



HAL
open science

Professionnels de santé “ transfriendly ” : quelle prise en charge des personnes transmasculines en gynécologie ?

Maurane Coudert

► To cite this version:

Maurane Coudert. Professionnels de santé “ transfriendly ” : quelle prise en charge des personnes transmasculines en gynécologie ?. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-04163607

HAL Id: dumas-04163607

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04163607>

Submitted on 17 Jul 2023

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.



**ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITE DE CLERMONT- AUVERGNE

Professionnels de santé « *transfriendly* » : quelle prise en charge des personnes transmasculines en gynécologie ?

MÉMOIRE SOUTENU ET PRÉSENTÉ PAR

COUDERT Maurane

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Année 2022

Remerciements :

Merci à Axelle Romby et Michèle Balsan de m'avoir guidé au travers de ce mémoire, merci pour vos conseils et pour vos encouragements. Merci à Axelle pour ta confiance, et de m'avoir donné l'opportunité de partager mon travail.

Merci à Céline Puill d'avoir pris du temps, de m'avoir aiguillée au tout début lorsque c'était difficile, merci pour tes précieux conseils. Merci à Maud Karinthi et Océane Gaigeot pour les mêmes raisons. Merci également à Sara, Natalia, Noémie et Elinore d'avoir partagé vos ressources avec moi.

Merci aux associations et aux personnes trans qui ont relayé mes demandes de participation à cette étude. Merci à Yuffy et aux membres de son Discord d'avoir accepté de partager ma demande, et de m'avoir beaucoup appris pendant de nombreuses années.

Un grand merci bien sûr à toutes les personnes qui ont accepté de participer à cette étude et m'ont accordé leur confiance.

Merci à Davy d'avoir été là, de m'avoir soutenue pendant mon mémoire mais aussi pendant toutes mes études, d'avoir été mon cobaye de prise de sang et de pose de cathéter. Merci pour ta patience et ton soutien.

Merci à ma maman et à mon papa pour les mêmes raisons. Merci à Louison, Aaron, et à Nélie pour la joie que vous m'avez apportée.

Merci à tou·te·s mes ami·e·s, et en particulier à Pierre, d'avoir été présent·e·s.

Et enfin, merci à ma grand-mère pour sa fierté et toutes ses anecdotes médicales.

Les abréviations

ALD= Affection de Longue Durée

CNGOF = Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France

CNSF= Collège National des Sages-Femmes

DIU= Dispositif Intra-Utérin

DPC= Développement Professionnel Continu

HAS= Haute Autorité de Santé

LGBT= Lesbienne Gay Bi Trans

IVG= Interruption Volontaire de Grossesse

MTEV=Maladie Thrombo-Embolique Veineuse

PV= Prélèvement Vaginal

SA= Semaine d'Aménorrhée

Table des matières :

I.	Introduction	2
II.	Revue de la littérature	6
A.	La transidentité	6
B.	Les personnes transmasculines dans les soins	11
C.	Les professionnels de santé et les personnes transmasculines	26
III.	Méthode	31
1.	Population	31
1.1.	L'échantillon de l'étude	31
2.	Méthodes :	32
1.1.	Type d'étude	32
1.2.	Rappel des objectifs	32
1.3.	Mode de recueil des données	32
1.4.	Déroulement de l'étude	32
1.5.	Le mode d'analyse des données	33
1.6.	Les aspects éthiques et réglementaires	33
IV.	Résultats	34
V.	Discussion	49
A.	Le résultat principal	49
B.	Le résultat secondaire	50
C.	Comparaison avec la littérature	50
D.	Forces et limites	54
E.	Les perspectives	56
VI.	Conclusion	58
VII.	Glossaire	1
VIII.	Bibliographie	3
IX.	Annexes	8

I. Introduction

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS, 2020) le sexe est lié à la biologie, tandis que le genre est lié à la représentation sociale du sexe (1).

Un homme trans est quelqu'un qui a été assigné femme à la naissance en raison de ses organes génitaux externes, et qui s'identifie au genre masculin. On utilise le pronom « il » et les accords masculins pour le désigner (2,3). Une personne transmasculine est une personne qui a été assignée femme à la naissance et qui est dans le spectre transgenre et/ou non-binaire (4). La non-binarité désigne quant à elle le fait de ne se reconnaître ni complètement dans le genre masculin ni complètement dans le genre féminin (2). Par opposition aux personnes trans, les personnes « cis/cisgenre » sont des personnes qui sont en accord avec le genre qui leur a été assigné à la naissance (2).

