17 (17.7)	10 (66.7)
Test Chi2 (p=)	p < 0.001		
Chirurgie du visage	Total	AFAB	AMAB
Satisfaction	N=22	N=0	N=22
Oui	17 (77.3)		17 (77.3)
Non	4 (18.2)		4 (18.2)
Ne sait pas encore	1 (4.6)		1 (4.6)
Opération(s) des organes génitaux	Total	AFAB	AMAB
Raisons des opérations	N=51	N=21	N=30
Libre choix	44 (86.3)	16 (76.2)	28 (93.3)
Test Chi2 (p=)	p = 0.080		
Pression sociale	1 (2.0)	0 (0.0)	1 (3.3)
Test Chi2 (p=)	p = 0.398		
Contraint.e.x à être stérilisé.e.x par la loi avant 2017	9 (17.7)	8 (38.1)	1 (3.3)
Test Chi2 (p=)	p = 0.001		
Chirurgie(s) des organes génitaux	Total	AFAB	AMAB
Satisfaction	N=44	N=19	N=25
Oui	38 (86.4)	18 (94.7)	20 (80.0)
Non	6 (13.6)	1 (5.6)	5 (20.0)
Test Chi2 (p=)	p = 0.158		

	Total	AFAB	AMAB
Problèmes rencontrés à distance de l'opération des organes génitaux	N=51	N=21	N=30
Douleurs autour de cicatrice	12 (23.5)	3 (14.3)	9 (30.0)
Test Chi2 (p=)	p = 0.193		
Perte de sensibilité	11 (21.6)	3 (14.3)	8 (26.7)
Test Chi2 (p=)	p = 0.290		
Infection de la cicatrice	4 (7.8)	1 (4.8)	3 (10.0)
Test Chi2 (p=)	p = 0.493		
Cicatrices hypertrophiques	5 (9.8)	2 (9.5)	3 (10.0)
Test Chi2 (p=)	p = 0.955		
Cicatrices chéloïdes	7 (13.7)	1 (4.8)	6 (20.0)
Test Chi2 (p=)	p = 0.120		
Rupture de cicatrice	5 (9.8)	3 (14.3)	2 (6.7)
Test Chi2 (p=)	p = 0.368		
Nécrose	3 (5.9)	0 (0.0)	3 (10.0)
Test Chi2 (p=)	p = 0.135		
Sécheresse	7 (13.7)	0 (0.0)	7 (23.3)
Test Chi2 (p=)	p = 0.017		
Sténose vaginale	1 (2.0)	0 (0.0)	1 (3.3)
Test Chi2 (p=)	p = 0.398		
Sténose urétrale	1 (2.0)	0 (0.0)	1 (3.3)
Test Chi2 (p=)	p = 0.398		
Fistule	2 (1.8)	2 (9.5)	0 (0.0)
Test Chi2 (p=)	p = 0.085		
Trouble érectile	1 (2.0)	0 (0.0)	1 (3.3)
Test Chi2 (p=)	p = 0.398		
Anorgasmie	5 (9.8)	1 (4.8)	4 (13.3)
Test Chi2 (p=)	p = 0.311		
Aucun de ces problèmes	10 (24.3)	10 (47.6)	8 (26.7)
Test Chi2 (p=)	p = 0.123		

Les données présentées le sont sous la forme n (%), sauf mentionné dans le tableau.

IV. DISCUSSION

Dans cette partie nous allons présenter dans un premier temps les forces et les limites de notre étude. Nous présenterons ensuite les principaux résultats de notre enquête et comment ils peuvent être interprétés en les comparant à ceux des études existantes lorsque cela est possible, afin de répondre à notre objectif principal qui était de décrire la prévalence et la répartition des problématiques de santé et d'accès aux soins des personnes trans en France. Les freins à l'accès aux soins seront discutés dans cette partie.

Enfin nous présenterons les rôles des médecins généralistes identifiés dans notre enquête et comment lever certains freins à l'accès aux soins afin d'améliorer l'accompagnement médical des personnes trans auprès du·de la médecin généraliste, acteur·rice majeur·e de santé de proximité.

A. Forces et limites de la recherche

1. Forces de la recherche

La force principale de notre recherche est qu'elle aborde les problématiques de santé et d'accès aux soins des personnes trans en France de **manière vaste et globale**. Elle est à notre connaissance la **première enquête de ce type réalisée en France** concernant la santé des personnes trans.

Elle est également à notre connaissance la **première enquête à réunir un tel effectif** concernant la santé des personnes trans en France.

Elle apporte des données concernant la santé des personnes transmasculines, qui étaient habituellement sous-représentées dans les précédentes enquêtes sur la santé des personnes trans en France.

Par ailleurs, la description des problèmes de santé rencontrés et d'accès aux soins permet d'apporter des informations importantes concernant les difficultés rencontrées par les personnes trans en France aujourd'hui et de suggérer des moyens d'améliorer cette situation.

2. Validité interne de l'étude

Le fait que notre étude soit rétrospective induit nécessairement un **biais de mémorisation** de la part des répondant·e·x·s.

Les sujets de la santé générale, la santé mentale, les comportements sexuels et vis-à-vis des substances psychoactives, les expériences de transphobie et de discriminations étant des sujets définis comme « sensibles », on peut supposer qu'il existe un **biais de déclaration** concernant ces données particulières.

Cependant, ce biais est **limité par le caractère anonyme et dépersonnalisé du questionnaire**, qui limite l'influence que peut avoir l'investigatrice sur la personne interrogée. En dehors des 3 premières questions et les messages d'information sur les questions sensibles, aucune question n'était à réponse obligatoire, les participant·e·x·s pouvaient ainsi toujours cocher la case « Je ne

souhaite pas répondre » ou passer la question lorsqu'ils-elles le souhaitaient, plutôt que de répondre de manière non motivée.

Enfin, la lettre d'information et non opposition à participer à l'étude explicitait clairement le but de l'étude et la teneur des questions. Une personne ne souhaitant pas aborder ces sujets pouvait donc renoncer à répondre dès cette étape.

3. Validité externe de l'étude

Le biais principal de notre recherche est le **biais de recrutement**.

a) Diffusion sur les réseaux sociaux

L'enquête a été diffusée en grande majorité sur le réseau social Facebook à la connaissance de l'investigatrice et via les associations de personnes trans et LGBTQI+. Les personnes les plus représentées sur Facebook en 2021 ont entre 25 et 34 ans (32 % des utilisateur·rice·x·s) (94). Ce moyen de communication a donc probablement majoré le recrutement de personnes ayant entre 25 et 34 ans.

La diffusion du questionnaire par des associations trans et LGBTQI+ a favorisé la participation de personnes proches et issues du milieu associatif, plus souvent politiquement engagées dans la défense des droits des personnes trans et LGBTQI+. Ces personnes sont plus souvent à l'aise avec leur transidentité. Dans le but de limiter ce biais de recrutement nous avons également contacté différents centres de planification familiale, ainsi que les services des hôpitaux en lien avec l'association Trans-Santé. Ces associations ont été contactées dans le but d'élargir la diversité des réponses à des personnes non militantes.

Le questionnaire a également été diffusé ensuite par effet boule de neige sur les réseaux sociaux. La diffusion par effet boule de neige a pour inconvénient que les participant·e·x·s diffusent le questionnaire à leurs cercles de connaissances, donc à des personnes aux profils proches des leurs. Elle a aussi comme qualité d'être une des rares méthodes permettant d'accéder aux populations « difficiles à atteindre », dont les contours sont peu visibles, et

d'atteindre des personnes de milieux sociaux et culturels plus variés qu'en passant par les seules associations militantes.

De plus, cette méthode a permis de couvrir une vaste partie du territoire français : si certains départements avaient reçu plus de réponses que d'autres, on remarquera que les réponses proviennent de quasiment tout le territoire français, à l'exception de l'outre-mer qui est sous-représenté.

b) Temps de réponse au questionnaire

La durée de réponse au questionnaire a été à l'origine d'un probable biais de non-réponse. La durée de réponse étant de 30 minutes en moyenne, il est probable que les répondant·e·x·s les plus motivé·e·x·s à aller au bout du questionnaire soient plus souvent militant·e·x·s et plus souvent diplômé·e·x·s. Malgré ce temps de réponse élevé, sur les 633 personnes qui avaient débuté le questionnaire, 501 personnes soit près de 4 personnes sur 5 (79.1%) l'ont complété. On peut supposer que la population d'étude, étant moins souvent sollicitée à s'exprimer elle-même sur ces problématiques, a pu présenter un engouement pour notre démarche de recherche et a ainsi pris le temps nécessaire pour répondre à un questionnaire dont le but est d'améliorer son accès à la santé.

Résumé :

Ainsi, nous avons vu que notre enquête présente un biais de recrutement qui peut affecter la représentativité de la population répondante avec la population cible, à savoir la population des personnes transgenres majeures vivant en France.

Les études quantitatives réalisées antérieurement concernant la santé des personnes trans en France présentaient également un biais de recrutement et avaient recueilli des effectifs moindres. Pour rappel notre étude est la première enquête française concernant la santé des personnes trans à avoir recueilli un effectif de plus de 500 répondant·e·x·s, avec des profils socio-démographiques variés, et en provenance de la France entière. Elle a permis d'atteindre une population plus importante de personnes transmasculines, qui jusque-là étaient sous-

représentées dans les études antérieures. Pour ces deux raisons, notre population est sans doute plus représentative de la population cible que les études antérieures.

Les données recueillies seront à interpréter sous cet angle de vue et en gardant à l'esprit que l'association de nos résultats à ceux des études qualitatives et aux autres études quantitatives réalisées reste indispensable pour appréhender le sujet de la santé trans.

En effet la littérature rapporte que l'observation des populations dites « difficiles à atteindre » doit être considérée comme un dispositif alliant études ethnographiques et enquête quantitatives, et ce d'autant plus lorsque la population en question est hétérogène (95). Le sociologue et chercheur A. Giarni avait défini en 2010 la population trans comme une population « difficile à atteindre » et avait également conclu qu'il était nécessaire d'associer les approches qualitatives et quantitatives pour mieux appréhender les données concernant la population trans (96).

B. Caractéristiques socio-démographiques des répondant·e·x·s

La population répondante est majoritairement jeune, composée en majeure partie de personnes transmasculines, de nationalité française, diplômée et majoritairement urbaine.

Le nombre plus élevé de personnes AFAB (pour l'anglais « assigned female at birth », assignées filles à la naissance) dans la population répondante est cohérent avec la proportion plus importante de personnes transmasculines.

Concernant l'activité professionnelle, la moitié des répondant·e·x·s avaient une activité professionnelle déclarée, environ le quart des répondant·e·x·s étaient étudiant·e·x·s et environ le quart des répondant·e·x·s étaient sans emploi.

a) Population jeune

L'âge jeune des répondant·e·x·s nous renseigne ici essentiellement sur la méthode employée pour atteindre le public cible, à savoir les réseaux sociaux et plus particulièrement le réseau social Facebook. Cela ne renseigne pas sur la moyenne d'âge de la population cible.

Au sein de notre population répondante, les femmes trans étaient plus âgées en moyenne que les hommes trans et les personnes trans non-binaires. Ceci est un facteur à garder en tête pour l'interprétation des résultats en fonction du genre des répondant·e·x·s : lorsqu'il existe des différences observées, il est possible que l'âge soit un facteur de confusion.

b) Majorité transmasculine

La population ayant répondu à notre enquête était majoritairement composée de personnes transmasculines, ce qui est à l'inverse des dernières enquêtes réalisées en France concernant la santé des personnes transgenres et qui apporte une originalité inédite à nos résultats.

En effet, au cours des 11 dernières années les enquêtes françaises en santé trans montraient une population répondante majoritairement féminine : l'enquête réalisée en 2010 par le sociologue Giami (76), avait reçu plus de réponses provenant de personnes transféminines.

Dans l'enquête « Transphobie » publiée en 2014 par les sociologues Alessandrin et Espineira, 39.8% des interrogé·e·x·s s'identifiaient « femme » ou « femme trans » et 26.5% des interrogé·e·x·s s'identifiaient « homme » ou « homme trans ». La thèse de médecine générale des doctorantes Garnier et Ollivier publiée en 2018 et réalisée auprès de 320 personnes trans montrait également plus de réponses de la part de personnes transféminines : 57% contre 39% de réponses provenant de personnes transmasculines.

Le fait que la population répondante à notre enquête soit constituée en plus grand nombre de personnes transmasculines, une fois de plus ne nous renseigne pas sur un genre plus représenté au sein de la population cible mais probablement plutôt sur le **mode de recrutement** des participant·e·x·s. Notre première hypothèse est que cela peut s'expliquer par le fait que l'investigatrice se soit présentée comme appartenant à la communauté lesbienne sur le post présentant l'étude. L'information a pu être partagée majoritairement par des personnes s'identifiant à l'investigatrice, à savoir sur des groupes de personnes cisgenres lesbiennes, possiblement en contact avec d'avantage d'hommes trans que de femmes trans. Ce **biais d'identification** pourrait expliquer ce recrutement particulier. Une autre hypothèse est que le recrutement en ligne par effet boule de neige a pu permettre d'atteindre des personnes moins « visibles ». L'anonymat du questionnaire a également pu permettre à ces personnes de se livrer davantage sur leur état de santé de manière plus libre, en particulier concernant les violences transphobes qui étaient souvent, nous allons le voir plus loin, plus représentées dans la population transmasculine.

c) **Nationalité des répondant·e·x·s**

Concernant la nationalité des répondant·e·x·s, plus de 95% personnes avaient la nationalité française.

Bien qu'une version anglaise du questionnaire ait été disponible, elle n'a été choisie que 4 fois parmi les 840 personnes qui avaient ouvert le questionnaire. La diffusion de l'enquête sur des réseaux sociaux essentiellement francophones a certainement participé restreindre l'accès au questionnaire à une population francophone.

Cela n'altère cependant pas la représentativité de la population répondante à la population cible.

d) Activité professionnelle

Au sein de notre population répondante, 49.2% des participant·e·x·s avaient une activité professionnelle déclarée. Cela représente une proportion inférieure à la population générale. En effet, selon les données recueillies par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), 67.0% de la population française d'âge actif était « en emploi » au deuxième trimestre 2021 (97).

Le taux de personnes ayant une activité professionnelle non déclarée au sein de la population répondante était de 3.9%, dont les 3/4 étaient travailleur·se·x·s du sexe, soit 3% de la population répondante.

La population répondante avait donc moins souvent une activité professionnelle déclarée que la population générale.

Cette tendance était retrouvée dans l'enquête réalisée par les doctorantes Garnier et Ollivier en 2018 auprès de 320 personnes trans, où les auteures décrivaient une part encore moindre de personnes en activité professionnelle : 32% des répondant·e·x·s seulement (67).

Au sein de notre population d'étude, les femmes trans étaient moins souvent étudiantes et avaient plus souvent un travail déclaré. Ceci est cohérent avec le fait qu'elles étaient en moyenne plus âgées que les hommes trans et les personnes trans non-binaires au sein de notre population d'étude.

Ainsi nos résultats tendent à montrer une certaine précarité d'emploi de notre population répondante, en comparaison avec la population générale, connue pour restreindre l'accès aux soins (23).

e) Population diplômée

La majorité des répondant·e·x·s avaient passé le bac et plus de la moitié avait complété un premier cycle d'études supérieures. **La population répondante apparaît ainsi légèrement plus diplômée que la population générale** : selon l'INSEE, en moyenne, en 2019 dans la population âgée de 25 à 34 ans révolus, 69.4% étaient diplômé·e·x·s du baccalauréat et 47.5% étaient diplômés des études supérieures (98).

Dans l'US Trans Survey réalisée auprès de plus de 27 000 personnes transgenres aux Etats-Unis en 2015 avaient également fait ressortir une population plus diplômée que la population générale américaine. Les auteur·e·s avaient précisé que ceci était habituel dans les études réalisées par le biais de questionnaires auto-administré·e·x·s diffusés sur internet (99).

f) Population urbaine et rurale

73.6% des répondant·e·x·s vivaient en milieu urbain.

La répartition de la population répondante entre milieux rural et urbain est très proche de celle de la population française : selon les données du recensement de la population recueillies par l'INSEE en 2014, 77.3% des français·e·x·s vivaient en milieu urbain (100). Il s'agit là d'un atout propre à notre enquête, qui permet de rappeler que les personnes trans vivent autant en milieux ruraux que la plupart de la population générale, parfois loin des centres des grandes villes LGBTQIA+-friendly.

Ceci tend à renforcer la représentativité de notre population répondante par rapport à la population cible.

Résumé :

La population répondante à notre enquête était majoritairement jeune, et plus particulièrement les hommes trans. La population était constituée en majorité de personnes transmasculines. Elle était légèrement plus diplômée que la population générale.

Il apparaissait que les personnes trans interrogé·e·x·s étaient plus souvent en situation de précarité sur le plan de l'emploi, ce qui pouvait être un premier facteur limitant leur santé et leur accès aux soins.

La répartition de la population répondante entre milieux rural et urbain était similaire à celle de la population générale.

C. Santé

1. Bien-être physique

a) Auto-évaluation de l'état de santé

L'enquête santé européenne EHIS - ESPS (European Health Interview Survey-Enquête santé et protection sociale) avait interrogé, en 2014, près de 26 500 personnes en France métropolitaine sur leur état de santé. 70 % des personnes âgées de plus de 15 ans avaient alors déclaré que leur état de santé était « bon » ou « très bon », 23 % l'estimaient « assez bon » et 7 % se disaient en « mauvais » ou « très mauvais » état de santé (101).

Dans la population répondante à l'enquête, 46% des personnes s'estiment en « Bon ou très bon » état de santé physique et 10.5% des personnes s'estiment en « Mauvais ou très mauvais » état de santé physique.

Il apparaît donc une différence majeure par rapport à la population générale concernant cette auto-évaluation de l'état de santé physique. Si légèrement plus de personnes parmi les interrogé·e·x·s s'estimaient en « Mauvais ou très mauvais » état de santé, le nombre de personnes s'estimant en « Bon ou très bon » état de santé était bien inférieur à celui de la population générale.

Cette différence était retrouvée dans une moindre mesure au sein de l'US Trans Survey réalisée en 2015 aux Etats-Unis, 22% des personnes trans interrogées avaient déclaré avoir un état de santé « Passable » ou « Mauvaise », contre 18% de la population générale américaine (99).

b) IMC, activité physique

Parmi les répondant·e·x·s à l'enquête, environ 35% de la population était en surpoids ou en situation d'obésité, contre environ 50% de la population générale, selon les données de Santé Publique France (SPF) recueillies en 2015 (102).

La population répondante était donc moins souvent en surpoids et en situation d'obésité que la population générale.

c) Dépistages

A propos des dépistages de masse de la population générale qui concernent le cancer du col de l'utérus et le cancer du sein, nous avons vu que les personnes issues de notre population étaient peu souvent à jour. Concernant le cancer colo-rectal, les dépistages étaient également peu réalisés, mais en mêmes proportions que dans la population générale.

(1) Dépistage du cancer du col utérin

Pour rappel nous avons vu dans l'introduction que les hommes transgenres, bien qu'ils conservent pour la plupart leur utérus, réalisent moins de FCV que les femmes cisgenres (28). Ceci est confirmé dans notre enquête : **en effet seulement 42% des personnes concernées par le dépistage du cancer du col utérin étaient à jour pour ce dépistage, contre 58 % en population générale.** Ce dernier chiffre est issu des données de SPF et représente le taux de dépistage du cancer du col utérin chez les femmes cisgenres de 25 à 65 ans en France sur la période 2017-2019 (103).

Les explications proposées par la littérature sont que les campagnes de dépistage ne ciblent pas cette population (29), qu'aucune formation ni recommandation ne guident les professionnel-le-s de santé à ce sujet (30), et que l'examen physique est souvent source d'angoisse pour les personnes transgenres (31).

(2) Cancer du sein

Concernant le dépistage du cancer du sein par mammographie ou échographie, environ 1 personne concernée sur 5 seulement avait réalisé ce dépistage (22%). **Ceci représente à peu près la moitié du pourcentage de personnes ayant réalisé ce dépistage dans la population générale** : selon l'agence SPF, 48% des personnes concernées avaient réalisé le dépistage du cancer du sein en 2018-2019 (104).

(3) *Cancer colo-rectal*

Un peu moins d'un tiers (31%) des répondant·e·x·s concerné·e·x·s étaient à jour concernant ce dépistage. Ce chiffre est très proche de celui de la population générale : selon l'agence Santé Publique France (SPF), le taux de participation dans la population générale était de 29% en 2019-2020 (105).

Dans notre étude, le fait d'être une personne transgenre ne semble donc pas être un critère de participation ou non au dépistage de masse du cancer colo-rectal.

Ceci peut s'expliquer par le fait que le dépistage du cancer colo-rectal n'est pas en lien avec l'identité de genre. Ainsi nous pouvons supposer que les patient·e·x·s ont moins de frein à le réaliser ou à le demander spontanément et que les médecins sont plus enclins à suivre des recommandations non genrées ainsi qu'à généraliser l'accès à ces tests qui s'adressent à tou·t·e·x·s.

d) Consommation d'alcool

Selon le Baromètre Santé Publique France réalisé en 2017, 40% de la population générale française consommait de l'alcool au moins une fois par semaine (106). Dans notre enquête, 6% de la population répondante avait déclaré consommer de l'alcool tous les jours et environ 50% avaient déclaré avoir consommé de l'alcool dans les 7 derniers jours.

Ainsi la consommation d'alcool au sein de la population répondante est supérieure à celle de la population générale en termes de fréquence de consommation.

Cette tendance était également retrouvée dans l'US Trans Survey réalisée aux Etats-Unis en 2015 (99).

e) Consommation de tabac et e-cigarette

Selon le bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) édité par SPF en mai 2019, 25.4% des 18-75 ans fumaient quotidiennement et 32.0% fumaient au moins occasionnellement (107).

Dans la population répondante, 19.2% des participant·e·x·s avaient déclaré fumer quotidiennement et 11.2 avaient déclaré être fumeur·e·x·s occasionnel·le·x·s. Ainsi, 29.2% fumaient au moins occasionnellement.

La prévalence du tabagisme dans la population répondante semble ainsi comparable à celle de la population générale.

Dans l'US Trans Survey, la consommation de tabac était également inférieure chez les personnes trans à celle retrouvée en population générale.

Concernant la consommation de nicotine par l'intermédiaire de la e-cigarette, le même BEH l'évaluait en 2018 à 3.8% de la population. Dans la population répondante, cette consommation était un peu plus élevée puisque 4.7% consommaient seulement la e-cigarette. Nous n'avons pas demandé aux fumeur·e·x·s de cigarettes s'ils·elles utilisaient également une e-cigarette. Cette proportion plus importante de consommateur·rice·x·s de la e-cigarette s'explique probablement en grande partie par les 3 ans de décalage entre la collecte de ces données (2018) et la réalisation de notre enquête.

f) Consommations de substances psychoactives

(1) Cannabis

Selon le baromètre santé 2017 édité par SPF, 11% des adultes en population générale avaient consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois (108).

Au sein de la population répondante, 26.6% des participant·e·x·s avaient déclaré avoir consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois. **Ceci représente donc plus du double de consommateur·rice·x·s de cannabis par rapport à la population générale. Cette proportion est à nuancer avec l'âge des populations comparées : notre population est plus jeune que la population générale et cela pourrait expliquer ce si grand écart des consommations.**

Cette tendance était cependant retrouvée, dans une moindre mesure, dans l'US Trans Survey : un quart des répondant·e·x·s avaient consommé du cannabis dans le mois précédant l'enquête, contre 8% dans la population générale des Etats-Unis (99).

(2) *Autres drogues*

Concernant les drogues de synthèse et la cocaïne, la consommation dans notre population est comparable à celle de la population générale, en prenant à nouveau comme référence les chiffres du baromètre santé 2017.

g) IST

(1) *Prévalence des IST*

(a) *VIH*

Selon SPF, en 2019 la prévalence du VIH dans la population générale était de 0.4%. Dans notre population, le pourcentage de personnes vivant avec le VIH était de 0.6%, soit 3 personnes (109). L'effectif mesuré dans notre enquête est trop petit pour pouvoir en déduire une proportion de personnes vivants avec le VIH au sein de la population trans.

(b) *Chlamydia trachomatis*

L'infection à *Chlamydia trachomatis* était l'IST la plus fréquemment retrouvée dans la population répondante avec une prévalence de 4.8% de personnes ayant déjà eu une infection à *Chlamydia trachomatis*.

Nous n'avons pas trouvé de chiffres comparables en population générale mais ce pourcentage semble élevé.

En effet les données dont nous disposons en population générale concernent la prévalence de personnes infectées par la *Chlamydia* en 2016 : elle était estimée par SPF à un taux de 491/100 000 habitant·e·x·s soit avec une prévalence de 0.5% (109).

(c) *Neisseria gonorrhoea*

2.8% des participant·e·x·s à l'enquête ont déclaré avoir déjà été infecté·e·x·s par *Neisseria gonorrhoea*.

A nouveau, nous n'avons pas trouvé de chiffres comparables en population générale mais ce pourcentage semble élevé.

En effet les données dont nous disposons en population générale concernent la prévalence des infections par le gonocoque en 2016 : était estimée par SPF à un taux de 91/100 000 habitant·e·x·s soit avec une prévalence de 0.1% (109).

(d) Syphilis

0.6% des participant·e·x·s à l'enquête ont déclaré avoir déjà été infecté·e·x·s par la syphilis.

Encore une fois, nous n'avons pas trouvé de chiffres comparables en population générale mais ce pourcentage semble relativement plus faible dans la population répondante.

En effet les données dont nous disposons en population générale concernent la prévalence de la syphilis en 2016 : elle était estimée par SPF à un taux de 47.2/1000 habitant·e·x·s soit avec une prévalence de 0.5% (110).

(e) Infection à Human papillomavirus (HPV)

Dans la population répondante, 2.3% des personnes avaient été diagnostiqué·e·x·s positif·v·e·x·s à l'HPV. Ce chiffre relativement faible s'explique par le fait que la contamination à HPV est transitoire la majorité du temps, qu'elle est asymptomatique et qu'il faut avoir réalisé une recherche spécifique par prélèvement vaginal ou pénien pour la diagnostiquer. Tous ces critères font qu'elle reste peu souvent diagnostiquée.

Les données de notre enquête semblent ainsi rejoindre celles retrouvées en population générale.

(f) Herpès génital

Au sein de la population répondante le pourcentage de personnes ayant eu un Herpès génital au cours de leur vie est de 2.1%.

Selon le site de la société française de dermatologie, 20% des adultes sont porteur-se-x-s d'Herpès génital (111), et en particulier les 25-35 ans.