Dans ce contexte, la transition désigne le parcours entrepris par un individu pour aller vers le genre auquel il s'identifie (5). Chaque transition est unique, les personnes trans choisissant ou non d'effectuer certaines ou toutes les démarches citées (6). Au niveau administratif, il est possible de changer de prénom et de faire un changement de la mention du sexe à l'état civil (en démontrant que l'on se présente et que l'on est connue comme appartenant « *au sexe revendiqué* ») (7). Au niveau social, il est possible de se présenter sous une apparence masculine, d'utiliser un prénom et des pronoms masculins (ou parfois neutres) (6). Enfin, au niveau médical, il peut y avoir prise de testostérone, et des opérations chirurgicales (8). La testostérone a des effets masculinisants, et différentes conséquences au niveau gynécologique (4,9). Parmi les opérations chirurgicales possibles, on retrouve la mastectomie bilatérale et la reconstruction du torse pour lui donner un aspect masculin (10), l'ablation de l'utérus et des annexes, et la construction d'un pénis (8,11).

La transphobie désigne les marques de mépris, rejet ou haines des personnes trans et des comportements associés à la transidentité. Elle comporte les violences, les moqueries, les insultes, les menaces, les discriminations, mais également le mégenrage (3). Le mégenrage désigne le fait d'utiliser le mauvais pronom en parlant d'une personne ; bien qu'il ne soit pas forcément volontaire, il est bien souvent dur à vivre par les personnes trans. Dans une enquête de l'European Union Agency de 2014, huit personnes trans sur 10 déclaraient avoir été victimes de discriminations transphobes au cours de leur vie (12).

Aux Etats-Unis, ce sont 47.8% des personnes trans qui ont subi des violences physiques, et 39.8% des violences sexuelles dans leur vie (13). Selon le modèle de stress des minorités, les discriminations et stigmates que subit cette population affectent sa santé mentale et physique (14). Les personnes trans sont en effet particulièrement exposées au suicide, à l'anxiété, et au syndrome de stress post traumatique (15,16). Elles sont également plus isolées, font face à de la pauvreté et de la précarité (17).

Les personnes transmasculines sont confrontées à de la transphobie dans les soins, et à la méconnaissance des soignants (11,18,19). Leur présence dans les soins est trop souvent non-anticipée, de manière générale et dans les soins gynécologiques en particulier (19–21). De plus, les soins gynécologiques peuvent être vécus comme un « retour pénible à la chair » (22). Les personnes transmasculines développent donc un fort évitement des soins (21) et peuvent se recommander des professionnels de santé entre elles (18). Les personnes transmasculines sont pourtant concernées par le dépistage des IST (6,15,23), par le dépistage du cancer du sein (24), et par le dépistage du cancer du col de l'utérus en l'absence d'hystérectomie (6,11,25,26) et par les risques de grossesses non-désirées, même en cas de prise de testostérone (2,4,27).

De leur côté beaucoup de soignants sont mal formés et ont peu de ressources pour prendre en charge les personnes transmasculines (1,28–31). En France par exemple, toutes les recommandations en gynécologie concernent les femmes cis, et aucune ne concerne les personnes transmasculines (25,32–34). Ainsi, beaucoup de soignants se sentent mal à l'aise pour les prendre en charge (28–30). Cependant, les professionnels jugés par les personnes transmasculines dignes de confiance et informés leur permettent de surmonter les barrières de l'accès au soin (19). La littérature concernant la santé des personnes trans est peu abondante en France, et est plus développée aux Etats-Unis.

Nous avons donc choisi de nous intéresser à la prise en charge gynécologique par des professionnels de santé que les personnes transmasculines recommandent pour leur suivi gynécologique classique. L'objectif principal est d'explorer la prise en charge des personnes transmasculines par ces professionnels. Les objectifs secondaires sont de découvrir les spécificités de la prise en charge des personnes transmasculines et d'explorer le sentiment de compétence et les ressources de ces professionnels. Nous espérons ainsi nous inspirer de ces pratiques pour améliorer la prise en charge des personnes transmasculines en gynécologie.

L'hypothèse initiale de notre étude est que les professionnels de santé recommandés par les personnes transmasculines ont eu peu d'information sur la prise en charge des personnes transmasculines dans la formation initiale, s'y sont intéressés après avoir eu des personnes transmasculines en consultation et ont appris sur le terrain au fur et à mesure. Notre hypothèse est que les personnes sont bienveillantes et respectent l'identité « choisie » des personnes transmasculines. Nous supposons que cette « bienveillance » n'est pas la seule spécificité développée par les professionnels en question vis-à-vis de leur patientèle transmasculine, sans pour autant avoir à priori d'indice sur la nature ou l'origine de ces spécificités.