Le faible pourcentage de personnes ayant déclaré avoir eu un Herpès génital peut s'expliquer par le grand nombre de personnes asymptomatiques et le fait que l'infection ne soit recherchée qu'en cas de symptômes, tandis qu'elle est estimée être asymptomatique dans 50 à 90% des cas.

(2) *Dépistage des IST*

Selon les informations recueillies par le système national des données de santé (SNDS) présentées lors des Journées de SPF en mai 2021, la pandémie de COVID19 a fait fortement baisser les fréquences de dépistages des 3 IST bactériennes remboursées : syphilis, gonocoque et Chlamydia, et ce particulièrement lors des périodes de confinement. Ces 3 dépistages avaient baissé en moyenne de 58.3% de février à avril 2020 et de 5.7% entre 2019 et 2020. Concernant les dépistages du VIH, ils avaient baissé de 55% entre février et avril 2020 et de 10% entre 2019 et 2020 (112).

Dans la population répondante, 28% des interrogé-e-x-s avaient réalisé un dépistage des IST au cours des 12 derniers mois. **Cela semble être un chiffre élevé au regard des données citées précédemment. Les différentes périodes de confinement ne semblent pas avoir eu d'impact sur l'accès au dépistage de notre population d'étude.** Cela pourrait s'expliquer par un intérêt accru pour leur santé et pour la prévention au sein de cette population.

(3) *Prise de la PrEP*

18 personnes sur les 519 (3.5%) qui avaient accédé à la partie « Santé liée à votre sexualité » avaient déclaré prendre la PrEP, dont 8 personnes en continu et 10 personnes à la demande.

Le groupement d'intérêt scientifique EPI-PHARE rapportait à partir de données issues du SNDS qu'en juin 2020, 32 000 personnes de plus de 15 ans avaient reçu une prescription de PrEP. Les données étaient issues du SNDS (113). Ceci représentait environ 0.06% de la population générale de plus de 15 ans (c'est moi qui calcule). Ce chiffre est à relativiser car il a

probablement augmenté au cours de l'année 2021 avec l'autorisation de prescription de la PrEP par les médecins généralistes au 1^{er} juin 2021 (114).

Nous pouvons en déduire que la population répondante prenait plus souvent la PrEP que la population générale. De plus, 19.8% de la population répondante avait répondu pouvoir être intéressée par la PrEP à l'avenir.

A nouveau, cela semble souligner que cette population semble s'occuper de sa santé et se sentir concernée par la prévention des IST.

h) Vaccinations

(1) Vaccinations obligatoires

Quasiment les 2/3 des répondant·e·x·s avaient déclaré être à jour concernant les vaccinations obligatoires. Nous n'avons pas trouvé de chiffres pour comparer à la population générale mais cette proportion de personnes déclarant être à jour semble être plutôt élevée.

(2) Hépatite B

Une enquête réalisée par un doctorant en médecine dans la région de Nice N.Cazals en 2017 rapportait une prévalence de la vaccination contre l'hépatite B de 48% chez les adultes (115).

Ceci correspond de manière assez précise au pourcentage de vacciné·e·x·s au sein de la population répondante à notre étude : 47.1% des répondant·e·x·s avaient déclaré avoir été vacciné·e·x·s contre l'hépatite B.

Ainsi, la population répondante présentait un taux de vaccination contre l'hépatite B similaire à celui estimé en population générale.

(3) Vaccination HPV

Selon les données présentées par SPF, la couverture vaccinale contre le HPV chez les femmes cisgenres de 18 à 26 ans est de 24,2% en moyenne (116).

Dans la population répondant à notre enquête, 22.3% des personnes interrogé·e·x·s avaient réalisé le vaccin contre l'HPV, dont 29.1% des hommes trans, 27.8% des personnes trans non-binaires et 10.0% des femmes trans. **La population répondante était donc souvent plus vaccinée contre l'HPV que la population générale d'âge comparable.**

i) COVID19

(1) Vaccination

Selon le point épidémiologique édité en novembre 2021 par SPF, au 2 novembre 2021, 76% de la population avait reçu au moins une dose du vaccin en France (117).

Dans la population répondante de notre étude, 74.5% des interrogé·e·x·s avaient déclaré avoir été vacciné·e·x·s contre la COVID19. **Le pourcentage de personnes vacciné·e·x·s au sein de la population répondante est donc superposable à celui de la population générale.**

Cela corrobore une fois de plus le fait que les participant·e·x·s à notre enquête semblent concerné·e·x·s par leur santé et la prévention.

(2) Infection par la COVID19

7.7% des répondant·e·x·s à l'enquête avaient signalé avoir été diagnostiqué·e·x·s positif·v·e·x·s à la COVID19.

En France au 2 novembre 2021, 7 190 334 cas de COVID 19 avaient été diagnostiqué·e·x·s, ce qui représenterait 10.7% de la population générale (117).

La population répondante avait ainsi moins souvent eu la COVID19 que la population générale.

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cette différence. Nous avons vu que concernant les dépistages des IST et les vaccinations les participant·e·x·s à notre enquête avaient plutôt tendance à plus se protéger que la population générale. Ce chiffre pourrait s'expliquer par le fait que les personnes interrogées aient été plus précautionneuses concernant les gestes barrières contre la transmission de la COVID19.

j) Effets indésirables des hormones

Nous avons demandé aux participant·e·x·s quels problèmes de santé ils·elles avaient rencontrés suite à la prise d'hormones, à travers des QCM proposant différents problèmes de santé. Nous ne détaillerons ici que les résultats principaux.

(1) Acné

L'acné était un des effets indésirables rapportés le plus souvent par les personnes trans suite à leur prise d'hormones. Elle était plus fréquente de manière statistiquement significative chez les personnes AFAB : on la retrouvait chez 2 personnes sur 3, tandis qu'elle était présente chez moins d'une personne sur 10 parmi les personnes AMAB.

Ceci est cohérent avec les résultats présentés par la revue de littérature publiée en 2019 sur la santé dermatologique des personnes trans, où dans une enquête réalisée auprès de 21 hommes transgenres 94% d'entre eux avaient présenté une acné faciale au bout de 4 mois d'hormonothérapie (34).

(2) Prise de poids

Plus des 2/3 des personnes interrogées avaient déclaré avoir pris du poids suite au traitement hormonal, dans les mêmes proportions chez les personnes AFAB et AMAB.

Cette tendance à la prise de poids avec le traitement hormonal est en accord avec les données rapportées dans la revue de littérature « Endocrinology of Transgender Medicine » (32).

(3) Douleurs abdominales et pelviennes

La survenue de douleurs abdominales et pelviennes suite à la prise d'hormones était retrouvée chez un tiers des personnes AFAB.

Elle semble donc être un fait fréquent, et n'était pas traitée par la revue de littérature « Endocrinology of Transgender Medicine » parue en 2019.

Nous avons ainsi mis en évidence 3 effets indésirables retrouvés fréquemment au sein de la population transgenre : l'acné chez les personnes prenant un traitement hormonal masculinisant, la prise de poids pour la majorité des personnes prenant un traitement hormonal d'affirmation de genre et l'apparition de douleurs abdominales et pelviennes chez les personnes prenant un traitement hormonal masculinisant. Ces effets secondaires à la prise d'hormones peuvent apparaître comme bénins mais peuvent fortement altérer la qualité de vie des personnes trans et sont importants à prendre en compte dans leur parcours médical.

Afin de pouvoir conclure de manière fiable et plus détaillée sur les effets indésirables des traitements hormonaux, il sera nécessaire de réaliser des études de plus grande amplitude et de préférence prospectives pour mieux connaître les effets indésirables des traitements hormonaux chez les personnes trans (32).

k) Complications post-opératoires

Nous avons décrit dans la partie « Résultats » les complications post-opératoires rencontrées en fonction des chirurgies réalisées.

Les effectifs de personnes ayant réalisé les interventions chirurgicales et ayant déclaré des complications post-opératoires sont faibles. Nous avons présenté les résultats à titre indicatif mais il semble également important pour obtenir des données fiables de réaliser d'autres études, de plus grande ampleur et ciblées sur ces thématiques.

Résumé concernant le bien-être physique des répondant·e·x·s :

Il apparaissait une différence majeure par rapport à la population générale concernant l'auto-évaluation de l'état de santé physique des répondant·e·x·s. Les interrogé·e·x·s estimaient leur santé physique moins bonne en comparaison avec la population générale.

La population répondante à notre enquête était moins souvent en situation de surpoids ou d'obésité que la population générale.

Concernant les dépistages des cancers du sein et de l'utérus, les répondant·e·x·s étaient bien moins souvent à jour que la population générale. Cette tendance n'était pas retrouvée concernant le dépistage du cancer colo-rectal, ce qui laisse penser qu'une campagne de dépistage non genrée et adressée à tou·te·x·s est plus accessible à la population trans.

La consommation d'alcool au sein de la population répondante est supérieure à celle de la population générale en termes de fréquence de consommation. La consommation de cannabis était deux fois plus fréquente dans la population répondante que dans la population générale mais cette donnée est à nuancer avec l'âge jeune des répondant·e·x·s. Nous allons voir que ces données sont cohérentes avec les données que nous avons recueillies sur la santé mentale des répondant·e·x·s.

La prévalence des IST au sein de la population répondante était difficilement comparable avec la population générale. Les infections à Chlamydia trachomatis et à Neisseria gonorrhoeae semblaient plus fréquentes dans la population répondante. Il apparaissait cependant qu'une part élevée des répondant·e·x·s avaient réalisé des dépistages des IST au cours des 12 derniers mois. Le nombre de personnes prenant la PrEP était plus élevé dans la population répondante que dans la population générale.

Concernant les vaccinations obligatoires, contre l'hépatite B, l'HPV et la COVID 19 les personnes trans interrogé·e·x·s étaient autant voire plus souvent vacciné·e·x·s que la population générale. Ces deux derniers points semblent illustrer un intérêt accru de la population interrogée pour sa santé et la prévention des infections, en comparaison à la population générale.

Les effets rapportés suite à la prise d'hormones d'affirmation de genre étaient essentiellement, pour les personnes AFAB : l'acné et des douleurs abdominales et pelviennes. Pour l'ensemble de la population interrogée, la prise de poids était fréquemment retrouvée suite à la prise d'hormones. Des études ultérieures et de ciblées sur les effets indésirables des hormones semblent nécessaires pour mieux appréhender ce sujet.

Concernant les complications post-opératoires, l'effectif recueilli ne nous permet pas de tirer des conclusions et à nouveau, des études ultérieures et plus ciblées semblent nécessaires.

2. Bien-être mental

a) Auto-évaluation du bien-être mental

A la question « comment vous sentez-vous dans votre vie en ce moment ? » un quart (25.5%) des participant·e·x·s ont répondu aller « Mal » ou « Très mal ».

Pour rappel l'enquête canadienne Trans PULSE publiée en mars 2020, rapportait que 56 % des personnes trans interrogé·e·x·s avaient qualifié leur santé mentale de « passable ou mauvaise ». Cette question n'est pas posée tout à fait de la même manière mais il semblerait que la population ayant répondu à notre enquête rapportait une meilleure auto-évaluation de sa meilleure santé mentale que celle interrogée par l'enquête Trans PULSE. Nous allons voir par la suite que cela ne signifie pas pour autant que la population répondante ait une bonne santé mentale.

b) Troubles du comportement alimentaire

Selon la direction générale de l'offre de soins (DGOS) en 2017, les troubles du comportement alimentaire (anorexie et boulimie) concernent « 0.9 à 1.5% des femmes et 0.2 à 0.3% des hommes de 12 à 35 ans » (118).

Dans notre étude, 21.0% des interrogé·e·x·s avaient déclaré avoir déjà souffert d'anorexie et 31.8% rapportaient avoir déjà souffert de boulimie.

Cela représente des prévalences de ces troubles du comportement alimentaire 20 à 30 fois plus élevées que celles rapportées par le DGOS.

Cette tendance est en accord avec la littérature. Pour rappel en 2015, une enquête américaine de grande ampleur avait rapporté que les personnes LGBT présentaient plus fréquemment un diagnostic de trouble du comportement alimentaire, ainsi que des comportements associés tels que la prise de laxatifs ou de traitement « amaigrissants » et la pratique des vomissements que la population cisgenre et hétérosexuelle (37).

Ces données sont cohérentes avec les données concernant la santé mentale des personnes trans retrouvées dans la littérature scientifique.

c) Troubles du sommeil

87.5% des répondant·e·x·s ont déclaré avoir déjà eu des troubles du sommeil au cours de leur vie et environ 30% de la population rapportait un problème d'insomnies complètes.

Le baromètre santé 2017 abordait la question des troubles du sommeil et en particulier de l'insomnie chronique (119). Elle touchait alors 13.1% des 18-75 ans. Dans notre enquête, 30.6% des interrogé·e·x·s rapportaient avoir déjà eu des problèmes d'insomnie complète au cours de leur vie.

Ces chiffres sont difficilement comparables car les réponses sont obtenues dans deux contextes différents : nous avons demandé aux participant·e·x·s quels troubles du sommeil ils·elles avaient rencontrés « au cours de leur vie », alors que le baromètre santé évalue les troubles du sommeil contemporains à la réalisation de leur étude. Cependant le nombre beaucoup plus important d'insomnies rapportées dans la population ayant répondu à notre enquête est en faveur **d'une prévalence supérieure de l'insomnie au sein de la population répondante, en comparaison avec la population générale.**

d) Antécédents psychiatriques

(1) Dépression

3 répondant·e·x·s sur 4 ont déclaré avoir présenté un syndrome dépressif au cours de leur vie.

Dans un rapport « Etudes et résultats » édité par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) publié en mars 2021, 13,5 % des personnes de plus de 15 ans résidant en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Martinique et à La Réunion présentaient un syndrome dépressif en 2020 (15,8 % des femmes et 11,0 % des hommes).

Au vu de ces données, notre population d'étude a très majoritairement traversé des épisodes de dépression en comparaison à la population générale.

Ceci est cohérent avec les résultats des dernières enquêtes sur la santé des personnes trans : pour rappel en 2018 une enquête américaine rapportait que 43% des personnes trans interrogées avaient fait une dépression au cours des 12 mois précédant l'enquête (36).

(2) Trouble anxieux

Au sein de la population répondante, presque 4 personnes sur 5 (78%) avaient rapporté avoir présenté un trouble anxieux au cours de leur vie.

Au sein d'une bibliographie thématique sur la santé mentale publiée par l'institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) qui citait les dernières estimations de l'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) publiées en 2018, l'anxiété était le trouble mental le plus représenté au sein de l'Union Européenne : 25 millions de personnes, soit 5,4% de la population (120).

On observait ainsi une prévalence 14 fois plus élevée de troubles anxieux dans la population répondante qu'au sein de la population générale européenne.

Une fois de plus ces chiffres peuvent être relativisés car nous avons demandé dans notre enquête si les personnes avaient présenté un trouble anxieux au cours de leur vie, mais on remarque une prévalence bien plus importante au sein de la population répondante que dans la population générale, qui ne peut pas s'expliquer par cette seule raison.

(3) Trouble bipolaire

Dans notre enquête, 9% des participant·e·x·s déclaraient avoir un trouble bipolaire, ce qui était donc bien au-delà des estimations en population générale.

La prévalence du trouble bipolaire était plus élevée dans la population répondante que dans la population générale.

En effet selon une publication de la HAS en 2015, la prévalence du trouble bipolaire en France était estimée à entre 1 et 2.5%. Les auteur·e·s précisait que ce chiffre était probablement sous-estimé (121). En 2017, les auteur·e·s d'un article sur la prise en charge des troubles de

l'humeur publié au sein d'un BEH écrivaient qu'il n'y avait eu aucune enquête en population générale en France permettant de mesurer cette prévalence (122).

Au sein de la bibliographie thématique sur la santé mentale publiée par l'IRDES citée plus haut, selon les données publiées par l'IHME en 2018, le trouble bipolaire concernait au sein de l'Union Européenne 5 millions de personnes, soit 1% de la population.

Cette tendance n'était pas retrouvée dans l'étude rétrospective réalisée en Irlande en 2014, qui décrivait une prévalence de 2% du trouble bipolaire chez les personnes transgenres (123). Le chiffre que nous avons obtenu est donc à relativiser.

(4) Syndrome de stress post-traumatique

La prévalence des troubles du stress post-traumatique (TSPT) semble plus élevée au sein de la population répondante qu'en population générale.

En effet dans notre enquête, plus d'un·e participant·e·x sur trois déclarait avoir présenté un syndrome de stress post-traumatique au cours de sa vie. L'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) publiait en 2020 un dossier dans lequel les auteur·e·s rapportaient une prévalence TSPT de 5 à 12% dans la population générale. Les auteur·e·s précisait que ces chiffres étaient principalement issus d'études menées aux Etats-Unis, les études sur ce sujet étant plus rares en France et dans les autres pays (124).

Les personnes interrogé·e·x·s présentaient ainsi 3 à 7 fois plus de TSPT que la population générale. Cela peut s'expliquer en partie du fait de l'exposition à des violences transphobes physiques et sexuelles, comme nous allons le voir ensuite.

e) Idées suicidaires et actes auto-agressifs

Les chiffres concernant les idées suicidaires et actes auto-agressifs au sein de la population répondante étaient inquiétants et rejoignaient ceux décrits dans la littérature.

(1) Actes auto-agressifs

Plus de 2 personnes sur 3 avaient déclaré s'être déjà fait du mal volontairement au cours de leur vie et 1 personne sur 3 avaient déclaré s'être fait du mal volontairement au cours des 12 derniers mois.

Nous n'avons pas trouvé de point de comparaison en population générale ni avec d'autres études concernant la santé trans. **Ce chiffre semble cependant élevé et inquiétant.**

(2) Idées suicidaires dans les 12 derniers mois

Selon le baromètre santé 2017 réalisé par SPF, 4,7% des 18-75 ans déclaraient avoir pensé à se suicider au cours des 12 derniers mois(125).

Dans notre enquête, 89.3% des répondant·e·x·s, soit 9 personnes sur 10 avaient déjà eu des idées suicidaires au cours de leur vie et 50.9% des répondant·e·x·s, soit une personne sur 2 avaient eu des idées suicidaires au cours des 12 derniers mois.

Ce chiffre est ainsi plus de 10 fois plus élevé dans notre population répondante que celui mesuré en population générale.

Ce chiffre montre la même tendance, tout en étant plus élevé que celui décrit dans l'enquête américaine réalisée en 2018 : 36% des personnes trans interrogées avaient eu des pensées suicidaires au cours des 12 mois précédant l'enquête (36).

(3) Tentative de suicide au cours de la vie et dans les 12 derniers mois

Selon le baromètre santé 2017, 7,2% des 18-75 ans avaient tenté de se suicider au cours de leur vie et 0,39% au cours de l'année (125).

Dans notre étude, sur le total de la population répondante, 38.1% des répondant·e·x·s avaient tenté de se suicider au cours de leur vie et 8.5% au cours de l'année écoulée.

Cela représente 5,4 fois plus de tentatives de suicides au cours de la vie et 20 fois plus au cours de l'année écoulée dans la population répondante par rapport à la population générale.

Ces chiffres sont appuyés par les autres enquêtes réalisées en santé trans. Pour rappel, en 2018 aux Etats-Unis : 10% des personnes trans interrogé·e·x. avaient fait une tentative de suicide au cours des 12 mois précédant l'enquête (36). Dans l'enquête canadienne Trans PULSE, 1 personne sur 20 avait déclaré avoir fait une tentative de suicide au cours de cette même période (26). Dans l' US Trans Survey réalisée en 2015, 7% des répondant·e·x·s avaient déclaré avoir fait une tentative de suicide dans l'année, contre 0.7% de la population générale américaine (99).

Le risque suicidaire semble ainsi être la première urgence médicale concernant la santé des personnes transgenres, en France et à l'international.

f) Un bien-être mental amélioré par le traitement hormonal

Dans la partie « Santé liée à votre transition » du questionnaire, nous avons demandé aux participant·e·x·s si la prise d'hormones avait modifié leur bien-être mental et si oui dans quel sens cette modification avait eu lieu.

Au total, les 2/3 des répondant·e·x·s. avaient déclaré avoir ressenti une augmentation du bien-être mental suite à la prise d'hormones.

Pour rappel, ceci avait été décrit dans une revue de littérature publiée en 2019 intitulée « Endocrinology of transgender medicine », dans laquelle les auteur·e·s avaient rapporté une diminution des actes auto-agressifs, de l'anxiété et des troubles dépressifs après instauration du traitement hormonal (32).

Les modifications corporelles ainsi que la prise en compte médicale d'une demande de transition paraissent donc éminemment nécessaires pour le bien être des personnes trans.

Résumé concernant le bien-être mental des répondant·e·x·s :

Plus d'un quart des répondant·e·x·s avaient déclaré aller « Mal » ou « Très mal ».

La prévalence des troubles du comportement alimentaire était 20 à 30 fois plus élevée dans la population répondante qu'au sein de la population générale.

La prévalence de l'insomnie apparaissait plus élevée chez les répondant·e·x·s qu'au sein de la population générale.

Notre population d'étude a très majoritairement traversé des épisodes de dépression et des troubles anxieux en comparaison à la population générale.

Les personnes interrogé·e·x·s présentaient 3 à 7 fois plus de troubles du stress post-traumatique que la population générale.

Le nombre de personnes ayant rapporté des actes auto-agressifs au cours de la vie et des 12 derniers mois nous semble élevé et inquiétant.

Les répondant·e·x·s rapportaient 10 fois plus souvent d'idées suicidaires au cours des 12 derniers mois que la population générale.

Concernant les tentatives de suicide, elles étaient 5.4 fois plus élevées au cours de la vie et 20 fois plus élevées au cours des 12 derniers mois qu'en population générale. Le risque suicidaire semble ainsi être la première urgence médicale concernant la santé des personnes transgenres, en France et à l'international.

Les 2/3 des répondant·e·x·s. avaient déclaré avoir ressenti une augmentation du bien-être mental suite à la prise d'hormones, ce qui amenait à penser que les modifications corporelles ainsi que la prise en compte médicale d'une demande de transition sont éminemment nécessaires pour le bien être des personnes trans.

La population trans interrogée présentait donc une plus grande vulnérabilité concernant sa santé mentale, certainement corrélée avec sa place encore mal acceptée dans notre société.

3. Bien-être social

a) Sécurité financière

(1) Difficultés financières

Nous avons demandé aux répondant·e·x·s s'ils-elles présentaient de réelles difficultés pour faire face à leurs besoins en précisant : alimentation, loyer, factures. Cette question était inspirée du score EPICES et visait à évaluer la stabilité financière des répondant·e·x·s.

1/3 des personnes ont ainsi répondu présenter de réelles difficultés financières, parmi lesquelles plus d'1/3 présentaient ces difficultés « Souvent » et 1/6 présentaient ces difficultés « Tout le temps ».

Selon une enquête réalisée auprès de 1600 personnes par Ipsos et le secours populaire français, publié en septembre 2021 : près d'un tiers de la population (32 %) rencontre désormais des difficultés pour payer son loyer, son emprunt immobilier ou ses charges liées au logement (126).

La question n'était pas posée de la même manière au sein de notre questionnaire mais il est envisageable que les résultats obtenus soient superposables à ceux de la population générale en 2021.

(2) CMU

Dans notre enquête, 13.3% des répondant·e·x·s avaient déclaré avoir pour couverture maladie la CMU et 13.1% des répondant·e·x·s avaient déclaré avoir pour couverture maladie la CMU-c.

Selon les données disponibles sur le site du ministère des solidarités et de la santé, au 31 janvier 2019, 5 634 000 personnes bénéficiaient de la CMU-c en France, ce qui représentait, une fois rapporté au nombre d'habitant·e·x·s en France à 8.4% de la population générale (127). Nous comparons les données concernant la CMU-c plutôt que celles concernant la CMU car les dernières données disponibles concernant la CMU seule dataient de 2015. De plus il y a peu de différences (0.2%) d'effectif au sein de la population répondante entre les personnes bénéficiaires de la CMU et celles bénéficiaires de la CMU-c.

Ainsi le nombre de bénéficiaires de la CMU-c était plus élevé au sein de la population répondante qu'au sein de la population générale, ce qui est un marqueur de précarité financière.

b) Stabilité du logement

(1) Quel logement

Selon les données de l'INSEE en 2018, 58% des Français·e·x·s étaient propriétaires de leur logement, et 40% étaient locataires (128).

Au sein de notre population répondante : 13% des interrogé·e·x·s avaient déclaré vivre dans un logement dont ils·elles étaient propriétaires. **Cela représente un peu plus de 4 fois moins de personnes propriétaires de leur logement qu'au sein de la population générale.**

Cette différence est à relativiser cependant car nous avons vu plus haut que la population ayant participé à notre enquête est particulièrement jeune. Les données de l'INSEE concernant le logement ne sont pas données en fonction de l'âge mais il est probable que le taux de propriétaires au sein de la population générale augmente avec l'âge.

35.6% des répondant·e·x·s étaient locataires, soit environ la même proportion que dans la population générale.

1.3% des interrogé·e·x·s avaient déclaré avoir été sans domicile fixe au cours des 12 derniers mois.

Le nombre de personnes sans domicile fixe en France avait été évalué en 2020 à 300 000 par la Fondation Abbé Pierre (129). Rapporté au nombre de personnes vivant en France, cela représenterait 0.4% de la population générale. **La proportion de personnes sans domicile fixe était ainsi plus élevée au sein dans la population répondante qu'au sein de la population générale.**

Cette tendance est cohérente avec les données de l'US Trans Survey (USTS) réalisée en 2015 auprès de plusieurs dizaines de milliers de personnes trans aux Etats-Unis (99) : environ un tiers

des répondant·e·x·s avaient été sans domicile fixe au cours de leur vie et environ une personne sur huit (12%) avaient été sans domicile fixe au cours des 12 derniers mois.

(2) Sécurité du logement

Dans notre enquête, plus d'une personne sur deux ne se sentait pas en sécurité dans son logement.

Plus d'une personne sur 10 avait rapporté que le logement ne convenait pas à leurs besoins, qu'elles ne s'y sentaient pas bien et qu'elles ne s'y sentaient pas en sécurité.

Ceci est à relier au fait que plus d'un tiers des répondant·e·x·s avaient déclaré subir de la transphobie au sein de leur domicile.

(3) Impact des confinements

15% des répondant·e·x·s ont déclaré ne pas avoir été en sécurité dans leur(s) lieu(x) de confinement. La pandémie de COVID19, ainsi que le rapportaient les associations de personnes trans, a donc pu rendre plus vulnérable une partie de la population trans en majorant l'exposition à des violences dans leur lieu de vie : l'association française Espace Santé Trans rapportait dès octobre 2020 une tendance à la majoration des violences envers les personnes trans pendant la pandémie de COVID19 (49).

c) Existence d'une personne ressource

Nous avons demandé aux participant·e·x·s s'ils-elles avaient une personne sur qui compter en cas de coup dur pour leur apporter une aide matérielle, un soutien moral ou les héberger. Cette question inspirée du score EPICES permettait d'aborder le sujet de la précarité sociale et de l'isolement des répondant·e·x·s.

Si la majorité, à savoir les 4 cinquièmes des répondant·e·x·s ont répondu positivement à cette question, **20.1 % (n=113) soit un cinquième des répondant·e·x·s avaient déclaré ne pas avoir**

de personne ressource ou ne pas savoir sur qui compter pour apporter une aide en cas de coup dur.

Selon les données mesurées par l'INSEE en 2015, 3% de la population était isolé de sa famille et de son entourage non familial (130). Pour réaliser cette mesure, l'isolement était défini par le fait pour les participant·e·x·s d'avoir eu au plus une rencontre physique ou un contact distant par mois avec leur réseau social. Encore une fois les mesures de l'isolement social n'ont pas été faites de la même manière mais il apparaît que la population répondante présente un isolement plus important que la population générale. De plus les chiffres rapportés par l'INSEE font référence à la population générale, où la majorité (59%) des personnes définies comme isolées avaient plus de 50 ans. Si l'on compare à la population des 18-49 ans, qui est plus représentative de la population ayant répondu à l'enquête, cela représente 41% de 3% soit 1.2% de la population générale, **soit 16 fois plus de personnes isolées au sein de la population répondante à l'enquête.**

Ces données sont cohérentes avec la littérature : pour rappel dans l'enquête « Transphobie », réalisée en 2014 en France par les sociologues A. Alessandrin et K. Espineira, les personnes sondées disaient avoir à plus de 68% perdu contact avec un·e ou des ami·e·x·s et 40% d'entre elles rapportent avoir perdu contact avec un·e ou des membres de leur famille (45).

d) Violences

(1) Cumul des stigmatisations

Nous avons demandé aux répondant·e·x·s d'identifier les caractéristiques sur lesquelles étaient basées les violences qu'ils·elles avaient vécues.

La moitié des répondant·e·x·s ont identifié 2 caractéristiques parmi les 9 proposées, quand le quart des répondant·e·x·s ont identifié 4 caractéristiques.

Les 4 caractéristiques les plus fréquentes étaient : la transidentité, l'apparence physique, l'orientation sexuelle et l'état de santé psychique. Les 3/4 des répondant·e·x·s avaient déclaré avoir vécu des violences basées sur leur transidentité, plus des 2/3 des

répondant·e·x·s avaient vécu des violences basées sur leur apparence physique, un peu moins de 2/3 sur leur orientation sexuelle et plus d'un tiers sur leur état de santé psychique.

Au sein de notre population d'étude, il apparaissait des différences en fonction du genre concernant les violences basées sur l'âge, sur l'orientation sexuelle, sur l'état de santé psychologique et sur l'apparence physique des répondant·e·x·s : les hommes trans et les personnes trans non-binaires avaient plus souvent déclaré ces violences que les femmes trans. Ceci ne permet pas de déduire des généralités concernant la population cible et pourra faire l'objet de recherches ultérieures concernant les violences vécues par les personnes trans.

Ainsi, si la population trans présente des traits communs il est important de rappeler qu'elle est comme toutes les populations hétérogène et que toutes les personnes trans ne sont pas exposées aux mêmes situations de violences.

(2) Violences transphobes

Nous avons vu plus haut que les 3/4 des répondant·e·x·s avaient déclaré avoir été victimes de violences transphobes. La littérature dont nous disposons en France et à l'international est en accord avec cette tendance : pour rappel dans l'enquête française « Transphobie » publiée en 2014, 85% des personnes avaient rapporté avoir été victimes de transphobie (45) et l'Agence des droits fondamentaux avait publié la même année une étude réalisée en Europe où 54% des personnes trans interrogées déclaraient avoir été victimes de discrimination ou de harcèlement au motif de leur identité de genre au cours des 12 mois précédant l'enquête (57).

Nous avons cherché dans notre enquête à évaluer dans quels contextes, par qui et dans quels lieux les personnes interrogé·e·x·s étaient exposé·e·x·s à de la transphobie, ainsi que les conséquences sur leur vie quotidienne.

(a) Lieux où sont subies les violences

Nous avons vu que les personnes trans étaient exposées à des violences dans différents lieux de la vie quotidienne, services et personnes en raison de la transphobie. Les lieux où les violences transphobes étaient le plus fréquemment rencontrées par les répondant·e·x·s étaient : **les lieux**

publics, transports en communs et centre commerciaux, identifiés par une personne sur deux, et les lieux de soins : identifiés également par une personne sur deux. Venaient ensuite le domicile, les lieux de formation, le lieu de travail, identifiés chacun par plus d'un tiers des personnes interrogées.

La violence transphobe apparaît ainsi comme diffuse, présente dans divers lieux de vie, dans le cadre privé comme public, à l'extérieur comme au domicile.

(b) Lieux évités

Nous avons vu que les personnes trans évitaient de nombreux lieux, services et personnes en raison de la transphobie. Les lieux évités le plus fréquemment par les répondant·e·x·s étaient : les toilettes publiques, cabines d'essayages et vestiaires sportifs, évités par plus d'une personne sur 2, **venaient ensuite les lieux de soins en deuxième position : évités par 45% des personnes interrogées.**

Venaient ensuite les lieux publics, les lieux festifs, les passages de frontières, évités chacun par plus d'un quart des personnes interrogées, puis les lieux de formation évités par une personne sur 5 et **le domicile, évité par un·e répondant·e·x sur 5.**

Ainsi les violences vécues participaient à :

- **Renforcer l'isolement social des répondant·e·x·s, dont nous avons vu plus haut qu'il était déjà plus élevé qu'au sein de la population générale**
- **Eloigner les personnes trans des lieux de soins, pourtant dans la majorité des cas indispensables à leur transition : pour rappel 3 personnes sur 4 avaient déclaré avoir ou envisager d'avoir un accompagnement médical de leur transition. La transphobie semblait être un des freins majeurs à l'accès aux soins**
- **Limiter leur accès aux études supérieures**
- **Limiter leur accès au travail**
- **Rendre jusqu'à leur propre domicile insécure dans plus d'un tiers des cas, avec plus d'une personne sur 5 qui évite son domicile**

(c) Types de violences vécues

Nous avons demandé aux participant·e·x·s quels types de violences transphobes ils-elles avaient subies. **Les réponses que nous avons obtenues sont cohérentes avec la littérature et demeurent inquiétantes.**

Dans notre enquête, 3 personnes sur 4 rapportaient avoir vécu du harcèlement silencieux, 2 personnes sur 3 avaient vécu du harcèlement verbal, 1 personne sur 3 avait déjà reçu des menaces de violences physiques ou une intimidation physique.

Quasiment 1 personnes sur 5 avait subi une agression physique basée sur la transphobie.

Plus d'une personne sur 10 rapportait avoir subi une agression sexuelle basée sur la transphobie.

Dans l'enquête française « Transphobie » publiée en 2014, 59% des interrogé·e·x·s avaient subi des insultes tandis que parmi notre population répondante 2 personnes sur 3 étaient victimes de harcèlement verbal (45). 13% des interrogé·e·x·s avaient « reçu des coups » contre 18% d'agressions physiques - sans compter les agressions sexuelles - dans notre enquête. **Ces chiffres sont proches et sont légèrement plus élevés dans notre population d'étude.** Il peut y avoir plusieurs explications à cela, parmi elles nous pouvons formuler 2 hypothèses : celle d'une augmentation des violences transphobes au fil des années, qui accompagnerait la plus grande visibilité médiatique des personnes trans, ou le fait que notre population d'étude soit majoritairement transmasculine, quand les hommes trans semblent dans notre enquête avoir subi plus de violences transphobes que les femmes trans.

Ces chiffres sont inquiétants et à prendre en compte, en considérant les conséquences socio-émotionnelles des violences vécues. Pour rappel le rapport publié aux Etats-Unis en 2014 par le « Bureau of Justice Statistics », intitulé « Socio-emotional impact of violent crime » décrivait que 68% des victimes de violences graves présentaient des difficultés socio-émotionnelles en conséquence de leur agression, 1/3 des victimes de violences graves présentaient une détresse psychologique sévère et les 3/4 des victimes de viols ou d'agression sexuelle présentaient des difficultés socio-émotionnelles (58).

(3) *Violences transphobes dans les lieux de soins*

Nous avons vu plus haut que plus d'une personne sur 2 avait été victime de transphobie dans des lieux de soins et que 45% des interrogé·e·x·s évitaient les lieux de soins en raison de la transphobie.

Nous avons cherché à en savoir plus en demandant aux personnes concernées par quel·le·s professionnel·le·s de santé médicaux et paramédicaux elles avaient reçu ces violences.

Les personnes interrogées étaient plus nombreuses à déclarer avoir vécu de la transphobie de la part de professionnel·le·s de santé médicaux : plus de 5 personnes interrogées sur 6 déclaraient avoir subi de la transphobie de la part de professions médicales, quand un peu plus d'une personne sur 2 déclarait avoir subi de la transphobie de la part de personnel paramédical.

(a) *Professionnel·le·s de santé paramédicaux*

Plus d'une personne sur 2 déclaraient avoir subi de la transphobie de la part du personnel paramédical. Parmi elles, **plus de 2 personnes sur 3 avaient rapporté avoir subi de la transphobie de la part du personnel de l'accueil ou du secrétariat, soit 1 personne sur 5 (19.1%) parmi la totalité des répondant·e·x·s.**

La transphobie dans les lieux de soins faisait donc son apparition avant même le début de la consultation médicale.

(b) *Professionnel·le·s de santé médicaux*

5 personnes interrogées sur 6 rapportaient avoir subi de la transphobie de la part de professionnel·le·s de santé médicaux.

Parmi eux·elles, les psychiatres étaient en tête de liste, venaient ensuite les médecins généralistes puis les endocrinologues. **Ainsi les acteur·rice·s principaux.ales du parcours de soin transidentitaire étaient les premier·ère·s professionnel·le·s de santé chez lesquel·le·s les personnes trans déclaraient subir de la transphobie.**

Ceci représente un frein majeur à l'accès aux soins et **il nous semble que mettre en place un accueil bienveillant des personnes trans, en salle d'attente comme en consultation soit une priorité pour améliorer l'accès aux soins.**

La transphobie vécue de la part de professionnel-le-s de santé et de personnel paramédical peut être considérée comme un rempart s'opposant à l'accès aux soins. Pour rappel, selon le sociologue québécois M. Blais, pour que l'accès aux soins existe, l'offre de soins se doit d'être acceptable, c'est-à-dire de respecter les usager·ère·x·s.

Ceci était illustré dans notre enquête par la situation des hommes trans. En effet les hommes trans ont plus souvent rapporté avoir vécu de la transphobie dans les lieux de soins. Ils ont également plus souvent rapporté qu'ils évitaient les lieux de soins. Ils rapportaient également plus fréquemment une peur de consulter des professionnel-le-s de santé et avaient plus souvent rapporté cacher des informations à leur médecin. Nous n'avons à ce jour pas d'hypothèse pour expliquer ces différences qu'il serait important d'approfondir dans un autre travail de recherche.

Peut-on considérer le système de soins satisfaisant lorsque 3 personnes trans interrogées sur 4 déclarent avoir subi de la transphobie dans des lieux de soins, qu'une personne trans interrogée sur 5 déclare avoir subi de la transphobie de la part de secrétariat ou d'accueil des lieux de soins, qu'une personne trans interrogée sur 4 (25.3%) déclare avoir subi de la transphobie de la part d'un·e psychiatre et qu'une personne trans interrogée sur cinq (20.4%) déclare avoir subi de la transphobie de la part d'un·e médecin généraliste ?

Pour espérer un accès aux soins respectueux envers les personnes trans, la priorité semble être de garantir un accueil, au mieux bienveillant, au minimum non-transphobe dans les lieux de soin.

(c) Conséquences directes sur le suivi médical

Les personnes qui avaient déclaré avoir subi de la transphobie au sein des lieux de soins rapportaient ressentir les conséquences suivantes : **3 personnes interrogées sur 4 rapportaient avoir peur de subir de la transphobie en consultation.** Plus de 2 personnes sur 3 avaient déclaré avoir changé de professionnel-le-s de santé à cause de la transphobie. 59% des

répondant·e·x·s déclaraient avoir retardé leur recherche de soins malgré un besoin ressenti et 1 personne sur 2 rapportait ne pas avoir recherché de soins malgré un besoin ressenti.

Dans l'US Trans Survey réalisée en 2015, 23% des interrogé·e·x·s déclaraient avoir déjà renoncé à consulter par peur de subir de la transphobie (99).

Ces données confirment que la transphobie en milieu de soins a un impact négatif majeur sur le suivi médical des personnes trans, via une altération de l'accès aux soins.

Résumé concernant la santé sociale des personnes trans :

Les personnes trans interrogées dans notre enquête avait déclaré des difficultés financières superposables à celles de la population générale. Cependant, elles étaient plus nombreuses à être affiliées à la CMU-c, signe de précarité financière. Cette donnée s'accorde avec la précarité de l'emploi au sein de la population répondante, donc nous avons parlé précédemment.

A propos du logement, les répondant·e·x·s à notre enquête étaient moins souvent propriétaires que la population générale. Ceci peut s'expliquer en partie du fait de l'âge jeune de la population interrogée. Le nombre de répondant·e·x·s qui étaient sans domicile fixe était plus élevé qu'au sein de la population générale. Ceci était en faveur d'une précarité de logement majoré au sein de la population répondante à notre enquête.

Par ailleurs, seul·e·x·s un·e répondant·e·x sur deux se sentait en sécurité au sein de son propre domicile.

20.1 % (n=113) soit un cinquième des répondant·e·x·s avaient déclaré ne pas avoir de personne ressource ou ne pas savoir sur qui compter pour apporter une aide en cas de coup dur.

Sans surprise, les personnes trans interrogées déclaraient avoir vécu de nombreuses violences transphobes. La transphobie rapportée était diffuse, présente dans divers lieux de vie, dans le cadre privé comme public, à l'extérieur comme au domicile. Elle participait à isoler les personnes trans, qui évitaient de nombreux lieux publics. Elle participait également à éloigner les personnes trans des lieux de soins.

En effet, les personnes interrogées étaient nombreuses à rapporter avoir subi de la transphobie dans des lieux de soins, de la part de professions de santé médicales et paramédicales. Une part bien trop importante des répondant·e·x·s déclaraient ressentir une peur de consulter, et une tendance à retarder ou ne pas rechercher de soins malgré des besoins ressentis.

Cette transphobie vécue dans les lieux de soins apparaissait donc comme un des principaux freins à l'accès aux soins des personnes trans interrogées. Il s'agit d'un frein modifiable.

Il semble donc urgent de se saisir de ce problème qu'est la transphobie dans les lieux de soins afin d'assurer un service de soins respectueux des personnes trans et de renouer avec les valeurs universelles de nos professions, médicales et paramédicales.

D. Accès aux soins primaires

1. Couverture des frais médicaux

a) Sécurité sociale

Nous avons vu que la quasi-totalité des répondant·e·x·s étaient affilié·e·x·s à la sécurité sociale, avec une proportion de personnes affiliées à la CMU plus importante qu'au sein de la population générale.

b) Complémentaire santé

Environ 1 répondant·e·x sur 10 n'avait pas de complémentaire santé. Ceci est 2 fois plus élevé qu'en population générale : dans l'enquête réalisée en 2014 par l'IRDES-DREES, 95% des français étaient affilié·e·x·s à une mutuelle (131). Ce chiffre en population générale est possiblement majoré aujourd'hui, avec l'entrée en vigueur de mutuelle d'entreprise obligatoire depuis le 1^{er} janvier 2016.

Les frais de santé de la population répondante étaient donc 2 fois moins souvent pris en charge par une mutuelle qu'en population générale.

Ceci pouvait constituer un frein à l'accès aux soins, et nous allons voir que les difficultés financières faisaient partie des raisons pour lesquelles les personnes interrogé·e·x·s n'avaient pas pu accéder à un service de santé.

c) ALD liée à la transidentité

(1) ALD ou non

58% des répondant·e·x·s bénéficiaient de l'ALD liée à la transidentité, leur permettant de couvrir la part des frais médicaux liés à la transidentité, lorsque les actes étaient remboursés et que les médecins exerçaient en secteur 1, c'est-à-dire sans dépassement d'honoraire. Nous avons vu que 73% des interrogé·e·x·s avaient un accompagnement médical de leur transition. **Cela représentait environ 15% des interrogé·e·x·s qui avaient un accompagnement médical de la transition sans avoir l'ALD** et devaient donc possiblement avancer les frais médicaux. Il

aurait été intéressant de pouvoir comparer ces résultats avec les données concernant la possession ou non d'une complémentaire santé, afin de savoir si les personnes qui n'avaient pas l'ALD étaient remboursées ou non des frais avancés.

(2) *Déclaration d'ALD par les médecins généralistes*

Nous avons vu que plus de 9 déclarations d'ALD sur 10 étaient réalisées par les médecins généralistes.

Il semble s'agir ici d'un **rôle important du-de la médecin généraliste dans l'accompagnement médical des personnes trans**. Ce rôle est certes administratif mais permet un allègement de la charge financière de la santé des personnes trans et participe ainsi à améliorer le bien-être social et à faciliter les interactions avec les médecins spécialistes, **ceci amenant vers un accès aux soins de meilleure qualité.**

Les autres médecins qui avaient réalisé les déclarations d'ALD étaient les psychiatres et les endocrinologues.

Une partie des interrogées a précisé que le-la médecin généraliste qui avait fait la demande d'ALD travaillait au planning familial.

d) Congruence administrative

Parmi les répondant·e·x·s à notre enquête, si 9 personnes sur 10 avaient changé de genre auprès de leur entourage, seulement moins de 3 personnes sur 10 avaient changé de genre à l'état civil. Ceci est cohérent avec le fait qu'un peu moins d'un tiers des répondant·e·x·s de notre enquête avaient leurs prénom et genre à jour sur leur carte vitale. Ce chiffre était proche de celui retrouvé dans l'étude réalisée par M. Garnier et S. Ollivier, où 25% des répondant·e·x·s avaient un numéro INSEE compatible avec leur genre (67).

Or nous avons vu que le fait d'avoir un genre et/ou un prénom différents notés sur leur carte vitale pouvait exposer les personnes trans au mégenrage et à des difficultés de remboursement des frais médicaux.

Ainsi, les 2/3 des répondant·e·x·s à notre enquête étaient exposé·e·x·s à ces difficultés.

Il paraît donc important pour les médecins d'être attentif.ve.s à cette question lors de la rédaction des prescriptions afin de ne pas ajouter de difficultés dans la prise en charge médicale.

Dans notre enquête, il apparaissait que les personnes trans non-binaires avaient moins souvent une carte vitale à jour sur leur prénom et leur genre d'usage. Cette donnée est cohérente avec la pratique puisque le genre non-binaire à l'état civil n'existe pas encore en France. On peut imaginer que cela expose les personnes trans non-binaires à des difficultés différentes des hommes trans et des femmes trans, qu'il serait intéressant de rechercher à travers une étude dédiée à ce sujet.

2. Consultations médicales

a) Consultations de médecine générale

(1) Nombre de consultations

En 2018 la DREES mesurait le nombre de consultations de médecine générale à 3.93 par habitant·e·x·s et par an en France (132).

Dans notre enquête, où la population est majoritairement jeune, les répondant·e·x·s avaient consulté un·e médecin généraliste en moyenne 4.1 fois par an.

Il apparaît donc une fois de plus que la population répondante à notre enquête semble plutôt concernée par sa santé.

(2) Raisons de non-consultation en cas de problème de santé physique

Parmi les participant·e·x·s qui avaient présenté un problème de santé pour lequel ils·elles n'avaient pas consulté, un tiers des répondant·e·x·s avaient déclaré avoir eu de mauvaises expériences avec les professionnel·le·s de santé par le passé, une personne sur 5 avait rapporté avoir eu peur d'être discriminé·e·x en tant que personne trans et plus d'une personne sur 6 rapportait ne pas avoir eu les moyens financiers de consulter un·e professionnel·le de santé.

Ici, les principaux freins à l'accès aux soins semblent donc être : une fois de plus l'accueil réservé aux personnes trans dans les cabinets médicaux, et les difficultés financières en deuxième position.

9 personnes avaient répondu qu'on leur avait déjà refusé une consultation en raison de leur transidentité.

Dans notre enquête, 15.9% des personnes n'avaient pas consulté de professionnel-le de santé malgré un problème de santé physique pour des raisons d'argent. Dans l'EHIS-ESPS, enquête réalisée en 2014, parmi les personnes de 18 à 64 ans résidant en France, 6.2% avaient déjà dû renoncer à une consultation médicale pour des raisons de santé. **Les difficultés financières semblaient donc être un frein à l'accès aux soins plus important dans notre population d'étude que dans la population générale.**

Dans l'US Trans Survey, ce frein à l'accès aux soins était également décrit et concernait 33% des interrogé-e-x-s. Ce nombre 2 fois plus élevé de personnes renonçant aux soins pour des raisons financières s'explique en partie par les différences entre les systèmes de couverture santé américains et français

(3) Médecin traitant-e et transidentité

Parmi les personnes qui avaient un-e médecin traitant-e, plus de 4 personnes sur 5 avait déclaré qu'il-elle était au courant de leur transidentité.

Parmi ces personnes, 9 sur 10 ont déclaré que leur médecin traitant-e acceptait leur transidentité ou qu'ils-elles pensaient qu'il-elle l'acceptait. Ce chiffre semble important en comparaison au nombre de personnes qui avaient déclaré avoir subi de la transphobie de la part d'un-e médecin généraliste.

Nous avons vu plus haut que les participant-e-x-s changeaient de professionnel-le-s de santé s'ils-elles étaient exposé-e-x-s à de la transphobie au sein de leur lieux de soins. Cependant dans la grande majorité des cas leur médecin traitant-e déclaré-e acceptait leur transidentité. **On peut donc déduire que cela les poussait à choisir leur médecin en fonction de sa tolérance vis-à-vis de leur transidentité.**

Nous allons en effet voir plus loin que les professionnel·le·s de santé consulté·e·s le sont rarement par hasard.

Les personnes trans non-binaires ayant répondu à notre enquête vivaient une réalité différente : leur médecin traitant·e était moins souvent informé·e de leur identité de genre. Ceci peut s'expliquer par le fait que les personnes trans non-binaires avaient moins souvent une transition médicalisée, donc voyaient possiblement moins souvent l'intérêt d'informer leur médecin traitant·e de leur transidentité.

b) Soins spécialisés

(1) Suivi gynécologique

Nous avons demandé aux participant·e·x·s s'ils-elles se sentaient concerné·e·x·s par le suivi gynécologique et qui ils-elles consultaient pour ces soins.

Ainsi, un peu moins des 2 / 3 des répondant·e·x·s ont déclaré être concerné·e·x·s par le suivi gynécologique. Parmi elles-eux, seulement la moitié avait déclaré avoir un suivi gynécologique.

Nous avons demandé aux personnes qui avaient un suivi gynécologique par quel·le professionnel·le de santé il était réalisé. Plus de la moitié des répondant·e·x·s avaient identifié un·e gynécologue, le quart avait déclaré consulter un·e sage-femme et le quart un·e médecin généraliste dans ce but.

(2) Consultations pour un soutien psychologique

(a) Quel·le·s professionnel·le·s consulté·e·s

Plus de 2/3 des participant·e·x·s à l'enquête avaient consulté un·e professionnel·le de santé dans le but d'obtenir un soutien psychologique au cours des 12 derniers mois.

Parmi elles-eux, les 2/3 avaient consulté un·e psychologue, les 2/3 avaient consulté un·e psychiatre et un tiers avait consulté un·e médecin généraliste dans ce but. Ainsi le·la médecin généraliste semblait avoir un rôle important dans l'accompagnement psychologique des répondant·e·x·s.

(b) Raisons de non-consultation malgré un besoin de soutien psychologique

De nouveau en première position, les participant·e·x·s avaient indiqué les mauvaises expériences vécues par le passé avec des professionnel·le·s de santé, puis la peur d'être discriminé·e·x·s en tant que personnes trans, et ensuite le manque de moyens financiers pour consulter. **Ces 3 raisons étaient les mêmes et signalées dans le même ordre pour expliquer l'absence de consultation malgré un besoin de santé physique ressenti.**

c) Soins moins ou non remboursés

(1) Psychologue

Nous avons vu plus haut que le prix des consultations avait parfois empêché les participant·e·x·s d'accéder à un soutien psychologique par un·e professionnel·le de santé.

(2) Soins d'optique

Les difficultés financières ne semblaient pas être un obstacle aux soins d'optique dans notre enquête : la majorité des répondant·e·x·s qui portaient des lunettes les avaient changées dans les 2 années précédant l'enquête. En population générale en 2014, l'enquête EHIS-ESPS révélait que 10.3% des français·e·x·s avaient renoncé à des soins d'optiques pour des raisons financières.

(3) Soins dentaires

1/3 des répondant·e·x·s avaient déclaré qu'ils·elles avaient déjà refusé un soin dentaire en raison d'un coût trop élevé.

En population générale en 2014, l'enquête EHIS-ESPS révélait que 17.3% des français·e·x·s avaient renoncé à un soin dentaire en raison du prix (133).

Le renoncement à des soins dentaires était donc plus élevé au sein de notre population d'étude.

3. Parcours de soins lié à la transition

Nous avons vu plus haut que les participant·e·x·s changeaient de professionnel·le·s de santé s'ils-elles étaient exposé·e·x·s à de la transphobie au sein de leur lieux de soins, et que leur médecin traitant·e actuel·le acceptait dans la grande majorité des cas leur transidentité. On peut en déduire que cela les poussait à choisir leur médecin en fonction de son acceptation de leur transidentité.

a) Choix du parcours d'accompagnement médical de la transition

(1) Parcours choisis

Nous avons demandé aux participant·e·x·s qui avaient ou souhaitaient avoir un accompagnement médical de leur transition quel secteur de soin ils-elles avaient choisi et comment ils-elles l'avaient choisi.

La moitié des interrogé·e·x·s avaient déclaré avoir choisi de réaliser leur transition dans le secteur privé et un quart avaient déclaré réaliser leur transition dans le secteur public. Un cinquième des interrogé·e·x·s avaient déclaré avoir choisi un parcours de santé mixte.

Ces données ne permettent pas de conclure concernant la population des personnes trans en France car elles peuvent être liées au biais de recrutement. En effet nous n'avons pas demandé par quel moyen les répondant·e·x·s avaient accédé au questionnaire mais il est fort probable qu'ils-elles aient été plus nombreux·ses à avoir été informé par les associations trans et LGBTQIA+ que par les services des hôpitaux, ce qui a pu limiter le nombre de répondant·e·x·s suivi·e·x·s dans le secteur public.