II. Revue de la littérature

A. La transidentité

Selon la HAS (2020), la proportion de personnes trans dépend de la définition considérée (HAS). « *La proportion de personnes trans est estimée entre 0,5 et 2 %, toutefois ces chiffres évoluent avec les définitions, plus ou moins médicalisées [voire «pathologisantes» selon le terme employé par les personnes concernées et les acteurs associatifs] de la transidentité.*» (1) Actuellement, le terme le plus retrouvé dans la littérature est celui de personne « transgenre » ou « trans ». On retrouve aussi fréquemment les termes « FtM » pour « *Female to Male* », « MtF » pour « *Male to Female* », « AFAB » « *assigned female at birth* » et « AMAB » « *assigned male at birth* ».

Dans le reste de la revue de littérature, les termes employés seront « trans » et « personnes transmasculines » lorsque les études ne sont pas citées, ou seront les termes utilisés dans les différentes études lorsque celles-ci seront citées.

1. La transition

La « transition » désigne le parcours entrepris par un individu pour aller vers le genre auquel il s'identifie, comme le définit le Standards de Soins pour la santé des personnes transsexuelles, transgenres et de genre non-conforme par The World Professional Association for Transgender Health (WPATH) en 2012 (5).

Il y a plusieurs possibilités pour une transition en France. Chaque transition est unique, les personnes trans choisissant ou non d'effectuer certaines ou toutes les démarches citées (6).

Au niveau administratif, il est possible de changer de prénom. La procédure est simplifiée depuis 2016, avec une simple demande possible à un officier d'état civil de la mairie où a été effectué l'acte de naissance ou du lieu de résidence, en justifiant d'un intérêt légitime (7). Il est également possible de faire un changement de la mention de sexe à l'état civil. Depuis la loi de modernisation de la justice du 18 novembre 2016 il n'est plus nécessaire aux yeux de la loi de justifier d'avoir subi des traitements médicaux, une opération chirurgicale ou une stérilisation pour en faire la demande, il faut faire une

requête au tribunal de grande instance et démontrer que la personne se présente et est connue comme appartenant « *au sexe revendiqué* » (7).

Selon la délégation interministérielle à la lutte contre le racisme, l'antisémitisme et la haine anti-LGBT « *La loi de 2016 constitue une réelle avancée pour les droits des personnes trans : elle démedicalise la procédure en mettant fin à l'exigence de prouver un « syndrome du transsexualisme » et d'effectuer une transition incluant une ablation des organes génitaux, et donc une stérilité. Cependant, la demande d'une transition sociale effective impose une période de discordance entre l'identité perçue de la personne et ses papiers, ce qui peut l'exposer à des réactions transphobes.* » (3).

Au niveau social, il y a le fait de se présenter sous une apparence masculine (avec les vêtements associés à ce genre par exemple, et le port de binder qui est un vêtement compressif modifiant l'aspect du torse/de la poitrine pour lui donner un aspect extérieur plus plat (4), de se faire connaître avec un prénom différent que celui qui a été donné à la naissance, et d'utiliser des pronoms masculins (ou parfois neutre) (6).

Au niveau médical, il peut y avoir une hormonothérapie c'est-à-dire une prise d'hormone, majoritairement la testostérone, et des opérations chirurgicales.

La prise de testostérone a différents effets sur le corps. Les effets généralement réversibles sont la redistribution des graisses, la diminution du volume de la poitrine, l'augmentation de la masse musculaire, une aménorrhée avec en parallèle une atrophie du col et du vagin et une diminution des sécrétions vaginales, une augmentation de la libido. Les effets irréversibles sont une voix plus grave, une augmentation de la pilosité (la barbe, les poils de torses et des extrémités) et avec un risque de calvitie, une croissance du clitoris qui peut atteindre 3.5 à 6cm. Les effets sont variables selon les personnes, et ont un délai d'apparition plus ou moins long (8). On retrouve aussi un risque plus important de développer des kystes utérins et d'avoir une augmentation du cholestérol (8). Des études ont été réalisées sur le lien entre la prise de testostérone et l'hypertension, et même si la majorité des études ne trouvent pas de différence de tension significative, il n'y a pas assez de données pour conclure sur ce lien. Sur le long terme, il y aurait également un risque irréversible de diminution de la fertilité voire d'infertilité (4,8).