(2) Motivation des choix

Le choix du parcours de soin était fait en majorité (60%) en fonction des conseils donnés par d'autres personnes appartenant à la communauté trans ou LGBTQIA+. Plus de 40% des personnes avaient rapporté avoir suivi les conseils d'associations trans et LGBTQIA+.

Les avis des pairs semblent donc avoir un impact important sur le choix du parcours de soins. Venaient ensuite la proximité géographique, le conseil d'un·e médecin généraliste.

Ainsi les échanges avec les pairs semblent avoir une grande importance quant au choix des parcours de soins des répondant·e·x·s.

b) Choix des professionnel·le·s de santé paramédicaux.

Nous avons demandé aux participant·e·x·s qui avaient besoin de soins infirmiers et de kinésithérapie comment ils·elles avaient choisi les professionnel·le·s de santé en question.

(1) Choix des infirmier·ère·s

Les 2/3 des répondant·e·x·s qui avaient besoin d'un·e infirmier·ère pour réaliser des injections hormonales dans le cadre de leur transition rapportaient l'avoir choisi·e par proximité géographique. 1 personne sur 5 déclarait l'avoir choisi·e par hasard.

(2) Choix des kinésithérapeutes

Plus de la moitié des participant·e·x·s qui avaient reçu des soins de kinésithérapie post-opératoires avaient choisi leur kinésithérapeute par proximité géographique, et une personne sur 5 l'avait choisi par hasard.

Il apparaît ainsi que les échanges avec les pairs ont une place importante dans le choix des professionnel·le·s de santé médicaux des personnes trans et interviennent de façon bien moins importante dans le choix des professionnel·le·s de santé paramédicaux.

c) **Rapport aux médecins dans le cadre de la transition**

(1) *Procuration des hormones d'affirmation de genre*

La majorité (69%) des personnes qui prenaient des hormones dans le cadre de leur transition se les procuraient sur ordonnance. Parmi eux·elles, **95% des ordonnances provenaient de médecins spécialistes et 73% provenaient de médecins généralistes.**

Ainsi la majorité des personnes qui prenaient un traitement hormonal avaient des ordonnances provenant à la fois de médecins spécialistes et de médecins généralistes.

Ces données sont cohérentes avec la pratique courante car on sait que la testostérone par exemple nécessite une primo-prescription par un·e endocrinologue et que le renouvellement peut être fait par le·la médecin généraliste.

Il est important de noter **que 14% des personnes interrogé·e·x·s se procuraient les hormones par des échanges intra-communautaires et sans ordonnance.**

Au total, **6% des personnes qui prenaient des hormones avaient déclaré ne pas avoir ni envisager d'avoir un suivi médical de leur transition.** Cette petite partie de la population trans s'expose à d'importants problèmes de santé.

Il semble donc important de considérer ce sujet et de pouvoir aborder la question en consultation avec les personnes trans elles-mêmes.

(2) *Consultation psychiatrique « pour le protocole » ou pour une attestation*

Dans la thèse de médecine générale parue en 2019, plusieurs personnes trans avaient déclaré avoir déjà menti à leur médecin dans le but d'obtenir une attestation (21). Dans notre enquête, parmi les 358 personnes qui avaient consulté un·e professionnel·le de santé mentale dans le cadre de leur transition, nous avons vu que certain·e·x·s des répondant·e·x·s avaient consulté un·e psychologue (1 personne sur 10) ou un·e psychiatre (1 personne sur 5), non parce qu'ils·elles avaient besoin d'un accompagnement psychologique ou psychiatrique, mais parce que cela faisait partie du protocole de soin ou qu'ils·elles avaient besoin d'une attestation.

Devant les chiffres alarmants concernant la santé mentale des personnes trans, il est understandable qu'une consultation de psychiatrie fasse partie du protocole de transition.

Cependant, cette consultation, si elle doit se conclure par une autorisation ou non à débiter une transition médicale, appuie le rapport « asymétrique » décrit par les personnes trans interrogé·e·x·s dans le cadre de la thèse de médecine générale d'A. Montpied et C. Vernier en 2019. **Ce rapport asymétrique, dans lequel les personnes trans doivent « convaincre » les médecins de leur capacité à entrer dans un parcours de transition médicale, pousse certaines personnes à avoir un discours stéréotypé et à dissimuler leurs difficultés, leurs inquiétudes ou la réalité de leur vécu.**

(3) *Informations cachées dans le but d'obtenir une prescription d'hormones*

Dans notre enquête, plus d'un·e répondant·e·x sur 3 déclaraient avoir déjà caché une information à leur médecin dans le but d'obtenir une prescription d'hormones.

L'information cachée la plus souvent, dans 47.5% des cas, était un mal-être psychologique. Ceci renforce l'idée que la relation asymétrique avec le·la médecin délivrant l'attestation ou les hormones semble représenter un **frein majeur à l'accès aux soins psychologiques et psychiatriques des personnes trans.** Ce frein vient encore fragiliser une santé mentale qui est altérée par rapport à la population générale, comme nous l'avons vu plus haut.

Cette donnée vient appuyer l'idée qu'imposer une attestation médicale pour accéder à la transition hormonale est contre-productif et peut avoir un impact négatif sur l'accès aux soins des personnes trans. En effet étant donné l'enjeu de la consultation, les personnes concernées peuvent faire le choix de dissimuler leurs besoins en santé mentale, plutôt que de « profiter » de la consultation pour aborder leurs difficultés.

Dans 32% des cas, les personnes rapportaient avoir caché le véritable dosage d'hormones qu'ils·elles prenaient, et dans 12.4% des cas des symptômes physiques.

On peut en déduire que ces informations cachées aux médecins pouvaient également mettre la santé physique des personnes trans en danger.

Il est donc important et urgent de mettre en place un cadre bienveillant, de non-jugement et sans rapport de force lors des consultations médicales. Ceci permettrait que les personnes concernées ne se sentent pas menacées de refus de prescription ou d'attestation en cas d'aveux d'un mal-être psychologique, d'un dosage hormonal particulier ou de symptômes physiques et profitent des consultations médicales pour aborder les difficultés qu'elles rencontrent, permettant un meilleur accès à la santé mentale et physique des personnes trans.

Résumé de la partie concernant l'accès aux soins primaires :

Les personnes trans interrogées étaient deux fois moins nombreuses à bénéficier d'une complémentaire santé que la population générale.

15% des personnes interrogées qui réalisaient une transition médicale n'avaient pas l'ALD et devaient donc avancer leurs frais de santé. La déclaration d'ALD avait été réalisée par un·e médecin généraliste dans 9 cas sur 10.

Deux tiers des répondant·e·x·s avaient une carte vitale qui ne correspondait pas à leur genre, ce qui pouvait les exposer au mégenrage et à des difficultés de remboursement des soins.

Les personnes trans interrogées consultaient leur médecin généraliste à la même fréquence que la population générale.

Les raisons de non-consultation en cas de besoin de soin physique ressenti étaient : les mauvaises expériences vécues par le passé avec des professionnel·le·s de santé, la peur de subir de la transphobie, et les difficultés financières.

Ces 3 raisons étaient les mêmes et signalées dans le même ordre de fréquence pour expliquer l'absence de consultation malgré un besoin de santé mentale ressenti.

Concernant le parcours de transition médicale, il était plus souvent réalisé dans le secteur privé que dans le secteur public au sein de la population ayant répondu à notre enquête.

Les échanges avec les pairs avaient une grande place dans le choix du parcours de soin et des professionnel·le·s de santé médicaux consulté·e·s.

Concernant les hormones, la majorité (69%) des personnes se les procuraient sur ordonnance. 95% des ordonnances provenaient de médecins spécialistes et 73% provenaient de médecins généralistes.

14% des personnes interrogé·e·x·s se procuraient les hormones par des échanges intra-communautaires et 6% des personnes qui prenaient des hormones avaient déclaré ne pas avoir ni envisager d'avoir un suivi médical de leur transition. Cette partie de la population trans s'exposaient à d'importants problèmes de santé et il semblait d'aborder cette question en consultation avec les personnes trans elles-mêmes.

La nécessité d'obtenir l'attestation d'un·e psychiatre pour débiter une transition médicale semblait contre-productive et pouvait avoir un impact négatif sur l'accès aux soins des personnes trans. Du fait de l'enjeu de la consultation, les personnes concernées pouvaient faire le choix de dissimuler leurs besoins en santé mentale, plutôt que de « profiter » de la consultation pour aborder leurs difficultés. Les personnes trans avaient déclaré avoir parfois menti à leur médecin dans le but d'obtenir des prescriptions d'hormones.

Il est donc important et urgent de mettre en place un cadre bienveillant, de non-jugement et sans rapport de force lors des consultations médicales afin que les personnes trans profitent des consultations médicales pour aborder les difficultés qu'elles rencontrent, permettant un meilleur accès à la santé mentale et physique des personnes trans.

E. Et les médecins généralistes, dans tout ça

Nous considérons que notre recherche n'a pas permis de répondre à l'objectif secondaire qui était : évaluer l'intérêt à améliorer l'accompagnement des personnes trans par les médecins généralistes dans le parcours de santé trans en confrontant les problématiques identifiées aux rôles attendus d'un·e médecin généraliste.

Notre enquête a cependant permis d'identifier certains rôles du·de la médecin généraliste dans le parcours de santé des personnes trans, et de proposer quelques pistes d'amélioration, qui nécessiteront des recherches ultérieures.

1. Place du·de la médecin généraliste observée dans le parcours de santé trans

Nous avons vu que les personnes ayant participé à notre enquête avaient recours aux médecins généralistes de manière fréquente pour une population jeune, qui apparaissait motivée par un désir de prendre soin de sa santé.

85% des personnes trans interrogées avaient ou envisageaient d'avoir un accompagnement médical de leur transition, dont la moitié l'envisageait en cabinets médicaux privés, impliquant une partie de la prise en charge et de la coordination des soins par un·e médecin généraliste.

Notre enquête a permis d'identifier certains rôles qu'ont déjà les médecins généralistes auprès de la population trans, identifiés par les répondant·e·x·s :

- Celui de déclarer l'ALD liée à la transidentité : dans plus de 9 cas sur 10, la déclaration d'ALD avait été réalisée par le·la médecin généraliste.
- Celui de prescrire ou renouveler et adapter l'hormonothérapie d'affirmation de genre : nous avons vu plus haut que 50% des personnes trans avaient utilisé l'ordonnance faite par un·e médecin généraliste pour obtenir leur hormonothérapie.

- Celui d'apporter un soutien psychologique en cas de besoin : 1 personne sur 3 avait déclaré se rendre chez son·sa médecin généraliste en cas de besoin de soutien psychologique.
- Celui de prendre en charge les problèmes de santé du quotidien, comme pour le reste de la population, et notamment concernant le suivi gynécologique, qui était assuré dans un quart des cas par un·e médecin généraliste.
- Celui d'orienter les personnes vers des professionnel·le·s de santé correspondant à leurs besoins.

2. Comment améliorer cette place du·de la médecin généraliste dans l'accompagnement médical des personnes trans?

a) Amélioration de l'accès aux soins – leviers des freins

(1) Lutter contre la transphobie médicale à l'échelle du cabinet

Il apparaît primordial de lever ce premier et principal frein à l'accès aux soins qu'est la transphobie vécue en milieu médical. A son niveau, le·la médecin généraliste peut se former à l'accueil des personnes trans auprès des associations de personnes trans existantes, et améliorer les conditions d'accueil existantes. Il est également nécessaire que l'accueil téléphonique ou au niveau du secrétariat soit plus inclusif.

(2) Relation médecin-patient·e de confiance

Le rapport de force présent lors des consultations de psychiatrie pour obtenir des attestations n'a pas lieu en cabinet de médecin générale. Il peut être important d'aller chercher certaines informations dans un cadre bienveillant et au sein d'une relation de confiance, afin que les personnes trans puissent s'ouvrir concernant les problèmes de santé qu'ils·elles rencontrent dans le cadre de leur transition, en profitant de cette relation parfois plus horizontale que celle avec les médecins spécialistes dans le cadre du parcours de transition médicale.

(3) Précarité et freins administratifs

Nous avons vu que les personnes trans étaient plus souvent en situation de précarité que la population générale, sur les plans financiers, du logement et sur le plan social. Il est possible de la part du·de la médecin généraliste de lutter contre cette précarité en dépistant ces difficultés et en informant le·la patient·e sur ses droits ou en l'orientant vers un·e travailleur·se social·e.

Concernant les freins administratifs à l'accès aux soins, le·la médecin généraliste peut à nouveau orienter le·la patient·e·x vers un·e travailleur·se social·e ou vers les associations concernées par les droits des personnes trans.

(4) Absence de campagne de prévention concernant les dépistages des cancers du col utérin et du sein

Nous avons vu que les personnes trans n'étaient pas ciblées par les campagnes de prévention concernant les dépistages des cancers du col utérin et du sein. Il serait intéressant que le·la médecin généraliste ait ces données en tête lors du suivi des personnes trans afin de combler cette absence de représentations dans la politique de santé publique par une prise en charge personnalisée.

b) Santé physique et mentale

(1) Effets secondaires des hormones

Nous avons identifié 3 problèmes de santé différents décrits par la majorité des patient·e·x·s interrogé·e·x·s suite à leur prise d'hormones d'affirmation de genre. L'acné, la prise de poids et les douleurs sont des problèmes de santé que les médecins généralistes peuvent dépister et prendre en charge, le cas échéant.

(2) Santé mentale

Nous avons vu que la première urgence concernant la santé des personnes trans était le risque suicidaire. Nous avons vu également que les troubles du comportement alimentaire, les

prévalences des syndromes dépressifs et anxieux, les consommations d'alcool et de cannabis étaient plus élevées dans la population trans.

Nous avons vu également qu'un tiers des personnes interrogées avaient consulté un·e médecin généraliste dans le but d'obtenir un soutien psychologique.

Ainsi, il en va du rôle du·de la médecin généraliste d'évaluer régulièrement la santé mentale des personnes trans reçues en consultation, en prenant en compte les différents facteurs de risque que peuvent être : les antécédents de violences vécues ou auto-infligées, les antécédents psychiatriques, un isolement social ou la précarité financière, d'emploi, de logement et la précarité sociale. Le dépistage des addictions aux substances psychoactives peut également relever du rôle du·de la médecin généraliste.

V. Conclusion

Nous avons réalisé une étude quantitative transversale afin de décrire les problématiques de santé et d'accès aux soins rencontrées par les personnes transgenres en France aujourd'hui. Cette enquête a été réalisée sous forme d'un questionnaire auto-administré en ligne, diffusée en majeure partie sur les réseaux sociaux et via les associations trans et LGBTQIA+ - friendly.

L'enquête a été mise en ligne pendant 3 mois et demi et nous avons analysé 633 questionnaires, en provenance de toute la France.

Notre étude montre que les personnes transgenres présentent des problématiques de santé qui leur sont propres en comparaison avec la population générale, et ce de manière particulièrement inquiétante en ce qui concerne la santé mentale.

En effet, dans notre enquête comme dans la littérature internationale, les personnes trans présentent plus souvent des syndromes anxieux et dépressifs mais aussi des idées suicidaires et des actes auto-agressifs, jusqu'aux tentatives de suicide. Les personnes trans présentent également plus souvent des troubles du sommeil, des troubles du comportement alimentaire et consomment plus souvent des substances psychoactives, dont le cannabis et l'alcool.

Les personnes trans interrogées, dans notre enquête comme dans la littérature internationale, étaient plus souvent en situation de précarité financière, d'emploi et de logement, et sociale.

Ces données sont à mettre en lien avec le nombre important de violences transphobes rapportées dans notre étude et les connaissances sur l'impact socio-émotionnel de la violence et du stress minoritaire.

Notre enquête a permis d'identifier différents freins à l'accès aux soins des personnes trans, qui sont en premier lieu la transphobie subie dans les lieux de soins, provenant des soignant·e·x·s et du personnel d'accueil. Viennent ensuite la précarité financière des répondant·e·x·s, les freins administratifs, et enfin le manque de recommandations concernant la santé des personnes trans.

Nous avons vu que les personnes trans présentaient des problématiques de santé particulières, différentes de celles de la population générale. L'existence de ces freins à l'accès aux soins participe à majorer ces problèmes, et inversement. Certains de ces freins sont modifiables.

Il s'avère que les médecins généralistes ont déjà une place importante dans l'accompagnement médical des personnes trans, avec des améliorations possibles notamment sur l'accueil des personnes trans en salle d'attente et en consultation, en luttant contre la transphobie.

La base de données que nous avons recueillie pourra faire l'objet d'explorations complémentaires. Des recherches ultérieures nous semblent nécessaires afin de mieux appréhender ce sujet très vaste et de continuer à améliorer l'accompagnement médical et la santé des personnes transgenres en France.

Bibliographie

1. Le Planning familial. Lexique trans [Internet]. Disponible sur: <https://www.planning-familial.org/sites/default/files/2020-10/Lexique%20trans.pdf>
2. Genre et santé [Internet]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/gender>
3. Lexique [Internet]. Wiki Trans. Disponible sur: <https://wikitrans.co/lexique/>
4. Outing [Internet]. SOS homophobie. Disponible sur: <https://www.sos-homophobie.org/informer/definitions/outing>
5. Lexique – OTrans – Association féministe d'autosupport trans à Paris [Internet]. Disponible sur: <https://outrans.org/ressources/lexique-outransien/>
6. Accueil [Internet]. Collectif Intersexes et Allié.e.s - OII France. Disponible sur: <https://cia-oiifrance.org/>
7. Haddad R. Manuel d'écriture inclusive [Internet]. 2016. Disponible sur: https://www.univ-tlse3.fr/medias/fichier/manuel-decriture_1482308453426-pdf
8. Lexie. Une histoire de genres. Editions Marabout. 2021. 224 p. (Essais bien-être - psy).
9. WHO | Ensuring an inclusive global health agenda for transgender people [Internet]. WHO. World Health Organization; Disponible sur: <http://www.who.int/bulletin/volumes/95/2/16-183913/en/>
10. Winter S, Diamond M, Green J, Karasic D, Reed T, Whittle S, et al. Transgender people: health at the margins of society. *The Lancet*. juill 2016;388(10042):390-400.
11. Conron KJ, Scott G, Stowell GS, Landers SJ. Transgender health in Massachusetts: results from a household probability sample of adults. *Am J Public Health*. janv 2012;102(1):118-22.
12. Glen F, Hurrell K. Technical note: Measuring Gender Identity. *Equal Hum Rights Comm*. juin 2012;21.
13. Clark TC, Lucassen MFG, Bullen P, Denny SJ, Fleming TM, Robinson EM, et al. The health and well-being of transgender high school students: results from the New Zealand adolescent health survey (Youth'12). *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med*. juill 2014;55(1):93-9.
14. Kuyper L, Wijzen C. Gender identities and gender dysphoria in the Netherlands. *Arch Sex Behav*. févr 2014;43(2):377-85.
15. Van Caenegem E, Wierckx K, Elaut E, Buysse A, Dewaele A, Van Nieuwerburgh F, et al. Prevalence of Gender Nonconformity in Flanders, Belgium. *Arch Sex Behav*. juill 2015;44(5):1281-7.
16. Flores AR, Herman JL, Gates GJ, Brown TNT. How many adults identify as transgender in the United States? juin 2016;13.
17. Crissman HP, Berger MB, Graham LF, Dalton VK. Transgender Demographics: A Household Probability Sample of US Adults, 2014. *Am J Public Health*. févr 2017;107(2):213-5.

18. Population totale par sexe et âge au 1er janvier 2020, France – Bilan démographique 2019 | Insee [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892086?sommaire=1912926>
19. Sexe, genre et santé - Rapport d'analyse prospective 2020 [Internet]. Haute Autorité de Santé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3223570/fr/sexe-genre-et-sante-rapport-d-analyse-prospective-2020
20. Schneider E. An insight into respect for the rights of trans and intersex children in Europe. nov 2013;56.
21. 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 [Thèse d'exercice]. 2019.
22. Bize R, Volkmar E, Berrut S, Medico D, Balthasar H, Bodenmann P, et al. Vers un accès à des soins de qualité pour les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres. Rev Médicale Suisse [Internet]. 2011; Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2011/revue-medicale-suisse-307/vers-un-acces-a-des-soins-de-qualite-pour-les-personnes-lesbiennes-gays-bisexuelles-et-transgenres>
23. Duval E. Expériences et attentes des personnes trans en médecine générale. Première partie : les freins à l'accès aux soins. [Internet] [Thèse d'exercice]. Université de Rennes 1; 2019. Disponible sur: <https://ged.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/d554673d-ec58-4baf-a0b8-45863c056659?inline>
24. Caroff M. Expériences et attentes des personnes trans en médecine générale. Deuxième partie : Les stratégies d'adaptation et les attentes. [Internet] [Thèse d'exercice]. Université de Rennes 1; 2019. Disponible sur: <https://ged.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/1da8810d-c337-4740-833f-9ba3b2e390df?inline>
25. Constitution [Internet]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>
26. Rapport - Accès à la santé et aux soins de santé pour les personnes trans et non binaires au Canada - Trans PULSE Canada [Internet]. Disponible sur: <https://transpulsecanada.ca/fr/results/rapport-1/>
27. Asscheman H, Giltay EJ, Megens JAJ, de Ronde WP, van Trotsenburg MAA, Gooren LJG. A long-term follow-up study of mortality in transsexuals receiving treatment with cross-sex hormones. Eur J Endocrinol. avr 2011;164(4):635-42.
28. Gatos KC. A Literature Review of Cervical Cancer Screening in Transgender Men. Nurs Womens Health. févr 2018;22(1):52-62.
29. Alessandrin A, Dagorn J, Richard G, Toulze M. Santé LGBT Les minorités de genre et de sexualité face aux soins. Le bord de l'eau. 2020. 183 p.
30. Agénor M, Peitzmeier SM, Bernstein IM, McDowell M, Alizaga NM, Reisner SL, et al. Perceptions of cervical cancer risk and screening among transmasculine individuals: patient and provider perspectives. Cult Health Sex. oct 2016;18(10):1192-206.
31. Personnes transgenres : répondre à une demande d'écoute et de soutien [Internet]. Disponible sur: <https://www.prescrire.org/fr/3/31/58585/0/NewsDetails.aspx>

32. T'Sjoen G, Arcelus J, Gooren L, Klink DT, Tangpricha V. Endocrinology of Transgender Medicine. *Endocr Rev.* 1 févr 2019;40(1):97-117.
33. Giltay EJ, Gooren LJ. Effects of sex steroid deprivation/administration on hair growth and skin sebum production in transsexual males and females. *J Clin Endocrinol Metab.* août 2000;85(8):2913-21.
34. Yeung H, Kahn B, Ly B, Tangpricha V. Dermatologic Conditions in Transgender Populations - PubMed. *Endocrinol Metab Clin North Am.* juin 2019;429-40.
35. Chen D, Simons L, Johnson EK, Lockart BA, Finlayson C. Fertility Preservation for Transgender Adolescents. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med.* juill 2017;61(1):120-3.
36. Christian R, Mellies AA, Bui AG, Lee R, Kattari L, Gray C. Measuring the Health of an Invisible Population: Lessons from the Colorado Transgender Health Survey. *J Gen Intern Med.* oct 2018;33(10):1654-60.
37. Diemer EW, Grant JD, Munn-Chernoff MA, Patterson DA, Duncan AE. Gender Identity, Sexual Orientation, and Eating-Related Pathology in a National Sample of College Students. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med.* août 2015;57(2):144-9.
38. Herek GM, Garnets LD. Sexual orientation and mental health. *Annu Rev Clin Psychol.* 2007;3:353-75.
39. Meyer IH. Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychol Bull.* sept 2003;129(5):674-97.
40. Bockting WO, Miner MH, Swinburne Romine RE, Hamilton A, Coleman E. Stigma, Mental Health, and Resilience in an Online Sample of the US Transgender Population. *Am J Public Health.* mai 2013;103(5):943-51.
41. Newcomb ME, LaSala MC, Bouris A, Mustanski B, Prado G, Schrage SM, et al. The Influence of Families on LGBTQ Youth Health: A Call to Action for Innovation in Research and Intervention Development. *LGBT Health.* 1 juin 2019;6(4):139-45.
42. Grossman A, Daugelli A, Frank J. Aspects of Psychological Resilience among Transgender Youth. *J Lgbt Youth.* 29 mars 2011;8:103-15.
43. Meyer IH. Resilience in the study of minority stress and health of sexual and gender minorities. *Psychol Sex Orientat Gend Divers.* 2015;2(3):209-13.
44. Fish JN, Rice CE, Lanza ST, Russell ST. Is Young Adulthood a Critical Period for Suicidal Behavior among Sexual Minorities? Results from a US National Sample. *Prev Sci Off J Soc Prev Res.* avr 2019;20(3):353-65.
45. Alessandrin A, Espineira K. La transphobie [Internet]. 2014 p. 90. Disponible sur: http://mediatheque.lecrips.net/doc_num.php?explnum_id=49063
46. National Transgender Discrimination Survey: Full Report [Internet]. National Center for Transgender Equality. 2015. Disponible sur: <https://transequality.org/issues/resources/national-transgender-discrimination-survey-full-report>

47. L'espérance de vie par niveau de vie : chez les hommes, 13 ans d'écart entre les plus aisés et les plus modestes - Insee Première - 1687 [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3319895>
48. Sexual and Gender Minority Stress Amid the COVID-19 Pandemic: Implications for LGBTQ Young Persons' Mental Health and Well-Being - John P. Salerno, Jackson Devadas, M Pease, Bryanna Nketia, Jessica N. Fish, 2020. Disponible sur: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0033354920954511>
49. Espace Santé Trans - #ExistransInter | Facebook [Internet]. Disponible sur: <https://b-m.facebook.com/espacesantetrans/photos/a.432421463807975/1171796159870498/?type=3&source=54>
50. Rapport - Impact de la COVID-19 sur l'accès aux soins de santé pour les personnes transgenres et non binaires au Canada [Internet]. Trans PULSE Canada. Disponible sur: <https://transpulsecanada.ca/fr/results/rapport-impact-de-la-covid-19-sur-lacces-aux-soins-de-sante-pour-les-personnes-transgenres-et-non-binaires-au-canada/>
51. Clause-Verdreau, A-C, Dubosc P, Hirsch E. Précarité, personnes migrantes et sans-abris - résultats de l'enquête nationale. Espace Réflex Éthique Î--Fr. 21 sept 2021;69.
52. Alessandrin A. Sociologie des transidentités. Le cavalier bleu; 2018. 144 p.
53. Arrêt du 25 mars 1992, B. c/ France [Internet]. Marie-Anne Frison-Roche. Disponible sur: <https://mafr.fr/fr/article/cour-europeenne-des-droits-de-lhomme-6/>
54. La CEDH condamne la France pour les obligations imposées aux transgenres pour changer d'état civil [Internet]. Disponible sur: https://www.lemonde.fr/societe/article/2017/04/06/la-cedh-condamne-la-france-pour-les-obligations-imposees-aux-transgenres-pour-changer-d-etat-civil_5106895_3224.html
55. Butler J. Défaire le genre. 2ème édition. Amsterdam; 2016. 396 p.
56. Acthe. De l'identité sexuelle à l'identité de genre [Internet]. Acthe. Disponible sur: <http://www.acthe.fr/juridique-legislatif/207-de-l-identite-sexuelle-a-l-identite-de-genre.html>
57. European Union Agency for Fundamental Rights. Being Trans in the EU – Comparative analysis of the EU LGBT survey data –. 2014;16.
58. Langton L, Truman J. Socio-emotional Impact of Violent Crime [Internet]. 2014 p. 30. Disponible sur: <https://bjs.ojp.gov/content/pub/pdf/sivc.pdf>
59. Beck F, Firdion J-M, Legleye S, Schiltz M-A. Risques suicidaires et minorités sexuelles : une problématique récente. Agora Debatsjeunesses. 1 nov 2011;N° 58(2):33-46.
60. Crise suicidaire : agir avant la tentative de suicide [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/urgence/pathologies/crise-suicidaire-tentative-suicide>
61. Durkheim É. Le suicide: étude de sociologie. Alcan; 1897. 520 p.
62. Levesque J-F, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. Int J Equity Health. 11 mars 2013;12(1):18.

63. Fondation FIER. Paris 2018 Symposium - [8] Les enjeux de l'accès au soin des personnes LGBT [Internet]. 2017. Disponible sur: https://www.youtube.com/watch?v=1fK-_moGCi8
64. Roberts TK, Fantz CR. Barriers to quality health care for the transgender population. Clin Biochem. juill 2014;47(10-11):983-7.
65. Madera SLR, Díaz NV, Padilla M, Pibernus AR, Neilands TB, Segarra ER, et al. "Just Like Any Other Patient": Transgender Stigma among Physicians in Puerto Rico. J Health Care Poor Underserved. 2019;30(4):1518-42.
66. Les enjeux de la santé des personnes trans [Internet]. Le planning familial. 2019. Disponible sur: <https://www.planning-familial.org/fr/association-martiniquaise-pour-linformation-et-lorientation-familiale-amiof/les-enjeux-de-la-sante>
67. Garnier M, Ollivier S. En dehors du parcours de transition, quelles sont les spécificités de la demande de soin en médecine générale des patient.e.s transidentitaires ? [Thèse d'exercice]. Faculté de Médecine Lyon; 2018.
68. Enquête Chrysalide « Santé Trans 2011 » - Chrysalide [Internet]. Disponible sur: <https://www.chrysalide-asso.fr/nos-documents/enquete-chrysalide-sante-trans-2011/>
69. SoFECT. Propositions de la SoFECT pour l'amélioration de la prise en charge médicale du transsexualisme en France. nov 2010;47.
70. Association TRANS SANTÉ France – FPATH – Vivre, comprendre et accompagner les transidentités [Internet]. Disponible sur: <https://trans-sante-france.org/>
71. Trans Santé [Internet]. Disponible sur: <http://trans-sante.fr/>
72. Extrait de « Le sexe de mon identité » 2012 Commission du GRETTIS (SoFECT Lyon) [Internet]. Disponible sur: <https://vimeo.com/272732115>
73. Thibaut J. EGaLe-MG. État des lieux des difficultés rencontrées par les homosexuels face à leurs spécificités de santé en médecine générale en France Réflexions sur le contexte et les données actuelles, l'histoire et les subjectivités gays et lesbiennes [Thèse d'exercice]. 2016.
74. Fondation FIER. Paris 2018 Symposium - [14] Table ronde : « Comment mieux structurer la recherche en sciences humaines et sociales dans le champ de la santé des personnes LGBT ? » [Internet]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=rlaD7fPA00c>
75. Prior L. Belief, knowledge and expertise: the emergence of the lay expert in medical sociology. Sociol Health Illn. 2003;25(3):41-57.
76. Giami A. Identifier et classifier les trans : entre psychiatrie, épidémiologie et associations d'usagers. Inf Psychiatr. 2011;Volume 87(4):269-77.
77. Meidani A, Alessandrin A. Cancers et transidentités : une nouvelle « population à risques » ? Sci Soc Sante. 24 mars 2017;Vol. 35(1):41-63.
78. Nakad L. Quels sont les motifs de consultation des personnes transgenres: revue systématique de la littérature [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7 (1970-2019). UFR de médecine; 2015.

79. Ortiz-Martínez Y, Ríos-González CM. Need for more research on and health interventions for transgender people. *Sex Health*. 2017;14(2):196-7.
80. Reisner SL, Poteat T, Keatley J, Cabral M, Mothopeng T, Dunham E, et al. Global health burden and needs of transgender populations: a review. *The Lancet*. 23 juill 2016;388(10042):412-36.
81. Feldman J, Brown GR, Deutsch MB, Hembree W, Meyer W, Meyer-Bahlburg HFL, et al. Priorities for transgender medical and healthcare research. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes*. avr 2016;23(2):180-7.
82. Nobili A, Glazebrook C, Arcelus J. Quality of life of treatment-seeking transgender adults: A systematic review and meta-analysis. *Rev Endocr Metab Disord*. 2018;19(3):199-220.
83. Fondation FIER. Paris 2018 Symposium - [3] Thème 1 : Peut-on être en bonne santé, physique et mentale, dans une société hétéro-normée et sérophobe ? [Internet]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=J4Fc68-NVNo>
84. Mansh M, Garcia G, Lunn MR. From Patients to Providers: Changing the Culture in Medicine Toward Sexual and Gender Minorities. *Acad Med*. mai 2015;90(5):574-80.
85. Meidani A, Alessandrin A. Parcours de santé, parcours de genre. Presses Universitaires du Midi; 2018.
86. Velter A, Dumont M. Encore trop peu d'études françaises rendent compte de la transphobie et de ses conséquences en santé publique - Focus [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/encore-trop-peu-d-etudes-francaises-rendent-compte-de-la-transphobie-et-de-ses-consequences-en-sante-publique-focus>
87. Labbé É, Moulin JJ, Guéguen R, Sass C, Chatain C, Gerbaud L. Un indicateur de mesure de la précarité et de la « santé sociale » : le score EPICES. *Rev Ires*. 2007;n° 53(1):3-49.
88. Société Canadienne du SIDA. L'inclusion des personnes trans dans divers formulaires [Internet]. Disponible sur: <https://www.cdnaids.ca/wp-content/uploads/Linclusion-des-personnes-trans-dans-divers-formulaires.pdf>
89. Construire une enquête par questionnaire [Internet]. Disponible sur: <https://dumg-toulouse.fr/uploads/09e619ad368eaebc8e3acc2a21e07f788631d6d0.pdf>
90. De Singly F. Le questionnaire. 5ème édition. Armand Colin; 2020. 125 p. (128 Tout le savoir).
91. Guillot V. Intersexes : ne pas avoir le droit de dire ce que l'on ne nous a pas dit que nous étions. *Nouv Quest Fem*. 2008;Vol. 27(1):37-48.
92. Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours [Internet]. Haute Autorité de Santé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_964938/fr/surpoids-et-obesite-de-l-adulte-prise-en-charge-medicale-de-premier-recours
93. Stratégies de prévention de la carie dentaire [Internet]. Haute Autorité de Santé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_991247/fr/strategies-de-prevention-de-la-carie-dentaire
94. Facebook: les chiffres et statistiques à connaître pour 2021 - Junto [Internet]. Disponible sur: <https://junto.fr/blog/facebook-chiffres-2021/>

95. Cadet-Taïrou A, Reynaud-Maurupt C, Costes J-M, Palle C. Enquêtes quantitatives auprès des populations difficiles à joindre: L'expérience de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies. *Methodol Innov Online*. 1 août 2010;5(2):76-92.
96. Socio-démographie de la population Trans en France : enquête sur une population difficile à atteindre [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/actualites/rencontres-scientifiques/les-lundis/socio-demographie-de-la-population-trans-en-france-enquete-sur-une-population-difficile-a-atteindre/>
97. Emploi - Taux d'emploi - OCDE Data [Internet]. theOECD. Disponible sur: <http://data.oecd.org/fr/emp/taux-d-emploi.htm>
98. Niveau d'éducation de la population – France, portrait social | Insee [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4797586?sommaire=4928952>
99. National Center For Transgender Equality. 2015 US Trans Survey Full report [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://transequality.org/sites/default/files/docs/usts/USTS-Full-Report-Dec17.pdf>
100. Du rural éloigné au rural proche des villes : cinq types de ruralité - Insee Analyses Auvergne-Rhône-Alpes - 77 [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3715314>
101. Pisarik J, Rochereau T, Célant N. État de santé des Français et facteurs de risque - Premiers résultats de l'Enquête santé européenne-Enquête santé et protection sociale 2014. mars 2017;(0998). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/etat-de-sante-des-francais-et-facteurs-de-risque-premiers>
102. Santé : un Français sur deux est en surpoids. *Le Monde.fr* [Internet]. 25 oct 2016; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/planete/article/2016/10/25/un-francais-sur-deux-est-en-surpoids_5019615_3244.html
103. Dépistage du cancer du col de l'utérus: données 2017-2019 [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2021/dépistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-donnees-2017-2019>
104. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2018-2019 et évolution depuis 2005 [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein/articles/taux-de-participation-au-programme-de-dépistage-organise-du-cancer-du-sein-2018-2019-et-evolution-depuis-2005>
105. Cancer colorectal: données de dépistage 2019-2020 [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2021/cancer-colorectal-donnees-de-dépistage-2019-2020>
106. Richard J-B, Andler R, Cordogan C, Nguyen-Thanh V, groupe Baromètre Santé Publique France 2017. La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017. *Bull Epidémiol Hebd*. 2019;9.
107. Bourdillon F. Editorial. 1,6 million de fumeurs en moins en deux ans, des résultats inédits. *Bull Epidémiol Hebd* [Internet]. 2019; Disponible sur: <http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/15/index.html>
108. Usages de substances psychoactives illicites en France : résultats du baromètre santé 2017 [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2018/usages-de-substances-psychoactives-illicites-en-france-resultats-du-barometre-sante-2017>

109. Épidémiologie des IST – Santé publique France [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/donnees/epidemiologie-des-infections-sexuellement-transmissibles>
110. Syphilis [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/syphilis>
111. Dermato-info.fr C de rédaction S. Site grand public de la Société Française de Dermatologie [Internet]. 2021. Disponible sur: https://2019.dermato-info.fr/article/L_herpes_genital
112. Viriot D, Lucas E, Lot F, Ndeikoundam N. Impact de la COVID-19 sur le dépistage des IST bactériennes et du VIH [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.rencontresantepubliquefrance.fr/wp-content/uploads/2021/05/3-CAZEIN-VIRIOT.pdf>
113. Suivi de l'utilisation de la PrEP au VIH [Internet]. EPI-PHARE. 2020. Disponible sur: <https://www.epi-phare.fr/rapports-detudes-et-publications/prep-vih-2020/>
114. Prescription de la prophylaxie pré-exposition par les médecins généralistes - Sénat [Internet]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/questions/base/2021/qSEQ210220832.html>
115. Cazals N. Couverture vaccinale de l'hépatite B chez l'adulte en cabinet de médecine générale: déterminants de la non vaccination et connaissance des modes de transmission [Thèse d'exercice]. Nice; 2017.
116. Données de couverture vaccinale papillomavirus humains (HPV) par groupe d'âge [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/vaccination/donnees-de-couverture-vaccinale-papillomavirus-humains-hpv-par-groupe-d-age>
117. Coronavirus (COVID-19) [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/dossiers/coronavirus-covid-19>
118. DGOS. Instruction no DGOS/R4/2017/30 du 27 janvier 2017 relative à la mise en œuvre d'une enquête nationale sur le déploiement de la prise en charge des activités de soins, d'enseignement et de recherche sur les troubles du comportement alimentaire (TCA) dans les établissements de santé. mars 2017;(2017/2). Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2017/17-02/ste_20170002_0000_0047.pdf
119. SPF. Le temps de sommeil, la dette de sommeil, la restriction de sommeil et l'insomnie chronique des 18-75 ans : résultats du Baromètre de Santé publique France 2017 [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/notices/le-temps-de-sommeil-la-dette-de-sommeil-la-restriction-de-sommeil-et-l-insomnie-chronique-des-18-75-ans-resultats-du-barometre-de-sante-publiqu>
120. Safon M-O, Suhard V. La santé mentale en France et dans les pays de l'OCDE Bibliographie thématique [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-sante-mentale-en-france-et-dans-les-pays-de-l-ocde.pdf>
121. Troubles bipolaires : diagnostiquer plus tôt pour réduire le risque suicidaire [Internet]. Haute Autorité de Santé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2560925/fr/troubles-bipolaires-diagnostiquer-plus-tot-pour-reduire-le-risque-suicidaire

122. Badjadj L, Chan Chee C. Prise en charge des troubles de l'humeur dans les établissements ayant une activité autorisée en psychiatrie entre 2010 et 2014 en France métropolitaine. Analyse des données du RIM-P. Bull Epidemiol Hebd. 2017;8.
123. Judge C, O'Donovan C, Callaghan G, Gaoatswe G, O'Shea D. Gender Dysphoria – Prevalence and Co-Morbidities in an Irish Adult Population. Front Endocrinol. 13 juin 2014;5:87.
124. Troubles du stress post-traumatique · Inserm, La science pour la santé [Internet]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/troubles-stress-post-traumatique/>
125. Léon C, Chan-Chee C, du Roscoät E, Groupe du Baromètre de Santé Publique France 2017. Baromètre de Santé publique France 2017 : tentatives de suicide et pensées suicidaires chez les 18-75 ans en France. Bull Epidemiol Hebd. 2019;10.
126. Baromètre Ipsos / SPF : la précarité déborde encore une fois en 2021 [Internet]. Secours populaire. 2021. Disponible sur: <https://www.secourspopulaire.fr/barometre-pauvrete-ipsos>
127. Bénéficiaires de la CMU-C [Internet]. Disponible sur: https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/effectifs_cmuc.php
128. Propriétaires - Locataires – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3676698?sommaire=3696937>
129. Près de 300 000 personnes sans domicile en France [Internet]. Fondation Abbé Pierre. Disponible sur: <https://www.fondation-abbe-pierre.fr/actualites/pres-de-300-000-personnes-sans-domicile-en-france>
130. 3 % des individus isolés de leur famille et de leur entourage : un cumul de difficultés socioéconomiques et de mal-être - Insee Première - 1770 [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4205228>
131. Perronnin M, Louvel A. La complémentaire santé en 2014 : 5 % de non-couverts et 12 % parmi les 20 % les plus pauvres. janv 2018;(1048). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er1048.pdf>
132. Legendre B. En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6 % de la population - Etudes et Résultats - DREES. févr 2020;(1144). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1144.pdf>
133. Lapinte A, DREES. Reste à charge et renoncement aux soins pour raisons financières. adsp. mars 2018;(102):36-9.

ANNEXES

Annexe 1 : Message en page d'accueil du questionnaire en ligne

« Enquête Santé des Personnes Trans 2021

Vous êtes invité.e.x à participer à un questionnaire de médecine générale portant sur **la santé, l'accès aux soins et les discriminations vécues** par les personnes trans.

Vous trouverez sur la page suivante **la lettre d'information** qui accompagne le questionnaire, qui est **à valider en bas de page**.

Le questionnaire se divise en **6 parties** :

I – Mieux vous connaître

II – Votre santé générale

III – Vos consommations

IV – Votre santé relative à la sexualité

V – Votre bien-être mental

VI – Votre santé spécifique relative à votre transition

Avant de vous lancer :

Seules les 3 premières questions sont à réponse obligatoire car elles vérifient que vous êtes bien concerné.e.x par ce questionnaire.

Si vous ne souhaitez pas répondre à certaines questions, c'est possible via la case « Je ne souhaite pas répondre ».

Il est aussi possible de « passer » la question sans y répondre, mais il est préférable pour la qualité des résultats que vous cochiez au moins une case par question.

En vous remerciant et vous souhaitant un bon questionnaire ! »

Annexe 2 : Première version de l'email-type envoyé aux associations

« Chère équipe de l'association,

Je suis Margaux Cosne, jeune médecin généraliste montpelliéraine. Je vous écris car nous lançons **ce jour mardi 15/06/21** une enquête sur la **santé, l'accès aux soins et les discriminations vécues par les personnes trans en France**.

L'objectif est d'apporter une **visibilité** à ces questions auprès de la communauté médicale dans un but plus large d'**améliorer l'accompagnement médical et l'accès aux soins primaires des personnes trans**.

Je vous sollicite car **nous avons besoin du réseau associatif** trans et LGBTQIA+ pour diffuser le questionnaire au maximum de personnes en France : **plus les réponses seront nombreuses et diversifiées, plus nous pourrons espérer avoir un impact**.

D'ailleurs, la communauté LGBTQIA+ s'est déjà mobilisée en amont lors de la conception de l'enquête. En effet, elle est issue d'un travail bibliographique et a été co-construite avec la participation et les retours de membres des associations suivantes : **Transat** de Marseille, **Fierté Montpellier Pride**, **Aides** Languedoc-Roussillon, **Rita** de Grenoble.

Seriez-vous d'accord pour nous aider à la diffuser?

Si oui je vous apporterai/verrai un lot de **flyers papier** et un **virtuel** pour que vous puissiez le partager sur vos réseaux sociaux.

Pour plus d'info :

- vous trouverez le **questionnaire** à l'adresse suivante :

<https://santedespersonnestrans2021.limequery.com/625113>

- ci-joint le protocole de recherche tel que **validé le 12 mai 2021 par le Comité de Protection des Personnes "Ile-de-France IV"**.

Cette enquête s'inscrit dans le cadre de ma thèse de médecine générale, encadrée par le Dr Cyril Perrollaz, en poste au CeGIDD du CHU de Montpellier.

Bien sûr, je me tiens à votre disposition pour toute question concernant ce projet, par email, téléphone, visio ou en me déplaçant pour vous rencontrer.

Merci d'avance pour votre réponse et pour votre aide,

Bien sincèrement,

Margaux Cosne

Médecin Généraliste à Montpellier (34)

[Adresse email

Numéro de téléphone personnel]

Annexe 3 : Copie d'écran du post public sur facebook datant du 25/06/2021 auquel était associé le flyer virtuel



25 juin · 🌐



Salut à toustes !

Je lance ce mois-ci un questionnaire sur la santé, l'accès aux soins et les discriminations vécues par les personnes trans en France.

L'objectif est d'apporter une visibilité à ces questions auprès de la communauté médicale dans le but d'améliorer l'accompagnement médical et l'accès aux soins primaires.

L'enquête est ouverte à toute personne trans majeure qui vit en France, et ça prend environ 30 minutes pour y répondre en totalité ! Je vous invite donc à y participer si vous êtes concerné.e.x.s !

Voici le lien vers le questionnaire :

<https://santedespersonnestrans2021.limequery.com/625113>

Si vous avez des questions / besoins d'informations / voulez échanger sur ce sujet, vous pouvez m'écrire en MP ou à l'adresse email
@gmail.com

Je réalise ce projet dans le cadre de ma thèse de fin d'études de médecine générale.

N'hésitez pas à partager l'info autour de vous !

Plus il y aura de réponses, plus on peut espérer avoir un impact !

Merci et belle journée à vous !

Margaux, meuf cis gouine de Montpellier.

Annexe 4 : Flyer virtuel invitant à participer à l'enquête



Le flyer imprimé était le même, simplement il avait été ajouté « Merci de ne pas jeter sur la voie publique » sur la côte droite du flyer.

Annexe 5 : Questionnaire d'auto-évaluation validé par le CPP

Questionnaire d'auto-évaluation tel que défini par l'arrêté du 3 juillet 2020

Enquête Santé des Personnes Trans 2021

N° ID RCB : 2021-A01108-33.

Conformité de cette demande d'avis avec la procédure prévue au II de l'article R.1123-20 du code de la santé publique :

- cette recherche comporte uniquement des données recueillies par questionnaire(s) ou entretien (s) : oui
- cette recherche n'a aucune conséquence pour les personnes participantes que ce soit en termes de sécurité ou de modification de la prise en charge habituelle : oui
- cette recherche est dénuée de risque et les inconvénients pour les personnes participantes à la recherche sont négligeables : oui
- le recueil et le traitement des données mis en œuvre dans cette recherche sont conformes à la méthodologie de référence MR003 homologuée par la CNIL : oui

Titre de la recherche : Thèse d'exercice permettant d'accéder au diplôme de Docteur en Médecine Générale : Enquête Santé des Personnes Trans 2021

Titre abrégé de la recherche : **Enquête Santé des Personnes Trans 2021**

Informations administratives

Promotrice :

Cosne Margaux, médecin généraliste

Courriel : [\[Adresse email\]](#)

Adresse : [Adresse postale]

Téléphone : [Numéro de téléphone personnel]

Responsable scientifique : Directeur de thèse :

Dr Cyril Perrollaz, médecin généraliste

Courriel : [Adresse email]

Adresse : [Adresse postale]

Téléphone : [Numéro de téléphone]

Investigatrice : Margaux Cosne, promotrice de la recherche.

Lieu principal de la recherche : domicile de l'investigatrice.

Délégué à la protection des données :

Julien Bertel, Délégué à la protection des données de la faculté de médecine de Montpellier

Courriel : [Adresse email]

Adresse postale : [Adresse postale]

Téléphone : [Numéro de téléphone]

I. Intérêt et pertinence de la recherche

La visibilité grandissante de la **population transgenre** (ou trans) en France nous amène à considérer sa prise en charge en médecine générale.

A l'international, la littérature tend à montrer l'existence de **problématiques de santé et d'accès aux soins spécifiques** aux personnes trans, résultant de leur condition particulière (traitements hormonaux, chirurgies, place dans la société, etc.) (1)-(4). Malgré cela, la littérature déplore un **manque d'études et de connaissances médicales** concernant cette population (5).

En France, il n'existe aucune étude quantitative explorant les problématiques de santé et d'accès aux soins rencontrées par les personnes trans sur notre territoire (6)-(7).

Une **meilleure connaissance des problématiques de santé** rencontrées par les **personnes trans** permet aux médecins généralistes, principaux acteurs de soins primaires et pivots de la prise en charge médicale des personnes trans, de **faciliter leur parcours de soins** par un accueil et une prise en charge médicale personnalisés (1) (8)-(9).

Ce travail de recherche a pour objectif d'apporter des connaissances concernant les problématiques de santé et d'accès aux soins des personnes trans en France dans le but **d'améliorer l'accès aux soins primaires** sur notre territoire.

Références bibliographiques :

(1) Netgen. « Vers un accès à des soins de qualité pour les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres ». Revue Médicale Suisse. <https://www.revmed.ch/RMS/2011/RMS-307/Vers-un-acces-a-des-soins-de-qualite-pour-les-personnes-lesbiennes-gays-bisexuelles-et-transgenres>.

(2) Herek, Gregory M., et Linda D. Garnets. « Sexual Orientation and Mental Health ». *Annual Review of Clinical Psychology* 3 (2007): 353-75. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091510>.

(3) Christian, Robin, Amy Anderson Mellies, Alison Grace Bui, Rita Lee, Leo Kattari, et Courtney Gray. « Measuring the Health of an Invisible Population: Lessons from the Colorado Transgender Health Survey ». *Journal of General Internal Medicine* 33, n° 10 (octobre 2018): 1654-60. <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4450-6>.

(4) Nobili, Anna, Cris Glazebrook, et Jon Arcelus. « Quality of life of treatment-seeking transgender adults: A systematic review and meta-analysis ». *Reviews in Endocrine & Metabolic Disorders* 19, n° 3 (2018) : 199-220. <https://doi.org/10.1007/s11154-018-9459-y>.

(5) Ortiz-Martínez, Yeimer, et Carlos Miguel Ríos-González. « Need for More Research on and Health Interventions for Transgender People ». *Sexual Health* 14, n° 2 (9 janvier 2017): 196-97. <https://doi.org/10.1071/SH16148>.

(6) Caroff M, Thèse : « Expériences et attentes des personnes trans en médecine générale. Deuxième partie : Les stratégies d'adaptation et les attentes. » (2019, 25 avril) <https://ged.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/1da8810d-c337-4740-833f-9ba3b2e390df?inline>

(7) Duval, E. : Thèse : « Expériences et attentes des personnes trans en médecine générale. Première partie : les freins à l'accès aux soins. » (2019, 25 avril) <https://ged.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/d554673d-ec58-4baf-a0b8-45863c056659?inline>

(8) Madera, Sheilla L. Rodríguez, Nelson Varas Díaz, Mark Padilla, Alíxida Ramos Pibernus, Torsten B. Neilands, Eliut Rivera Segarra, Carmen M. Pérez Velázquez, et Walter Bockting. « “Just Like Any Other Patient”: Transgender Stigma among Physicians in Puerto Rico ». *Journal of health care for the poor and underserved* 30, no 4 (2019): 1518-42. <https://doi.org/10.1353/hpu.2019.0089>.

(9) Le planning familial. « Les enjeux de la santé des personnes trans ». <https://www.planning-familial.org/fr/association-martiniquaise-pour-linformation-et-lorientation-familiale-amiof/les-enjeux-de-la-sante>.

II. Objectifs et critères de jugement

A. – Objectif principal de la recherche et critère de jugement principal

- Objectif principal de la recherche :

Décrire les problématiques de santé et d'accès aux soins rencontrées par les personnes transgenres en France aujourd'hui.

- Critère de jugement principal :

Mesure de la fréquence et la répartition des différentes problématiques de santé des personnes transgenres et évaluation des difficultés d'accès aux soins.

B. – Objectifs secondaires et critères de jugement secondaires éventuels :

Objectifs secondaires :

- Identifier les freins d'accès aux soins primaires pour les personnes transgenres en France aujourd'hui.
- Evaluer l'intérêt à améliorer l'accompagnement des personnes trans par les médecins généralistes.

Critères de jugements secondaires :

- Evaluer les critères limitant l'accès aux soins primaires des personnes trans.
- Confrontation des problématiques identifiées aux rôles attendus d'un.e médecin généraliste.

III. Organisation de l'étude

A. – Description synthétique du schéma d'étude

Etude observationnelle descriptive transversale quantitative multicentrique par questionnaires auto-administrés.

L'étude a été classée RIPH3 par le Comité Ethique du Collège National des Généralistes Enseignants le 26/03/21.

B. – Méthodologie des questionnaires

Modalités de passation :

Questionnaires auto-administrés, sur internet en remplissant la version en ligne du questionnaire. Le questionnaire sera disponible en version française et en version anglaise, au choix du répondant.e.x.

Les réponses au questionnaire sont anonymes dès leur recueil : les questionnaires en ligne sont recueillis et stockés par l'hébergeur en ligne « LimeSurvey ». Cet hébergeur propose l'option « réponses anonymes », que l'investigatrice a choisi et qui garantit qu'aucune information ne permettant d'identifier les participant.e.x.s ne sera recueillie.

Le questionnaire est administré en une seule fois.

Type de questionnaire : non validé

Justification : l'investigatrice a rédigé elle-même le questionnaire à partir des données issues de son travail bibliographique.

Elle s'est inspirée de questionnaires validés pour les questions où cela était possible et a également reçu l'aide de son directeur de thèse, qui lui-même a validé le questionnaire.

IV. Trame de l'analyse statistique :

L'analyse se fera en 3 temps permettant de détacher les problématiques de santé rencontrées les plus importantes et les variables qui leur sont associées :

1. Analyse descriptive de la population répondante : description de l'échantillon.
2. Analyse descriptive des problématiques de santé rencontrées par les répondant.e.s. Présentation des résultats sous forme de données agrégées.
3. Recherche de variables associées pouvant expliquer les problématiques rencontrées.

Pour la recherche d'associations entre 2 variables, un test de Chi2 ou Fischer sera utilisé en fonction du nombre de données recueillies.

Utilisation du test de Student en cas de comparaison de 2 populations.

V. Informations relatives à la mise en œuvre de la recherche

– type de lieu où doit se dérouler la recherche : la réponse aux questionnaires se fera sur internet, en ligne.

–durée prévisionnelle de la recherche :

Durée d'inclusion : 3 mois, du 15 juin 2021 au 15 septembre 2021.

Durée totale de la recherche : 1 an et demi. (Juin 2020 à décembre 2021)

– durée prévisionnelle de participation par personne : 30 à 60 minutes

– la recherche implique-t-elle en plus un recueil de données rétrospectives : non

Nombre de personnes interrogées :

Le nombre de sujets nécessaire a été estimé.

Un nombre minimal de réponses autour de 300 est souhaitable pour obtenir des données significatives scientifiquement. Un nombre de réponses plus élevé augmentera la puissance des résultats. Etant donné la taille limitée de la population trans en France et dans un objectif d'optimisation des résultats, un arrêt précoce du recueil n'est pas envisagé, même en cas d'obtention d'un nombre beaucoup plus élevé de réponses.

Critères d'inclusion :

Personnes **majeures** et **résidant actuellement en France** se reconnaissant ou s'étant reconnue dans le passé dans les termes : personne trans / personne transgenre **et souhaitant répondre au questionnaire.**

Critères de non-inclusion :

Ne pas savoir lire et écrire le français ni l'anglais.

La recherche inclut-elle des personnes ne présentant aucune affection ? Oui

Durée prévisionnelle du recueil de données questionnaire pour un.e participant.e.x : 30 à 60 minutes.

Durée prévisionnelle totale de participation à la recherche pour un.e participant.e.x : 30 à 60 minutes (temps du questionnaire)

Temps de transport maximal estimé pour les participant.e.x-s si applicable : non concerné

Aucune collection biologique n'est prévue.

La recherche est organisée pour répondre aux objectifs fixés : oui.

VI- Absence de risques et contraintes de la recherche

- La recherche n'implique pas d'actes qui relèvent de l'arrêté fixant la liste des recherches mentionnées au 3° de l'article L. 11-21.1 du code de santé publique.
- La recherche peut comporter un risque psychologique : certaines questions posées font référence à des violences vécues ou des actes auto-agressifs. Pour ces raisons, l'investigatrice a mis en place 2 actions :

1/ Dans la lettre d'information, les répondant.e.x.s sont informé.e.x.s des thèmes abordés et sont invité.e.s.x en cas de difficultés rencontrées à arrêter le questionnaire, à prendre du temps pour eux.elles.iels et s'ils.elles.iels le souhaitent à en informer l'investigatrice par email, ainsi qu'à contacter une ligne d'écoute téléphonique en cas de besoin parmi les suivantes : <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/266453/2671892> .

2/ Au long du questionnaire, les répondant.e.x.s sont informé.e.x.s à nouveau des thèmes abordés, permettant à ceux qui le souhaitent de passer au-delà de certaines questions sans même les voir.

VII – Protection des données personnelles

Liste des données personnelles recueillies en conformité avec le RGPD :

Aucune donnée personnelle directe ne sera recueillie, au sens décrit par la CNIL.

Concernant les données personnelles indirectes, aucune d'entre elles ne permettra l'identification d'un.e répondant.e.x, en raison notamment de :

- L'anonymat des données dès leur recueil par l'hébergeur en ligne LimeSurvey
- La taille de l'échantillon
- L'extension sur le territoire français.

Les données collectées sont adéquates, pertinentes et limitées à ce qui est nécessaire au regard des objectifs de recherche : oui.

VIII – Recrutement et information des personnes

1/ Modalité de recrutement : (procédures, documents, délais de réflexion)

Modalités de recrutement des personnes interrogées :

Recrutement :

Sur la base du volontariat, après avoir obtenu l'accord informatisé des participant.e.x.s par validation informatique d'un formulaire d'information et de non opposition, ainsi que validation des critères d'inclusion lors des 3 premières questions.

Diffusion des questionnaires : prise de contact et présentation du questionnaire par l'investigatrice aux associations et collectifs trans-friendly et centres de santé communautaires des 10 plus grandes villes de France, relai des questionnaires par les associations qui auront souhaité participer à sa diffusion. Effet boule de neige prévisible sur les réseaux sociaux.

Délai de réflexion :

Les répondant.e.x.s sont informé.e.x.s dans la lettre d'information de leur possibilité de quitter le questionnaire à tout moment, sans enregistrer leurs réponses. Cela sera possible sauf en cas de questionnaire terminé ET après avoir appuyé sur la case « Envoyer ».

2/ Information et non opposition

Les modalités d'information sont conformes aux dispositions de l'article L. 1122-1 du code de la santé publique : oui.

Documents :

La lettre d'information et de recueil de non opposition sera à lire avant de pouvoir accéder au questionnaire. Les participant.e.x.s devront avoir coché une case « Je souhaite participer à l'enquête » en bas de page de la lettre d'information pour pouvoir accéder au questionnaire.

La traçabilité de la non opposition est donc assurée pour chaque questionnaire renseigné.

IX – Déclaration de la promotrice

Je soussignée COSNE Margaux, déclare :

- Que l'intérêt de la recherche est sans commune mesure avec le risque encouru par les personnes qui se prêtent à cette recherche et,
- Que le respect de la personne qui se prête à la recherche prime les seuls intérêts de la recherche et de la société.

Le 10/05/21, à Montpellier

[Données anonymisées pour mise en ligne]



Les sanctions pénales prévues aux articles L. 1126-1 et suivants du code de la santé publique s'appliquent en cas de fausse déclaration ou de non-respect des dispositions prévues aux articles L. 1121-1 et suivants du code de la santé publique.

Annexe 6 : Version imprimable du questionnaire

Questionnaire « Enquête Santé des Personnes Trans 2021 ».

Margaux Cosne Thèse MG Montpellier.

Vous êtes invité.e.x à participer à un questionnaire de médecine générale portant sur **la santé, l'accès aux soins** et les **discriminations vécues** par les personnes trans.

Vous trouverez sur la page suivante **la lettre d'information** qui accompagne le questionnaire, qui est à **valider en bas de page**.

Le questionnaire se divise en **6 parties** :

I – Mieux vous connaître

II – Votre santé générale

III – Vos consommations

IV – Votre santé relative à la sexualité

V – Votre bien-être mental

VI – Votre santé spécifique relative à votre transition

Avant de vous lancer :

Seules les 3 premières questions sont à réponse obligatoire car elles vérifient que vous êtes bien concerné.e.x par ce questionnaire.

Si vous ne souhaitez pas répondre à certaines questions, c'est possible via la case « Je ne souhaite pas répondre ».

Il est aussi possible de « passer » la question sans y répondre, mais il est préférable pour la qualité des résultats que vous cochiez au moins une case par question.

En vous remerciant et vous souhaitant un bon questionnaire !

Ce questionnaire est anonyme.

L'enregistrement de vos réponses à ce questionnaire ne contient aucune information permettant de vous identifier, à moins que l'une des questions ne vous le demande explicitement.

Si vous avez utilisé un code pour accéder à ce questionnaire, soyez assuré qu'aucune information concernant ce code ne peut être enregistrée avec vos réponses. Il est géré sur une base séparée où il sera uniquement indiqué que vous avez (ou non) finalisé ce questionnaire. Il n'existe pas de moyen pour faire correspondre votre code à vos réponses sur ce questionnaire.

1. Avez-vous 18 ans ou plus ? °

Oui

Non

° Réponse obligatoire

2. Vous considérez-vous comme une personne trans / transgenre ? °

Oui

Non

° Réponse obligatoire

3. Vivez-vous en France actuellement ? °

Oui

Non

° Réponse obligatoire

Seulement si réponse « Non » à une de ces 3 questions :

Vous avez indiqué que :

- Vous n'avez pas encore 18 ans ou
- Vous ne vous considérez pas comme une personne trans / transgenre ou
- Vous ne vivez pas en France actuellement.

Cette enquête s'adresse aux **personnes trans, majeures et vivant en France**, vous n'aurez donc pas accès à l'ensemble des questions.

Si vous avez des questions, souhaitez des informations supplémentaires sur ce projet, ou souhaitez être informé.e.x des résultats de l'enquête, nous vous invitons à nous en faire part à l'adresse email suivante :

[adresse email]

En vous remerciant de l'intérêt que vous avez porté à ce projet.

I - Avant de débiter les questions relatives à votre santé, nous souhaitons mieux vous connaître.

Avant d'aborder le sujet de votre santé, nous aimerions mieux vous connaître. Les questions qui suivent ont pour but de mieux comprendre qui vous êtes et comment vous vivez.

4. Parmi les identités suivantes, quelle est ou quelles sont celle(s) qui vous correspondent le mieux?

Vous pouvez choisir plusieurs propositions.

- Personne trans
- Homme trans
- Femme trans
- Personne non-binaire
- Personne intersexe
- Je ne souhaite pas répondre
- Je définis mon genre d'une autre façon : _____ (précisez SVP)

5. Quel est le genre qui vous avait été assigné à la naissance ?

- Féminin
- Masculin
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre : _____ (précisez SVP)

6. Quel âge avez-vous ?

- ___ ans
- Je ne souhaite pas répondre

7. Avez-vous la nationalité française ?

- Oui

Non

Je ne souhaite pas répondre

→ Si vous avez répondu « Oui », rendez-vous à la question 9. Sinon, poursuivez.

Vous n'avez pas la nationalité française.

8. Quelle est votre nationalité ?

_____ (précisez SVP)

Je ne souhaite pas répondre

Les questions qui suivent sont à propos de votre niveau d'étude et vos sources de revenus.

9. Quel est le dernier diplôme que vous avez obtenu ?

Brevet des collèges (3ème)

CAP ou BEP (lycée)

Baccalauréat (lycée)

Licence (premier cycle universitaire), IUT, BTS, classes prépa ou équivalent

Master (deuxième cycle universitaire) ou équivalent

Doctorat (troisième cycle universitaire), Diplôme des Grandes Écoles

Autre : _____ (précisez SVP)

Je ne souhaite pas répondre

10. Quelle est la catégorie d'emploi que vous occupez ?

Les professions ou situations suivantes constituent-elles votre source principale de revenus ?

Plusieurs réponses possibles.

Exploitant.e.x agricole

Artisan.e.x

Commerçant.e.x et chef.fe.x d'entreprise

Cadre et professions intellectuelles supérieures

Professions intermédiaires

Employé.e.x

Ouvrier.ère.x

- Etudiant.e.x
- Sans emploi
- Travail non déclaré
- Travailleur.se.x du sexe
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre : _____ (précisez SVP)

Concernant votre lieu de vie.

11. Vous vivez actuellement en France. Dans quel département vivez-vous ?

- _____ (précisez SVP)
- Je ne souhaite pas répondre

12. Vous vivez en milieu :

- Urbain / En ville
- Rural / A la campagne
- Semi-rural / Entre les deux
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre : _____ (précisez SVP)

13. A propos de votre logement :

Avez-vous déménagé / changé d'hébergement au cours des 12 derniers mois ?

- Oui
- Non
- Je ne souhaite pas répondre

Si vous avez répondu « Non » ou « Je ne souhaite pas répondre », rendez-vous à la question 15.

→ Dans le cas contraire, poursuivez.

Vous avez déménagé ou changé d'hébergement au cours des 12 derniers mois.

14. Combien de fois avez-vous déménagé ou changé d'hébergement pendant cette période?

- 1 fois

- 2 fois
- 3 ou 4 fois
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre : _____ (précisez SVP)

15. Au cours des 12 derniers mois : quel(s) était(ent) votre(vos) lieu(x) de vie?

Cochez la ou les cases qui correspondent.

- Un logement dont je suis le.la propriétaire
- Un logement dont je paie seul.e.x le loyer
- Un logement dont je partage le loyer avec mon.ma partenaire
- Un logement dont je partage le loyer avec une ou plusieurs personnes
- Avec la famille dans laquelle j'ai grandi
- Avec mon.ma partenaire qui paie le loyer
- Hébergé.e.x par un.e ami.e.x ou un.e membre de ma famille pour une durée temporaire
- Dans un logement social
- En institution (par exemple à l'hôpital, en prison, en centre de santé, etc.)
- Sans domicile fixe
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre : _____ (précisez SVP)

16. Actuellement, à propos du lieu dans lequel vous vivez : comment le décririez-vous?

Cochez les réponses qui correspondent.

- Je m'y sens bien
- Il correspond à mes besoins
- Je m'y sens en sécurité
- Aucun des trois
- Autre : _____ (précisez SVP)
- Je ne souhaite pas répondre

A propos de vos dépenses et de vos revenus :

17. Vous arrive-t-il d'éprouver de réelles difficultés financières pour faire face à vos besoins (loyer, alimentation, facture EDF...) ?

- Oui
- Non
- Je ne souhaite pas répondre



Si vous avez répondu « Non » ou « Je ne souhaite pas répondre », rendez-vous à la question 19. Dans le cas contraire, poursuivez.

Il vous arrive d'éprouver de réelles difficultés financières pour faire face à vos besoins (loyer, alimentation, facture EDF...).

18. A quelle fréquence cela vous arrive-t-il ?

- Tout le temps
- Souvent
- Occasionnellement
- Je ne souhaite pas répondre

A propos de votre entourage :

19. En cas de coup dur, y a-t-il une ou des personnes sur qui vous pouvez compter pour vous héberger quelques jours, vous apporter une aide matérielle (argent, aide alimentaire, vêtements, etc.) ou vous apporter un soutien moral ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas
- Je ne souhaite pas répondre



Si vous avez répondu « Non », « Je ne sais pas » ou « Je ne souhaite pas répondre », rendez-vous à la question 21. Si vous avez répondu « Oui », poursuivez.

Vous avez dans votre entourage une ou des personnes sur qui vous pouvez compter en cas de difficultés.

24. De quelle(s) personne(s) s'agit-il ?

Cochez la ou les cases qui correspondent.

- Un.e ou des membre(s) de votre famille
- Un.e ou des ami.e.x(s)
- Un.e ou des partenaire(s) ou ex-partenaire(s)
- Un.e ou des personne(s) de la communauté LGBTQIA+
- Un.e ou des membre(s) d'une association
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre : _____ (précisez SVP)

21. Actuellement :

- Vous n'avez pas de conjoint.e.x ni de relation amoureuse
- Vous êtes en couple et vous vivez avec votre conjoint.e.x
- Vous êtes en couple mais ne vivez pas avec votre conjoint.e.x
- Vous avez une relation amoureuse sans vous sentir en couple
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre : _____ (précisez SVP)

22. Avez-vous / Avez-vous eu un ou des enfants ?

- Oui
- Non
- Je ne souhaite pas répondre

23. Aimeriez-vous avoir un (autre) ou des enfants?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas
- Je ne souhaite pas répondre

Quelques questions sur vos moyens d'accès aux soins :

24. Actuellement, avez-vous une assurance maladie ?

Cochez la ou les cases qui correspondent.

- Sécurité sociale
- Sécurité sociale CMU/PUMA (Couverture Maladie Universelle/Protection Universelle Maladie)

- Aide Médicale d'Etat
- Aucune de ces propositions
- Je ne souhaite pas répondre

→ Si vous n'avez pas d'assurance maladie, rendez-vous à la question 27. Dans le cas contraire, poursuivez.

Vous avez une sécurité sociale ou l'Aide Médicale d'Etat.

25. Votre carte vitale ou AME est-elle en accord avec votre prénom d'usage et votre genre ?

- Oui
- Non
- Je ne souhaite pas répondre

26. Avez-vous une assurance maladie complémentaire ?

- Oui, par une mutuelle ou une assurance privée
- Oui, par la CMUc/ PUMA (Couverture Maladie Universelle/Protection Universelle Maladie)
- Non
- Je ne souhaite pas répondre

27. Avez-vous un.e médecin traitant.e ?

- Oui
- Non
- Je ne souhaite pas répondre

→ Si vous n'avez pas de médecin traitant.e, rendez-vous à la question 30. Si vous avez un.e médecin traitant.e, poursuivez.

Vous avez un.e médecin traitant.e.

28. Est-ce qu'il.elle sait que vous êtes une personne trans ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas
- Je ne souhaite pas répondre

→ Si vous avez répondu autre chose que « Oui », rendez-vous à la question 30. Si vous avez

répondu « Oui », poursuivez.

Vous avez un.e médecin traitant.e et il.elle sait que vous êtes une personne trans.

29. Est-ce qu'il.elle l'accepte ?

- Oui
- Je pense que oui
- Je ne sais pas
- Je pense que non
- Non
- Je ne souhaite pas répondre

30. Avez-vous une affection longue durée (ALD) ?

- Oui
- Non
- Je ne souhaite pas répondre

→ Si vous n'avez pas d'ALD (Affection Longue Durée), rendez-vous à la flèche 33. Si vous avez une ALD, poursuivez.

Vous avez au moins une ALD (Affection Longue Durée).

31. Avez-vous une ALD liée à votre transidentité ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas
- Je ne souhaite pas répondre

→ Si vous avez répondu autre chose que « Oui », rendez-vous à la flèche 33. Si votre ALD est liée à votre transidentité, poursuivez.

Vous avez une ALD liée à votre transidentité.

32. Quel.le médecin a fait la demande à la sécurité sociale ?

Plusieurs réponses possibles.

- Un.e médecin généraliste
- Mon.ma médecin traitant.e
- Un.e endocrinologue

- Un.e psychiatre
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre : _____ (précisez SVP)

→ **33. / ! \ Merci de lire avant d'aller plus loin / ! **

Dans les questions suivantes, 34 à 41, nous allons aborder le sujet des discriminations vécues : nous allons vous poser des questions concernant votre expérience personnelle de la transphobie* et d'autres discriminations.**

Nous posons ces questions dans le but de donner de la visibilité à ces violences vécues afin de les dénoncer.

Rappel des définitions :

***Transphobie :** Ensemble des préjugés et discriminations** auxquelles sont confrontées les personnes trans. Il peut s'agir de manifestations de mépris, de haine, d'exclusion ou d'invisibilisation à leur égard.

****Discrimination :**

Lorsqu'elle est fondée sur l'identité de genre, la discrimination a pour effet **de refuser à quelqu'un.e un bien, un service ou un droit, sur la base de son identité de genre.**

Par exemple : à situations égales, refuser un bien (un logement) / un service (accès à une boîte de nuit) / un droit (changement de prénom) à une personne transgenre alors qu'on l'aurait accepté pour une personne cisgenre.

→ **Si vous préférez éviter d'aborder ce sujet, nous le comprenons tout à fait et vous proposons de vous rendre directement à la section suivante, page 16.**

→ **Si vous décidez d'accéder à ce sujet, vous pouvez continuer.**

34. Au cours de votre vie, de manière générale, avez-vous subi des violences (verbales, physiques, autres.) basées sur :

Si oui, cochez la ou les cases qui correspondent.

- Votre âge
- Votre orientation sexuelle
- Votre transidentité
- Votre apparence physique (poids, taille, vêtements portés par exemple)
- Votre état de santé psychologique
- Votre situation économique / votre lieu de résidence
- Votre accent / votre maîtrise du français
- Votre couleur de peau

- Aucune de ces propositions
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre : _____ (précisez SVP)

35. Concernant d'éventuels vécus de transphobie.

Avez-vous déjà été confronté.e.x aux situations suivantes en raison de votre transidentité ou de votre expression de genre?

Si oui, cochez la ou les cases qui correspondent à votre vécu.

- Harcèlement silencieux (regards hostiles, chuchotements)
- Harcèlement verbal
- Intimidation physique ou menaces de violences physiques
- Violences physiques
- Agression sexuelle
- Aucune de ces situations
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre : _____ (précisez SVP)

36. Avez-vous déjà subi de la transphobie dans les lieux suivants ?

Si oui, cochez les cases qui correspondent.

- Domicile
- Lieu de travail
- Ecoles, lieux de formation
- Voyages internationaux / passage de frontière / police
- Médecins/cliniques/urgences de l'hôpital
- Lieux publics / transports en commun / centre commerciaux
- Toilettes publiques / vestiaires sportifs / cabines d'essayage
- Evènements culturels / lieux festifs / restaurants, bars
- Lieux ou événements LGBTQIA+
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre : _____ (précisez SVP)

37. Avez-vous déjà évité les lieux, situations ou personnes suivantes en raison de votre identité de genre ?

Si oui, cochez les cases qui correspondent.

- Domicile
- Lieu de travail
- Ecoles, lieux de formation
- Voyages internationaux / passage de frontière / police
- Médecins/cliniques/urgences de l'hôpital
- Lieux publics / transports en commun / centre commerciaux
- Toilettes publiques / vestiaires sportifs / cabines d'essayage
- Evènements culturels / lieux festifs / restaurants, bars
- Lieux ou événements LGBTQIA+
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre : _____ (précisez SVP)

→ Si vous avez coché « oui » à « dans un établissement de santé », poursuivez. Sinon, rendez-vous à la section suivante, page 16.

Vous avez déjà subi de la transphobie au sein de lieux de soins.

38. Avez-vous alors subi de la transphobie de la part de :

- Personnel médical : médecin, dentiste, sage-femme, etc.
- Personnel paramédical : infirmier.ère, kinésithérapeute, psychologue, etc.
- Aucun de ces professionnel.le.s de santé
- Je ne souhaite pas répondre

→ Si vous avez coché « Personnel médical » poursuivez, si vous avez coché autre chose, passez à la flèche suivante.

39. Pouvez-vous identifier auprès de quelles **professions médicales** vous avez subi de la transphobie ?

- Médecin généraliste
- Endocrinologue
- Psychiatre

- Chirurgien·ne
- Gynécologue
- Radiologue
- Autre médecin spécialiste
- Sage-femme
- Dentiste
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre : _____ (précisez SVP)

→ Si vous avez coché « Personnel paramédical » poursuivez, si vous avez coché autre chose, passez à la flèche suivante, page 16.

40. Pouvez-vous identifier auprès de quelles **professions paramédicales** vous avez subi de la transphobie ?

- Infirmier·ère
- Pharmacien·ne
- Psychologue
- Kinésithérapeute
- Orthophoniste
- Secrétariat / Accueil
- Autre médecin spécialiste
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre : _____ (précisez SVP)

41. Quelles conséquences ont eu ces discriminations vécues sur votre suivi médical ?

Cochez la ou les cases qui correspondent.

- Peur de consulter des professionnel.le.s de santé
- Retard de soins malgré un besoin ressenti

- Changement de professionnel.le de santé
- Absence de soins malgré un besoin ressenti
- Aucune conséquence
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre : _____ (précisez SVP)

II - Concernant votre santé générale :

Nous allons maintenant aborder le sujet de votre santé. Comme plus haut, s'il y a des questions auxquelles vous ne souhaitez pas répondre, il vous sera possible de cocher la case "Je ne souhaite pas répondre".

Nous vous rappelons que toutes les données recueillies sont anonymes.

1. Comment évaluez-vous votre état de santé physique ?

Cochez la case qui correspond le mieux.

- Bon ou très bon
- Moyen
- Mauvais ou très mauvais
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre : _____ (précisez SVP)

2. Vous mesurez environ :

- _____ cm
- Je ne souhaite pas répondre

3. Connaissez-vous votre poids à peu près ?

- Oui, ____ kg
- Non
- Je ne souhaite pas répondre

4. Pratiquez-vous une activité sportive régulière (au moins une fois par semaine) ?

Cochez la ou les cases qui correspondent.

- Non
- Oui, je me déplace à pieds

- Oui, je me déplace à vélo/skate/trottinette (non électrique)
- Je ne souhaite pas répondre
- Oui, je pratique régulièrement un ou plusieurs sports : _____ (précisez SVP)

5. Avez-vous présenté les problèmes de santé suivants au cours des 12 derniers mois ?

Si oui, cochez la ou les cases qui correspondent.

- Problèmes respiratoires : par ex. toux, crise d'asthme, bronchite, essoufflement
- Problème de la sphère oto-rhino-laryngologique (ORL) : par ex. otite, angine, sinusite, rhume
- Problème du système digestif : par ex. diarrhée, constipation, brûlures d'estomac, douleurs abdominales, nausées/vomissements
- Problème de la sphère uro-génitale : par ex. infection urinaire, mycose (champignon) sur les organes génitaux
- Problème ostéo-articulaire : par ex. entorse, tendinite, fracture
- Douleurs chroniques / récurrentes / qui durent dans le temps
- Hypertension artérielle / tension élevée
- Diabète « sucré » / diabète de type 2
- Problème de cholestérol /dyslipidémie
- Problème de rein sur la prise de sang / perturbation du bilan rénal
- Problème de thyroïde
- Manque de globules rouges / anémie
- Cancer
- Aucun de ces problèmes de santé
- Je ne souhaite pas répondre

→ Si vous avez coché « Aucun de ces problèmes de santé » ou « Je ne souhaite pas répondre », rendez-vous à la question 9. Dans le cas contraire, poursuivez.

Vous avez rencontré un ou plusieurs problèmes de santé parmi ceux cités plus haut.

6. Pouvez-vous cocher les problèmes de santé pour lesquels vous avez consulté un.e professionnel.le de santé au cours des 12 derniers mois ?

- Problèmes respiratoires : par ex. toux, crise d'asthme, bronchite, essoufflement
- Problème de la sphère oto-rhino-laryngologique (ORL) : par ex. otite, angine, sinusite, rhume

- Problème du système digestif : par ex. diarrhée, constipation, brûlures d'estomac, douleurs abdominales, nausées/vomissements
- Problème de la sphère uro-génitale : par ex. infection urinaire, mycose (champignon) sur les organes génitaux
- Problème ostéo-articulaire : par ex. entorse, tendinite, fracture.
- Douleurs chroniques / récurrentes / qui durent dans le temps
- Hypertension artérielle / tension élevée
- Diabète « sucré » / diabète de type 2
- Problème de cholestérol /dyslipidémie
- Problème de rein sur la prise de sang / perturbation du bilan rénal
- Problème de thyroïde
- Manque de globules rouges / anémie
- Cancer
- Aucun de ces problèmes de santé
- Je ne souhaite pas répondre

→ Si vous avez répondu « Je ne souhaite pas répondre » rendez-vous à la question 9. Dans le cas contraire, poursuivez.

→ Si vous avez rencontré un médecin pour chaque problème de santé rencontré, rendez-vous à la question 8. Dans le cas contraire, poursuivez.

→ Si vous n'avez pas toujours consulté pour les problèmes de santé rencontrés, poursuivez, question 7.

Vous n'avez pas toujours consulté un.e professionnel.le de santé pour les problèmes de santé cités plus haut.

7. Pour quelle(s) raison(s) ?

Cochez la ou les cases qui correspondent. Vous pouvez cocher plusieurs réponses.

- Ce(s) problème(s) de santé ne justifiait(ent) pas une consultation médicale
- J'ai réglé ce(s) problème(s) en discutant avec des personnes de mon entourage (ami.e.s, associations, personnes de la communauté trans ou LGBTQIA+)
- J'avais peur d'être discriminé.e.x en tant que personne trans

- J'ai eu de mauvaises expériences avec les professionnel.le.s de santé par le passé
- Je n'avais pas les moyens financiers d'aller consulter un.e professionnel.le de santé
- On m'a refusé une consultation en raison de ma transidentité
- Je n'avais pas la possibilité de me déplacer jusqu'au lieu de rendez-vous
- Autre(s) raison(s) : _____ (précisez SVP)
- Je ne souhaite pas répondre

Vous avez consulté un.e ou plusieurs professionnel.le(s) de santé pour au moins un des problèmes cités plus haut.

8. Vous avez consulté :

Cochez la ou les cases qui correspondent.

- Un.e médecin généraliste
- Un.e médecin spécialiste
- Un.e psychologue
- Un.e infirmier.ère
- Un.e professionnel.le pratiquant une médecine alternative/traditionnelle/non allopathique : médecine chinoise, ostéopathie, naturopathie, acupuncture
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre(s) professionnel.le(s) de santé : _____ (précisez SVP)

9. Combien de fois environ avez-vous consulté un.e médecin généraliste au cours des 12 derniers mois ?

- Pas de consultation
- 1 à 3 consultations
- 4 à 6 consultations
- 7 à 10 consultations
- Plus de 10 consultations
- Plus de 20 consultations
- Je ne souhaite pas répondre

Parlons maintenant de vos vaccins.

10. Concernant les vaccinations obligatoires :

- Je suis à jour
- Je ne sais pas si je suis à jour
- Je sais que je ne suis pas à jour
- Je ne souhaite pas répondre

11. Êtes-vous vacciné.e.x contre les maladies suivantes ?

Cochez la ou les cases qui correspondent.

- COVID 19
- Hépatite A
- Hépatite B
- Papillomavirus / HPV / vaccin Gardasil
- Non, aucune des 3
- Je ne sais pas
- Je ne souhaite pas répondre

12. Votre dernier vaccin remonte à : (sans compter celui de la COVID 19 si vous l'avez fait)

- Moins d'un an
- Entre 1 et 5 ans
- Plus de 5 ans
- Plus de 10 ans
- Plus de 20 ans
- Je ne sais pas
- Je n'ai jamais été vacciné.e.x
- Je ne souhaite pas répondre

A propos de votre vue :

13. Avez-vous un problème de vue ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas
- Je ne souhaite pas répondre

→ Si vous avez répondu « Non » « Je ne sais pas » ou « Je ne souhaite pas répondre », passez à la

question 16. Dans le cas contraire, poursuivez.

Vous avez un problème de vue.

14. Portez-vous des lunettes ou lentilles de contact ?

- Oui
- Non
- Je ne souhaite pas répondre.

→ Si vous avez répondu « Non » ou « Je ne souhaite pas répondre », rendez-vous à la question 16.
Dans le cas contraire, poursuivez.

15. Si vous portez des lunettes, quand les avez-vous changées pour la dernière fois ?

- Je ne porte pas de lunettes
- Il y a moins de 2 ans
- Il y a plus de 2 ans
- Jamais
- Je ne sais pas
- Je ne souhaite pas répondre

16. Quand avez-vous consulté un.e ophtalmologiste pour la dernière fois ?

- Il y a moins de 2 ans
- Entre 2 et 3 ans
- Il y a plus de 3 ans
- Jamais
- Je ne souhaite pas répondre

A propos de votre santé dentaire :

17. Avez-vous consulté un.e dentiste au cours des 12 derniers mois ?

- Oui
- Non
- Je ne souhaite pas répondre

18. Avez-vous déjà refusé un soin dentaire en raison d'un coût trop élevé ?

- Oui
- Non

- Je ne souhaite pas répondre

19. Maintenant, quelques questions concernant la COVID 19.

Cochez les cases qui vous correspondent :

- J'ai déjà été testé.e positif.ve.x à la COVID 19
- Je n'ai jamais été testé.e positif.ve.x à la COVID 19
- Je ne souhaite pas répondre

➔ Si vous n'avez jamais été testé.e.x positif.ve à la COVID 19, rendez-vous à la question 21. Si vous avez été testé.e.x positif.ve, poursuivez.

Vous avez été testé.e positif.ve à la COVID 19.

20. Dans quel contexte avez-vous contracté la COVID 19 ?

- Dans le cadre du travail
- En famille
- Par mon.ma (mes) partenaire(s)
- Réunion entre ami.e-x-s
- Réunion au sein d'une association
- En faisant les courses
- Dans les transports en commun
- Événement culturel ou festif
- Événement culturel ou festif organisé par des membres de la communauté LGBTQIA+
- Je ne sais pas
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre : _____(précisez SVP)

21. Dans quel(s) lieu(x) avez-vous été confiné.e.x pendant les confinements de l'année 2020 ?

Cochez la ou les réponses qui correspondent.

- Dans mon lieu de vie habituel
- Dans un autre lieu que j'avais choisi
- Chez mon.ma (mes) partenaire(s)

- Chez un.e ami.e ou un.e membre de ma famille pour une durée temporaire
- En institution (par exemple à l'hôpital, en prison, en centre de santé, etc.)
- En foyer d'hébergement
- Je n'ai pas été confiné.e
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre : _____ (précisez SVP)

22. Vous sentiez-vous en sécurité dans le ou les lieux où vous avez été confiné.e.x ?

- Oui
- Non
- Je n'ai pas été confiné.e.x
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre : _____ (précisez SVP)

23. Aviez-vous à disposition ou étiez-vous en mesure de vous procurer pendant les confinements de l'année 2020 :

Cochez la ou les cases qui correspondent.

- Des masques propres
- Du gel hydro-alcoolique
- Un accès à des sanitaires avec eau et savon
- Aucun de ces 3 éléments
- Je ne souhaite pas répondre

Concernant les dépistages de cancers.

24. A combien d'années remontent vos derniers dépistages des cancers suivants ?

Si vous n'en avez jamais fait ou si vous n'êtes pas concerné.e.x merci de laisser les cases vides.

- Cancer du col de l'utérus - frottis cervico-vaginal : ans
- Cancer colo-rectal : ans
- Cancer de la prostate - dosage sanguin du taux de PSA : ans
- Cancer du sein - mammographie ou un autre examen de dépistage : ans
- Je ne souhaite pas répondre

25. Actuellement, prenez-vous un ou des médicaments de manière régulière ?

- Oui
- Non
- Je ne souhaite pas répondre

→ Si vous avez répondu « Non » ou « Je ne souhaite pas répondre », rendez-vous à la section suivante, page 25. Si vous avez répondu « Oui », poursuivez.

Vous prenez un ou des médicaments de manière régulière :

26. Pouvez-vous en faire la liste ? Si oui, notez simplement le nom de ce(s) médicament(s). Nous vous rappelons qu'il s'agit de données anonymes.

- _____

- _____

- _____

- _____

- _____

- _____

- Je ne souhaite pas faire la liste

III - Nous allons maintenant aborder le sujet de votre santé relative à la sexualité.

1. Avez-vous déjà eu les problèmes de santé suivants ?

Cochez la ou les cases qui correspondent.

- Troubles de la libido
- Sécheresse vaginale
- Hyperlubrification vaginale
- Vaginisme
- Trouble de l'érection non souhaité
- Trouble de l'éjaculation non souhaité
- Douleurs génitales pendant les rapports sexuels

- Douleurs abdominales ou pelviennes pendant les rapports sexuels
- Aucun d'entre eux
- Je ne souhaite pas répondre

→ Si vous avez coché la case « Aucun d'entre eux » ou « Je ne souhaite pas répondre », rendez-vous à la question 3. Dans le cas contraire, poursuivez.

Vous avez rencontré au moins un des problèmes cités.

2. Avez-vous consulté un.e professionnel.le de santé pour cela ?

- Oui
- Non
- Je ne me rappelle pas
- Je ne souhaite pas répondre

3. A quand remonte votre dernier dépistage des infections sexuellement transmissibles ?

- Moins de 6 mois
- Moins d'1 an
- Plus d'1 an
- Plus de 3 ans
- Je n'en ai jamais fait
- Je ne souhaite pas répondre

4. Concernant les infections sexuellement transmissibles.

Avez-vous déjà été diagnostiqué.e.x positif.ve.x aux maladies suivantes ?

Si oui, cochez la ou les réponses qui correspondent.

- Infection par le VIH
- Hépatite B
- Hépatite C
- Syphilis
- Chlamydia trachomatis
- Gonorrhée
- Herpès génital

- Papillomavirus
- Aucune d'entre elles
- Je ne sais pas
- Je ne souhaite pas répondre

→ Si vous n'avez pas coché « Infection par le VIH », rendez-vous à la question 9. Dans le cas contraire, poursuivez.

Vous avez été diagnostiqué.e.x positif.ve.x au VIH.

5. A quel âge avez-vous été diagnostiqué.e.x positif.ve.x au VIH?

- ___ ans
- Je ne souhaite pas répondre

→ / ! \ Avant de continuer, merci de lire ceci / ! \

La question suivante, question 7, aborde le sujet du viol. Si vous le souhaitez, vous pouvez passer cette question et arriver directement sur la question 8.

7. Parmi les options suivantes, la ou lesquelles décrivent le moyen le plus probable par lequel vous avez contracté le VIH?

- Relation sexuelle non protégée
- Accident de préservatif ou d'autre barrière utilisée
- Partage d'aiguilles, seringues ou autre matériel servant à la consommation de drogue
- Partage d'aiguilles ou seringues servant à l'injection d'hormones ou de silicone
- Transfusion sanguine
- Agression sexuelle ou viol
- Accident d'exposition au sang en tant que professionnel.le.x de santé
- Tatouage ou piercing
- Je suis né.e.x avec le VIH
- Je ne sais pas
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre : _____ (précisez SVP)

8. Avez-vous aujourd'hui accès à un traitement pour le VIH?

Cochez la ou les réponses qui correspondent.

- Oui, je prends des antirétroviraux (ARV)
- Oui, je prends un traitement alternatif
- Non
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre : _____ (précisez SVP)

9. Êtes-vous actuellement ou avez-vous été sexuellement actif.ve.x ?

- Oui
- Non
- Je ne souhaite pas répondre.

➔ Si vous avez répondu « Non », rendez-vous à la question 16. Dans le cas contraire, poursuivez.

Concernant la réduction de risque vis-à-vis des infections sexuellement transmissibles.

10. Quels produits ou pratiques utilisez-vous habituellement pour diminuer le risque de transmission avec votre ou vos partenaire(s) sexuel.le.x(s)?

Cochez la ou les cases qui correspondent.

- Préservatif externe / capote
- Préservatif interne
- Digue dentaire
- Gants en latex
- Doigtier
- Pratique sexuelle alternative (par exemple masturbation mutuelle, sexe non pénétratif etc.)
- Absence de relations sexuelles
- Prise de la PrEP (Prophylaxie Pré-Exposition au VIH)
- Prise du Traitement d'urgence Post-Exposition au VIH (PEP)
- Traitement du VIH (Treatment as Prevention - TASP)
- Aucune de ces solutions-là
- Je ne souhaite pas répondre

11. Si vous utilisez des méthodes de réduction des risques nécessitant du matériel :

Comment vous le procurez-vous ?

- En pharmacie / en magasins
- Sur internet
- Par une ou des associations
- Par le CeGIDD
- Par mon.ma (mes) partenaire(s)
- Mes méthodes de réduction des risques ne nécessitent pas de matériel
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre : _____ (précisez SVP)

12. Concernant la PrEP (Prophylaxie Pré-Exposition) pour la prévention du VIH.

Savez-vous de quoi il s'agit?

- Oui
- Non, mais j'en ai entendu parler
- Non, pas du tout
- Je ne souhaite pas répondre



Si vous ne savez pas de quoi il s'agit, rendez-vous à la question 14.

Si vous savez ce qu'est la PrEP, poursuivez.

Vous connaissez déjà la PrEP.

13. Utilisez-vous la PrEP?

- Oui, je l'utilise de manière continue
- Oui, je l'utilise à la demande
- Non, je ne suis pas intéressé.e.x
- Non, mais je pourrais m'y intéresser
- Je ne souhaite pas répondre

14. Utilisez-vous un moyen de contraception autre que le préservatif ?

Cochez la ou les cases qui vous correspondent.

- Oui

- Non, j'utilise seulement le préservatif
- Non, je n'ai pas besoin de contraception
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre : _____ (précisez SVP)

Vous utilisez d'autres méthodes de contraception que le préservatif.

15. Parmi les propositions suivantes, lesquelles correspondent à vos méthodes de contraception ?

- Je prends des hormones dans un but de contraception : pilule, patch, anneau vaginal, implant, stérilet hormonal, hormones injectables
- J'ai un stérilet au cuivre
- J'utilise une méthode dite naturelle : surveillance des températures, méthode Ogino, etc.
- J'utilise une des méthodes suivantes : spermicides, cape cervicale, autre
- J'utilise la contraception hormonale d'urgence / pilule du lendemain
- J'ai déjà eu recours à l'IVG dans ce but
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre : _____ (précisez SVP)

16. Avez-vous un suivi gynécologique ? Plusieurs réponses possibles.

- Oui
- Non, je ne suis pas concerné.e.x
- Non, je suis concerné.e.x mais je n'ai pas de suivi gynécologique
- Autre : _____ (précisez SVP)
- Je ne souhaite pas répondre

Vous avez un suivi gynécologique.

17. Avec quel.le(s) professionnel.le(s) de santé est-il réalisé ?

- Un.e gynécologue
- Un.e médecin généraliste
- Un.e sage-femme
- Un.e endocrinologue

Je ne souhaite pas répondre

Autre : _____ (précisez SVP)

18. Dans les 12 derniers mois, vis-à-vis du risque de transmission des IST (infections sexuellement transmissibles), à quelle fréquence avez-vous eu les comportements suivants ?

	Jamais	1 fois	2 - 6 fois	7 - 11 fois	Plus de 12 fois	Je ne souhaite pas répondre
Partage d'aiguilles (injection d'hormones, drogues, silicone, autres)						
Relation sexuelle non protégée avec partenaire à risque						
Relation sexuelle sous drogues ou alcool						
Chemsex*						
Slam**						

* Le chemsex peut être défini comme l'utilisation de produits psychoactifs pendant et pour les relations sexuelles.

** Le slam peut être défini comme l'utilisation de produits psychoactifs injectables pendant et pour les relations sexuelles.

Définitions issues du site internet « www.sida-info-service.org ».

IV - Concernant vos consommations.

Nous allons maintenant aborder le sujet de vos consommations de toxiques et produits psychoactifs. Nous vous rappelons une fois de plus que vos réponses resteront totalement anonymes.

Commençons par l'alcool.

1. Récemment, avez-vous consommé de l'alcool ?

- Oui, tous les jours
- Oui, dans les 7 derniers jours
- Oui, dans les 30 derniers jours
- Oui, dans les 12 derniers mois
- Non
- Non, je ne consomme jamais d'alcool
- Je ne souhaite pas répondre

Image issue du site internet : <https://aide-alcool.be/testalcool/etape2>

→ Si vous avez coché autre chose que « Oui, tous les jours », rendez-vous à la question 3. Dans le cas contraire, poursuivez.

Vous consommez de l'alcool tous les jours.

2. Combien de verres d'alcool consommez-vous par jour ?

Vous pouvez vous aider de l'image ci-contre pour savoir à quoi correspond un « verre standard » en fonction de l'alcool consommé.

- 1 à 2 verres standard par jour
- 2 à 5 verres standard par jour
- 5 à 10 verres standard par jour
- Plus de 10 verres standard par jour
- Je ne souhaite pas répondre

3. Parlons maintenant du tabac.

Fumez-vous des cigarettes, ne serait-ce que de temps en temps ?

Cochez la ou les cases correspondantes.

- Oui, je fume tous les jours
- Oui, je fume occasionnellement
- Non mais j'ai été fumeur.se.x
- Non, je n'ai jamais été fumeur.se.x

Verres standard	
	verre de bière 25cl / 5% = 1 verre st.
	bière 33cl 5% = 1,5 verres st.
	demi litre de bière 5% = 2 verres st.
	bière spéciale 33cl 6% = 1.7 verres st. 8% = 2 verres st.
	verre de vin 10cl / 12% = 1 verre st.
	bouteille de vin 75cl 12% = 7,5 verres st.
	verre de sherry / porto 5cl / 15% = 1 verre st.
	verre de spiritueux 3,5cl / 35% = 1 verre st.
	bouteille de spiritueux 1l / 35% = 28,5 verres st.
	bouteille de mélange (Breezer et similaire) 5,6 % = 1,25 verres st.

Non, je vapote seulement

Je ne souhaite pas répondre

→ Si vous avez répondu « Oui, je fume occasionnellement », rendez-vous à la question 5.

→ Si vous avez répondu « Non mais j'ai été fumeur.se », rendez-vous à la question 6.

→ Si vous avez répondu « Non je n'ai jamais été fumeur.se » ou « Je ne souhaite pas répondre », rendez-vous à la question 8.

→ Si vous avez répondu « Oui, je fume tous les jours », poursuivez.

Vous fumez tous les jours.

4. Combien de cigarettes par jour environ consommez-vous actuellement ?

Moins de 5

Entre 5 et 10

Entre 10 et 15

Entre 15 et 20

Entre 20 et 25

Entre 25 et 30

Plus de 30

Je ne souhaite pas répondre

5. Depuis quel âge environ fumez-vous ?

____ ans

Je ne souhaite pas répondre

→ Passez maintenant à la question 8.

Vous avez répondu « Non mais j'ai été fumeur.se.x ».

6. Pendant quelle période de votre vie avez-vous fumé ?

Je ne souhaite pas répondre

De ____ à ____ ans.

7. Combien de cigarettes par jour à environ aviez-vous l'habitude de fumer ?

Moins de 5

Entre 5 et 10

- Entre 10 et 15
- Entre 15 et 20
- Entre 20 et 30
- Plus de 30
- Je ne souhaite pas répondre

8. Avez-vous consommé des drogues / des produits psychoactifs ?

- Oui, tous les jours
- Oui, dans les 7 derniers jours
- Oui, dans les 30 derniers jours
- Oui, dans les 12 derniers mois
- Non
- Non, je n'en consomme jamais
- Je ne souhaite pas répondre

→ Si vous avez coché « Non » ou « Je ne souhaite pas répondre », rendez-vous à la section suivante, page 36. Dans le cas contraire, poursuivez.

Vous avez consommé des drogues / des produits psychoactifs.

9. De quel(s) produit(s) s'agit-il ?

Cochez la ou les cases qui correspondent.

- Cannabis
- Poppers
- Protoxyde d'azote / « Proto »
- Cocaïne
- Drogues de synthèse (ecstasy / speed / amphétamines / GHB)
- Héroïne
- Autres opiacés
- Traitements de substitution aux opiacés
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre : _____ (précisez SVP)

10. Dans quel contexte avez-vous consommé des drogues / produits psychoactifs?

Cochez la ou les cases qui correspondent.

- Contexte festif
- Contexte sexuel (chemsex) *
- Seul.e.x
- Dans le cadre du travail
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre : _____ (précisez SVP)

* Le chemsex peut être défini comme l'utilisation de produits psychoactifs pendant et pour les relations sexuelles. Définition issue du site internet « www.sida-info-service.org ».

11. Sous quel mode avez-vous consommé ce ou ces différents produits ?

Cochez les cases qui correspondent.

- Fumé
- Sniffé
- Ingéré/avalé
- Inhalé/respiré
- Injecté
- Slam**
- Autre : _____ (précisez SVP)
- Je ne souhaite pas répondre

** Le slam peut être défini comme l'utilisation de produits psychoactifs injectables pendant et pour les relations sexuelles. Définition issue du site internet www.sida-info-service.org

V - Bien-être mental.

Nous allons maintenant aborder le sujet de votre bien-être mental.

1. Actuellement, comment vous sentez-vous dans votre vie en général ?

Cochez la réponse qui vous correspond le mieux.

- Très bien

- Bien
- Moyen
- Mal
- Très mal
- Je ne souhaite pas répondre

2. Avez-vous consulté un.e professionnel.le de santé dans le but d'avoir un soutien psychologique dans les 12 derniers mois?

- Oui
- Non
- Je ne souhaite pas répondre

→ Si vous avez répondu « Non », rendez-vous à la question 4.

→ Si vous avez répondu « Je ne souhaite pas répondre », rendez-vous à la question 6.

→ Si vous avez répondu « Oui », poursuivez.

Vous avez consulté un.e professionnel.le de santé pour un soutien psychologique.

3. Vous avez consulté :

Cochez la ou les cases qui correspondent.

- Un.e psychologue
- Un.e psychiatre
- Un.e médecin généraliste
- Un.e infirmier.ère
- Un.e professionnel.le pratiquant une médecine alternative/ traditionnelle/non allopathique : médecine chinoise, ostéopathie, naturopathie, acupuncture
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre(s) professionnel.le(s) de santé : _____(précisez SVP)

→ Passez maintenant à la question 6.

Vous n'avez pas consulté de professionnel.le de santé pour un soutien psychologique.

4. Pour quelle(s) raison(s) n'avez-vous pas consulté de professionnel.le de santé?

Cochez la ou les cases qui correspondent.

- Je n'en avais pas besoin

- J'en avais besoin mais je n'ai pas pu
- J'en avais besoin mais je n'en avais pas envie
- je ne souhaite pas répondre
- Autre : _____ (précisez SVP)

→ Si vous avez répondu « Je n'en avais pas besoin » ou « Je ne souhaite pas répondre », rendez-vous à la question 6. Dans le cas contraire, poursuivez.

Vous avez répondu « J'en avais besoin mais ».

5. Pour quelle(s) raison(s) n'avez-vous pas pu ou eu envie de consulter un.e professionnel.le de santé ?

Cochez la ou les réponses qui correspondent.

J'ai réglé ce(s) problème(s) en discutant avec des personnes de mon entourage (ami.e-x-s, associations, personnes de la communauté trans ou LGBTQIA+)

- J'avais peur d'être discriminé.e.x en tant que personne trans
- J'ai eu de mauvaises expériences avec les professionnel.le.s de santé par le passé
- Je n'avais pas les moyens financiers d'aller consulter un.e professionnel.le de santé
- On m'a refusé une consultation en raison de ma transidentité
- Je n'avais pas la possibilité de me déplacer jusqu'au lieu de rendez-vous
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre(s) raison(s) : _____ (précisez SVP)

6. Que faites-vous en général lorsque vous ressentez du stress?

Plusieurs réponses possibles.

- Je parle avec un.e ami.e.x / avec un.e professionnel.le
- Je fais du sport
- J'écris / je lis / je médite / je prie ou exerce d'autres activités spirituelles
- Je m'isole
- Je mange
- Je ne mange pas
- Je fume
- Je joue à des jeux vidéo / Je consomme de la drogue
- Je me mets en danger

Je ne souhaite pas répondre

Autre : _____ (précisez SVP)

7. Au cours de votre vie, avez-vous déjà présenté des difficultés liées au sommeil ?

Oui

Non

Je ne souhaite pas répondre

→ Si vous avez répondu « Non » ou « Je ne souhaite pas répondre », rendez-vous à la question 9. Si vous avez répondu « Oui », poursuivez.

Vous présentez ou avez déjà présenté des difficultés liées au sommeil.

8. Cochez la ou les cases qui correspondent à ces difficultés.

Difficultés d'endormissement

Réveils précoces

Réveils nocturnes

Cauchemars

Insomnie complète

Inversion du rythme veille/sommeil : je dors le jour et pas la nuit

Hypersomnie : je dors beaucoup et j'ai toujours sommeil

Je ne souhaite pas répondre

Autre : _____ (précisez SVP)

9. Au cours de votre vie, avez-vous eu les comportements suivants ?

Cochez la ou les cases qui correspondent.

Anorexie

Boulimie / hyperphagie / binge eating

Hyperactivité sportive dans le but de maigrir

Non, aucun d'entre eux

Je ne souhaite pas répondre

10. Au cours de votre vie, avez-vous déjà éprouvé les difficultés suivantes ?

Cochez la ou les cases qui correspondent.

- Trouble anxieux
- Syndrome dépressif
- Trouble bipolaire
- Syndrome de stress post-traumatique
- Non, aucune d'entre elles
- Je ne souhaite pas répondre

→ / ! \ Merci de lire avant de poursuivre / ! \

Dans les questions suivantes, 12 à 17, nous allons aborder le sujet des idées suicidaires et des violences auto-agressives.

Si vous préférez ne pas voir ces questions, nous vous invitons à passer à la section suivante directement, page 41.

12. Au cours de votre vie, vous êtes-vous déjà fait du mal physiquement de manière volontaire ?

Par exemple : scarifications, coups, prise de médicaments ou de toxiques dans le but de vous faire du mal, prise volontaire de risques pouvant mettre en danger votre vie.

- Oui
- Non
- Je ne souhaite pas répondre

→ Si vous avez répondu « Non » ou « Je ne souhaite pas répondre », rendez-vous à la question 14.
Si vous avez répondu « Oui », poursuivez.

Il vous est déjà arrivé de vous faire du mal physiquement de manière volontaire.

13. Cela vous est-il arrivé au cours des 12 derniers mois ?

- Oui
- Non
- Je ne souhaite pas répondre

14. Au cours de votre vie, avez-vous déjà eu des idées suicidaires ?

Oui

Non

Je ne souhaite pas répondre

→ Si vous avez répondu « Non » ou « Je ne souhaite pas répondre », rendez-vous à la section suivante page 41. Si vous avez répondu « Oui », poursuivez.

Au cours de votre vie, vous avez déjà eu des idées suicidaires.

15. Cela vous est-il arrivé dans les 12 derniers mois ?

Oui

Non

Je ne souhaite pas répondre

16. Au cours de votre vie, avez-vous déjà fait une tentative de suicide ?

Oui

Non

Je ne souhaite pas répondre

→ Si vous avez répondu « Non » ou « Je ne souhaite pas répondre », rendez-vous à la section suivante directement page 41.

Vous avez déjà fait au cours de votre vie une tentative de suicide.

17. Cela est-il arrivé au cours des 12 derniers mois ?

Oui

Non

Je ne souhaite pas répondre

VI – Votre santé liée à votre transition

Merci pour votre patience ! Il ne reste plus que la dernière partie du questionnaire, où nous allons nous intéresser spécifiquement à votre santé liée à votre transition.

1. Avez-vous réalisé les actions suivantes (non médicales) dans le cadre de votre transition ?

Choisissez les réponses qui correspondent le mieux à votre vécu. Si vous ne souhaitez pas répondre à certaines propositions, ne cochez pas de case.

- Expressions de genre occasionnelles (par exemple : ateliers drag, packing, vêtements, maquillage, port de binder, travestissement, etc.) :

Oui Non Pas encore, mais je l'envisage Non, et je ne l'envisage pas

- Expressions de genre à temps plein : (par exemple : packing, vêtements, maquillage, port de binder, travestissement, etc.) :

Oui Non Pas encore, mais je l'envisage Non, et je ne l'envisage pas

- Pratique sportive intense dans le but de sculpter mon corps :

Oui Non Pas encore, mais je l'envisage Non, et je ne l'envisage pas

- Consommation de protéines en poudre dans le but de sculpter mon corps :

Oui Non Pas encore, mais je l'envisage Non, et je ne l'envisage pas

- Électrolyse / laser :

Oui Non Pas encore, mais je l'envisage Non, et je ne l'envisage pas

- Orthophonie / thérapie vocale :

Oui Non Pas encore, mais je l'envisage Non, et je ne l'envisage pas

2. Avez-vous eu recours aux soins suivants dans le cadre de votre transition ?

Choisissez les réponses qui correspondent le mieux à votre vécu. Si vous ne souhaitez pas répondre à certaines propositions, ne cochez pas de case.

- Hormonothérapie :

Oui Non Pas encore, mais je l'envisage Non, et je ne l'envisage pas

- Opération(s) du torse / de la poitrine :

Oui Non Pas encore, mais je l'envisage Non, et je ne l'envisage pas

- Opération(s) du visage :

Oui Non Pas encore, mais je l'envisage Non, et je ne l'envisage pas

- Opération(s) des organes génitaux :

- Oui Non Pas encore, mais je l'envisage Non, et je ne l'envisage pas

- Autre(s) opération(s) :

- Oui Non Pas encore, mais je l'envisage Non, et je ne l'envisage pas

- Injection(s) de « remplisseurs cutanés » (silicone par exemple) :

- Oui Non Pas encore, mais je l'envisage Non, et je ne l'envisage pas

3. Quelles actions avez-vous réalisées dans le cadre de votre transition sociale et administrative ?

Choisissez les réponses qui correspondent le mieux à votre vécu. Si vous ne souhaitez pas répondre à certaines propositions, ne cochez pas de case.

- Changement de prénom / nom auprès de votre entourage :

- Oui Non Pas encore, mais je l'envisage Non, et je ne l'envisage pas

- Changement de genre auprès de votre entourage :

- Oui Non Pas encore, mais je l'envisage Non, et je ne l'envisage pas

- Changement de prénom dans vos documents administratifs :

- Oui Non Pas encore, mais je l'envisage Non, et je ne l'envisage pas

- Changement de genre dans vos documents administratifs :

- Oui Non Pas encore, mais je l'envisage Non, et je ne l'envisage pas

- Changement de prénom à l'état civil :

- Oui Non Pas encore, mais je l'envisage Non, et je ne l'envisage pas

- Changé « mention de sexe » à l'état civil :

- Oui Non Pas encore, mais je l'envisage Non, et je ne l'envisage pas

4. Avez-vous un suivi médical pour votre transition ?

Oui

Non

Pas encore, mais je l'envisage

Non, et je ne l'envisage pas

Je ne souhaite pas répondre

→ Si vous avez répondu « Oui » ou « Pas encore mais je l'envisage », poursuivez. Sinon, Rendez-vous à la question 7.

Vous avez ou envisagez d'avoir un suivi médical pour votre transition.

5. Hors chirurgie génitale, votre suivi est ou sera réalisé :

Plusieurs réponses possibles.

- En secteur public / milieu hospitalier
- En secteur privé / en cabinets libéraux
- Mixte
- Je ne sais pas encore
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre : _____ (précisez SVP)

6. Comment avez-vous choisi ce parcours médical ?

Cochez la ou les réponses qui vous correspondent.

- Conseillé par mes proches
- Conseillé par des membres de la communauté trans ou LGBTQIA+
- Conseillé par une association trans ou LGBTQIA+
- Conseillé par un.e médecin généraliste
- Conseillé par un.e médecin spécialiste
- Par proximité géographique
- Pour des raisons financières
- Par hasard
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre : _____ (précisez SVP)

7. Avez-vous eu recours à un.e ou plusieurs professionnel.le(s) de la santé mentale dans le cadre de votre transition ?

- Non
- Oui, un.e ou des psychiatres
- Oui, un.e ou des psychologues
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre : _____ (précisez SVP)

→ Si vous avez répondu « Non », rendez-vous à la flèche 8. Si vous avez répondu « Oui », poursuivez.

8. Vous avez eu recours à un.e ou plusieurs professionnel.le(s) de santé mentale dans le cadre de votre transition.

Pour quelle(s) raison(s) ?

Cochez la ou les cases qui correspondent.

- J'ai consulté un.e (des) psychologue(s) pour avoir une attestation
- J'ai consulté un.e (des) psychiatre(s) pour avoir une attestation
- J'ai consulté un.e (des) psychologue(s) parce que j'avais besoin d'un accompagnement psychologique
- J'ai consulté un.e (des) psychiatre(s) parce que j'avais besoin d'un accompagnement psychiatrique
- J'ai consulté un.e (des) psychologue(s) parce que cela faisait partie du protocole de soins
- J'ai consulté un.e (des) psychiatre(s) parce que cela faisait partie du protocole de soins
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre : _____ (précisez SVP)

→ Si vous n'avez pas réalisé de traitement hormonal dans le cadre de votre transition, rendez-vous à la flèche A.

→ Si vous avez réalisé un traitement hormonal dans le cadre de votre transition, poursuivez.

Vous avez réalisé un traitement hormonal dans le cadre de votre transition :

9. A propos de votre consommation d'hormones :

Cochez la case qui correspond.

- J'en prends actuellement
- J'en ai pris mais je n'en prends plus
- J'en ai pris une ou quelques fois pour essayer
- Je ne souhaite pas répondre

Si vous avez coché la case « J'en ai pris mais je n'en prends plus », poursuivez.

→ Si vous avez coché la case « J'en prends actuellement », passez à la question 12.

Si vous avez coché autre chose, passez à la question 14.

Vous avez arrêté votre prise d'hormones.

10. Avez-vous prévu d'en reprendre plus tard ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas encore
- Je ne souhaite pas répondre

11. Vous avez arrêté votre prise d'hormone.

Pour quelle(s) raison(s) ?

- En vue d'une chirurgie
- Pour des raisons de santé
- En vue d'un projet parental
- En vue d'une préservation de fertilité
- Parce que j'en avais marre, je fais une pause
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre : _____ (précisez SVP)

→ **Passez maintenant à la question 13.**

Vous prenez actuellement des hormones.

12. A quel âge environ avez-vous commencé à prendre ces hormones ?

- Je ne souhaite pas répondre
- A l'âge de ___ ans

→ Passez maintenant à la question 14.

Vous avez pris des hormones dans le passé mais n'en prenez pas actuellement :

13. De quel âge à quel âge avez-vous pris ces hormones ?

- De ____ à ____ ans
- Je ne souhaite pas répondre

14. Comment vous procurez ou procuriez-vous ces hormones ?

Cochez la ou les cases qui correspondent.

- Ordonnance réalisée par un.e médecin généraliste
- Ordonnance réalisée par un.e médecin spécialiste
- Partage via un réseau d'entraide communautaire ou une association
- Achetées sur internet sur un site de pharmacie en ligne
- Achetées sur internet sur des groupes de vente entre personnes trans
- Achetées dans la rue
- Fournies par un.e ami.e.x
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre : _____ (précisez SVP)

15. Vous est-il déjà arrivé de cacher une information à un.e médecin dans le but d'accéder à la prescription d'hormones ?

- Oui
- Non
- Je ne souhaite pas répondre



Si vous avez répondu « Oui », poursuivez. Sinon, passez à la question 17.

16. Il vous est déjà arrivé de cacher une information au médecin dans le but d'accéder à la prescription d'hormones. De quelle(s) information(s) s'agit-il ?

Plusieurs réponses possibles.

- Symptômes physiques (douleurs par exemple)

- Anomalies sur une prise de sang
- Mal-être psychologique
- Dose prise différente de la dose prescrite
- Identité de genre différente de celle annoncée (par exemple identité de genre non strictement binaire, ou fluide)
- Orientation sexuelle
- Situation familiale
- Âge
- Durée de prise d'hormones
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre : _____ (précisez SVP)

17. Avez-vous (eu) un traitement hormonal avec des injections?

- Oui
- Non
- Je ne souhaite pas répondre



Si vous avez répondu « Oui », poursuivez. Si non, rendez-vous à la question 20.

8. Qui réalise/réalisait les injections ?

Plusieurs réponses possibles.

- Un.e infirmier.ère
- Un.e médecin
- Moi-même
- Mes proches
- Des personnes issues d'associations trans ou LGBTQIA+
- Autre : _____ (précisez SVP)
- Je ne souhaite pas répondre

→ Si vous avez coché la case « un.e infirmier.ère » poursuivez. Si non, passez à la question 21.

Vos injections d'hormones sont/ont été réalisées par un.e infirmier.ère.

20. Comment avez-vous choisi ce.cette infirmier.ère?

Plusieurs réponses possibles.

- Conseillé.e par mes proches
- Conseillé.e par des membres de la communauté trans ou LGBTQIA+
- Conseillé.e par une association trans ou LGBTQIA+
- Conseillé par un.e médecin généraliste
- Je ne souhaite pas répondre
- Par proximité géographique
- Par hasard
- C'est un.e ami.e.x / une connaissance
- Autre : _____ (précisez SVP)

20. Êtes-vous aujourd'hui satisfait.e des effets du traitement hormonal?

- Oui
- Oui, satisfait.e.x bien que certains effets me dérangent
- Non
- Je ne sais pas encore
- Je ne souhaite pas répondre

21. Avez-vous présenté de l'acné suite à la prise d'hormones ?

- Oui
- Non
- Je ne souhaite pas répondre

22. Avez-vous observé une modification de votre poids suite à la prise d'hormones ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Je ne souhaite pas répondre

→ Si vous avez répondu autre chose que « Oui », rendez-vous à la question 24.

→ Si vous avez répondu « Oui », poursuivez.

Vous avez observé une modification de votre poids suite à la prise d'hormones.

23. Avez-vous :

Pris du poids

Perdu du poids

Les deux

Je ne sais pas

Je ne souhaite pas répondre

24. Suite à la prise d'hormones, avez-vous eu des problèmes vasculaires (problèmes des vaisseaux) ?

Oui, une phlébite / une veine bouchée

Oui, une embolie / une artère bouchée

Non

Je ne sais pas

Je ne souhaite pas répondre

25. Suite à la prise d'hormones, avez-vous observé une modification de votre libido ?

Oui, augmentée

Oui, diminuée

Oui, parfois augmentée et parfois diminuée en fonction des dates de prise d'hormones

Non

Je ne sais pas

Je ne souhaite pas répondre

26. Suite à la prise d'hormones : avez-vous observé une modification de votre bien-être mental ?

Oui, augmenté

Oui, diminué

Oui, parfois augmenté et parfois diminué en fonction des dates de prise d'hormones

Non

- Je ne sais pas
- Je ne souhaite pas répondre

La prochaine question, numéro 27, s'adresse aux personnes prenant ou ayant pris des hormones masculinisantes. Si vous n'êtes pas concerné.e.x, merci de vous rendre directement à la question suivante, la question 28.

28. Après la prise d'hormones, avez-vous expérimenté :

- Une pseudo-folliculite / petite infection des poils de la barbe
- Un hirsutisme / apparition de beaucoup de poils
- Une calvitie / alopécie / perte de cheveux
- Aucun des 3
- Je ne souhaite pas répondre

28. Après la prise d'hormones, avez-vous expérimenté :

- Des douleurs abdominales ou pelviennes
- Des douleurs abdominales ou pelviennes liées aux cycles menstruels
- Des céphalées / migraines / maux de tête
- Un prurit / des démangeaisons de la peau
- Une lourdeur des jambes
- Des tensions mammaires / dans le torse / la poitrine
- Aucun des 5
- Je ne souhaite pas répondre

29. Avez-vous déjà dû modifier des dosages hormonaux en raison d'une anomalie sur une prise de sang ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas
- Je ne souhaite pas répondre

→ Si vous avez répondu « Oui », poursuivez. Sinon, rendez-vous à la question 31.

Vous avez déjà dû modifier les dosages hormonaux en raison d'une anomalie sur une prise de sang.

30. Quelle(s) était(ent) cette(ces) anomalie(s) ?

Cochez la ou les cases qui correspondent.

- Taux d'hormones trop élevé ou trop bas
- Globules rouges ou hémoglobine trop élevés / polyglobulie
- Augmentation du cholestérol
- Bilan hépatique (du foie) perturbé
- Glycémie (sucre) augmentée, risque de pré-diabète
- Je ne me rappelle plus
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre : _____ (précisez SVP)

→ **A. Si vous n'avez pas réalisé d'opération(s) dans le cadre de votre transition : rendez-vous à la flèche F.**

→ Si vous avez réalisé une ou plusieurs opérations dans le cadre de votre transition, poursuivez.

Vous avez réalisé une ou plusieurs opération(s) dans le cadre de votre transition.

31. Avez-vous dû faire des séances de kinésithérapie suite à un.e ou des opération(s) réalisée(s) dans le cadre de votre transition ?

- Oui
- Non
- Je ne souhaite pas répondre

→ Si vous avez répondu « Oui », poursuivez. Si non, rendez-vous à la flèche B.

32. Comment avez-vous choisi ce.cette kinésithérapeute?

Plusieurs réponses possibles.

- Conseillé.e par mes proches
- Conseillé.e par des membres de la communauté trans ou LGBTQIA+
- Conseillé.e par une association trans ou trans-friendly
- Conseillé.e par un.e médecin généraliste
- Conseillé.e par un.e médecin spécialiste

- Par proximité géographique
- Par hasard
- C'est un.e ami.e.x / une connaissance
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre : _____ (précisez SVP)

→ **B. Si vous n'avez pas réalisé d'opération(s) du torse / de la poitrine dans le cadre de votre transition : rendez-vous à la flèche C.**

→ Si vous avez réalisé une ou plusieurs opération(s) du torse / de la poitrine dans le cadre de votre transition, poursuivez.

Vous avez réalisé une ou plusieurs opération(s) du torse / de la poitrine dans le cadre de votre transition.

33. Êtes-vous aujourd'hui satisfait.e.x du résultat?

- Oui
- Non, mais cette chirurgie se fait en plusieurs opérations et ce n'est pas fini
- Non, et pour cette raison j'envisage une nouvelle opération
- Non, et je n'envisage pas d'autre opération
- Je ne sais pas encore
- Je ne souhaite pas répondre

→ Si vous avez répondu « Oui », « Je ne sais pas encore », ou « Je ne souhaite pas répondre », rendez-vous à la question 35.

→ Si vous avez répondu « Non », poursuivez.

Vous n'êtes aujourd'hui pas satisfait.e.x du résultat de cette(ces) opération(s) du torse / de la poitrine.

34. Pour quelle(s) raison(s) n'êtes-vous pas satisfait.e.x du résultat ?

- En raison de l'aspect esthétique
- En raison des complications médicales de l'opération
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre : _____ (précisez SVP)

35. Avez-vous rencontré les problèmes suivants concernant la cicatrisation à distance de cette(ces) opération(s) ?

Cochez la ou les cases qui correspondent.

- Douleurs autour de la cicatrice
- Perte de sensibilité
- Infection de la cicatrice
- Cicatrices hypertrophiques (s'étendant autour de la cicatrice initiale)
- Cicatrices chéloïdes (en épaisseur, au-dessus de la cicatrice)
- Rupture de cicatrice
- Nécrose
- Non, aucun
- Je ne souhaite pas répondre

→ **C. Si vous n'avez pas réalisé d'opération(s) du visage dans le cadre de votre transition : rendez-vous à la flèche D.**

→ Si vous avez réalisé une ou plusieurs opération(s) du visage dans le cadre de votre transition, poursuivez.

Vous avez réalisé une ou plusieurs opération(s) du visage dans le cadre de votre transition.

36. Êtes-vous aujourd'hui satisfait.e.x du résultat?

- Oui
- Non, mais cette chirurgie se fait en plusieurs opérations et ce n'est pas fini
- Non, et pour cette raison j'envisage une nouvelle opération
- Non, et je n'envisage pas d'autre opération
- Je ne sais pas encore
- Je ne souhaite pas répondre

→ Si vous avez répondu « Oui », « Je ne sais pas encore », ou « Je ne souhaite pas répondre », rendez-vous à la question 38.

→ Sinon, poursuivez.

Vous n'êtes pas satisfait.e.x du résultat de cette(ces) opération(s) du visage:

37. Pour quelle(s) raison(s) n'êtes-vous pas satisfait.e.x ?

- En raison de l'aspect esthétique

- En raison des complications médicales de l'opération
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre : _____ (précisez SVP)

38. Avez-vous rencontré les problèmes suivants concernant la cicatrisation à distance de cette(ces) opération(s) ?

Cochez la ou les cases qui correspondent.

- Douleurs autour de la cicatrice
- Perte de sensibilité
- Infection de la cicatrice
- Cicatrices hypertrophiques (s'étendant autour de la cicatrice initiale)
- Cicatrices chéloïdes (en épaisseur, au-dessus de la cicatrice)
- Rupture de cicatrice
- Nécrose
- Non, aucun
- Je ne souhaite pas répondre

→ **D. Si vous n'avez pas réalisé d'opération(s) des organes génitaux dans le cadre de votre transition : rendez-vous à la flèche E.**

→ Si vous avez réalisé une ou plusieurs opération(s) des organes génitaux dans le cadre de votre transition, poursuivez.

Vous avez réalisé une ou plusieurs opération(s) des organes génitaux dans le cadre de votre transition.

39. Vous avez réalisé cette opération :

- Par libre choix
- Par pression sociale
- Contraint.e.x à être stérilisé.e.x pour pouvoir accéder au changement de la « mention de sexe » à l'état civil avant 2017
- Autre : _____ (précisez)
- Je ne souhaite pas répondre

40. Êtes-vous aujourd'hui satisfait.e.x du résultat de cette(ces) opération(s) des organes génitaux ?

- Oui

- Non, mais cette chirurgie se fait en plusieurs opérations et ce n'est pas fini
- Non, et pour cette raison j'envisage une nouvelle opération
- Non, et je n'envisage pas d'autre opération
- Je ne sais pas encore
- Je ne souhaite pas répondre

→ Si vous avez répondu « Oui », « Je ne sais pas », ou « Je ne souhaite pas répondre », rendez-vous à la question 42.

→ Sinon, poursuivez.

Vous n'êtes pas satisfait.e du résultat de cette(ces) opération(s) des organes génitaux :

41. Pour quelle(s) raison(s) n'êtes-vous pas satisfait.e.x ?

- En raison de l'aspect esthétique
- En raison des complications médicales de l'opération
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre : _____ (précisez SVP)

42. Avez-vous rencontré les problèmes suivants à distance de (des) l'opération(s)?

- Douleurs autour de la cicatrice
- Perte de sensibilité
- Infection de la cicatrice
- Cicatrices hypertrophiques (s'étendant autour de la cicatrice initiale)
- Cicatrices chéloïdes (en épaisseur, au-dessus de la cicatrice initiale)
- Rupture de cicatrice
- Nécrose
- Sécheresse
- Sténose vaginale
- Sténose urétrale
- Fistule
- Troubles érectiles / problèmes d'érection

- Anorgasmie / disparition de l'orgasme
- Non, aucun
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre : _____ (précisez SVP)

→ **E. Si vous n'avez pas réalisé d'autre(s) opération(s) que celles citées plus haut dans le cadre de votre transition, rendez-vous à la flèche F.**

→ Si vous avez réalisé une ou plusieurs opération(s) autre(s) que celles citées plus haut dans le cadre de votre transition, poursuivez.

Vous avez réalisé une ou plusieurs opération(s) autre(s) que celles citées plus haut dans le cadre de votre transition.

43. De quelle(s) opération(s) s'agissait-il ?

- Je ne souhaite pas répondre
- Opération(s) : _____ (précisez SVP)

44. Êtes-vous aujourd'hui satisfait.e.x du résultat?

- Oui
- Non, mais cette chirurgie se fait en plusieurs opérations et ce n'est pas fini
- Non, et pour cette raison j'envisage une nouvelle opération
- Non, et je n'envisage pas d'autre opération
- Je ne sais pas encore
- Je ne souhaite pas répondre

→ Si vous avez répondu « Oui », « Je ne sais pas encore », ou « Je ne souhaite pas répondre », rendez-vous à la question 46.

→ Sinon, poursuivez.

Vous n'êtes pas satisfait.e du résultat de cette ou ces opérations.

45. Pour quelle(s) raison(s) n'êtes-vous pas satisfait.e.x ?

- En raison de l'aspect esthétique
- En raison des complications médicales de l'opération
- Je ne souhaite pas répondre

Autre : _____ (précisez SVP)

46. Avez-vous rencontré les problèmes suivants concernant la cicatrisation à distance de cette(ces) opération(s) ?

Cochez la ou les cases qui correspondent.

- Douleurs autour de la cicatrice
- Perte de sensibilité
- Infection de la cicatrice
- Cicatrices hypertrophiques (s'étendant autour de la cicatrice initiale)
- Cicatrices chéloïdes (en épaisseur, au-dessus de la cicatrice)
- Rupture de cicatrice
- Nécrose
- Non, aucun
- Je ne souhaite pas répondre

→ F. Si vous n'avez pas réalisé d'injection de « remplisseurs cutanés » dans le cadre de votre transition, rendez-vous à la flèche G.

→ Si vous avez réalisé des injections de « remplisseurs cutanés » dans le cadre de votre transition, poursuivez.

Vous avez réalisé des injections de « remplisseurs cutanés » dans le cadre de votre transition.

47. De quel(s) produit(s) s'agissait-il ?

Plusieurs réponses possibles.

- Silicone
- Collagène
- Acide hyaluronique
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre : _____ (précisez SVP)

48. La ou les injections étaient-elles réalisées par un.e professionnel.le de santé ?

- Oui
- Non

- Parfois oui, parfois non
- Je ne souhaite pas répondre

49. Le résultat des injections de ces « remplisseurs cutanés » est-il satisfaisant pour vous aujourd'hui ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas encore
- Ca dépend des endroits
- Je ne souhaite pas répondre

→ Si vous avez répondu « Oui », « Je ne sais pas encore » ou « Je ne souhaite pas répondre », rendez-vous à la flèche G.

→ Si vous avez répondu « Non », poursuivez.

Vous n'êtes pas satisfait.e du résultat des injections de remplisseurs cutanés.

50. Pour quelle(s) raison(s) ?

- Douleur
- Infection
- Nécrose
- Aspect esthétique insatisfaisant
- Coût excessif
- Effets indésirables sur ma santé
- Autre : _____ (précisez SVP)
- Je ne souhaite pas répondre

→ **G. Vous voilà arrivé.e à la fin du questionnaire !**

Nous vous remercions infiniment pour le temps et l'énergie que vous avez mobilisés pour nous répondre.

Souhaitez-vous ajouter quelque chose ? Faire une remarque ?

Texte libre

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette école, de mes cher·ère·s condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, 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·e et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise 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.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

Que toutes les personnes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères et de mes consœurs si j'y manque.

SANTE DES PERSONNES TRANSGENRES 2021

Etude quantitative explorant la santé, l'accès aux soins et les discriminations vécues par les personnes transgenres en France en 2021

RÉSUMÉ

Introduction : Les problématiques de santé et d'accès aux soins rencontrées par les personnes transgenres en France sont peu connues et ont fait l'objet de peu d'études. La Haute Autorité de Santé décrivait en 2020 une urgence de conduire des recherches sur la santé des personnes transgenres.

Objectifs : Décrire la prévalence et la répartition des problématiques de santé et d'accès aux soins rencontrées par les personnes transgenres en France. Identifier les freins à l'accès aux soins et le rôle des médecins généralistes dans le parcours de soin des personnes transgenres.

Méthode : Une étude quantitative transversale a été réalisée, s'adressant aux personnes transgenres majeures vivant en France, mise en ligne de juin à septembre 2021. L'analyse était principalement descriptive.

Résultats : 633 questionnaires ont été analysés. Nos résultats montrent que les personnes transgenres présentent des problématiques de santé différentes de la population générale, particulièrement en ce qui concerne la santé mentale : avec un risque suicidaire élevé, des conduites addictives, des troubles du sommeil et du comportement alimentaire majorés. Le principal frein à l'accès aux soins que nous avons identifié était la transphobie vécue dans les lieux de soins. Il apparaissait que les médecins généralistes occupaient déjà une place importante dans l'accompagnement médical des personnes transgenres et que cette place pouvait être améliorée.

Conclusion : Notre enquête témoigne de problématiques de santé et d'accès aux soins propres aux personnes transgenres et de l'importance de mieux les connaître et d'y prêter attention en milieu médical afin d'améliorer leur accès aux soins et ainsi leur santé.

Discipline administrative : MÉDECINE GÉNÉRALE

Mots-Clés : personnes transgenres, médecine générale, accès aux soins, santé mentale, précarité, transphobie, étude quantitative.

Faculté de médecine de Montpellier - 2 Rue de l'École de Médecine - 34090 Montpellier – France

Directeur de thèse : Docteur PERROLLAZ Cyril