Il est également possible de réaliser des opérations chirurgicales dans le cadre de la transition : on retrouve parmi les opérations possibles la mastectomie bilatérale et la

reconstitution du torse pour lui donner un aspect masculin (10). Les opérations de la sphère génitale sont l'hystérectomie, l'annexectomie, l'ovariectomie, la métaïdoplastie (le clitoris hypertrophié est « désenfoui » pour créer un pénis de petite taille), et la phalloplastie permettant de créer via diverses techniques un pénis (8,11).

Enfin, il existe d'autres éléments qui sont parfois utilisés, tels que décrits dans une brochure présentant le parcours de transition d'une association trans OUTRANS : les traitements pour arrêter les menstruations comme des contraceptions progestatives, les traitements pour accentuer la pilosité (localement avec des traitements anti-calvitie, et des métabolites de la testostérone en crème), la prise de compléments alimentaires et de phytothérapie (35).

2. Contexte médico-psycho-social

Dans une enquête de l'European Union Agency For Fundamental Right de 2014, huit enquêtés trans sur 10 auraient été victimes de discriminations transphobes au cours de leur vie, dont 37 % plus de cinq fois pendant les 12 derniers mois (12). Plus d'une personne trans sur trois (35%) ayant répondu à l'enquête a déclaré avoir été agressée ou menacée de violence au cours de l'année précédant l'enquête, 28% à plus de trois reprises, et 22% déclarent avoir subi du harcèlement, au moins en partie parce qu'elles étaient LGBT. Elles sont une sur trois (30%) à s'être senties victimes de discrimination dans leur recherche d'emploi, et 38% dans d'autres domaines.

De plus, environ une personne sur cinq a déclaré s'être sentie discriminée par le personnel des services sociaux (17%) ou par le personnel médical (19%) dans l'année précédant l'enquête (12).

Les personnes trans subissent des discriminations et stigmatisations qui affectent leur santé mentale et physique selon le modèle de stress des minorité (« *minority stress model* »), (14). Des statistiques sur les violences subies par les personnes trans aux Etats-Unis ont été réalisées. Les personnes trans sont en effet particulièrement exposées aux violences : 47.8% ont subi des violences physiques au cours de leur vie, et 39.8% des violences sexuelles (14,15,17). Elles subissent plus de violence perpétrée par les partenaires intimes au cours de leur vie, avec 37.5% des personnes trans qui ont subi des violences physiques et 25% des violences sexuelles dans ce cadre (13). Au niveau de la

santé mentale, on retrouve une mauvaise estime de soi, de la dépression (54.2%) (15), de l'anxiété, des tentatives de suicide (24,8%) (15), du syndrome de stress post traumatique, et un usage de substances psychoactives plus important que chez les personnes cis (14,36). Les personnes transmasculines sont 39.6% à consommer de l'alcool, et 38.1% à consommer des produits illicites (15). Par ailleurs elles sont plus isolées, font face à la pauvreté et la précarité, (17) seulement 56.8% ont un emploi, et 47.5% des personnes trans sont sans domicile fixe ou avec un domicile instable (15). Il n'existe pas de telles données statistiques en France.

Ces conditions psycho-sociales font augmenter les comportements sexuels à risque, et donc les risques d'IST (15).

B. Les personnes transmasculines dans les soins

1. Le besoin de suivi gynécologique et de contraception

Les personnes transmasculines constituent une population vulnérable avec des besoins de suivi gynécologique, de prévention et de contraception.

Les pratiques sexuelles des personnes transmasculines sont variées. Elles ont des orientations sexuelles diverses, peuvent avoir des relations sexuelles avec des personnes de tous les genres, avec tous types de corps. Les personnes transmasculines hétérosexuelles ont également tous types de pratiques, et peuvent avoir des femmes cis, ou des femmes trans comme partenaires (6). Ainsi il ne faut pas présumer du comportement sexuel des patients transgenres (27). Il faut prendre en compte cette diversité pour estimer les besoins de prévention et de soin chez les personnes transmasculines par rapport aux risques d'IST (6) et à la contraception.

1.1. Les IST : prévention et dépistage

Les stigmatisations et discriminations que cette population subit engendrent des facteurs de risques d'IST chez les personnes transmasculines (comme la consommation d'alcool et de substance illicite) et sont des obstacles à l'adoption de comportements préventifs (23) . La prévalence du VIH chez les hommes trans serait de 3.2%, mais ce chiffre est peut-être sous-évalué en raison d'un manque de données sur la question (15). La prévalence de chlamydia serait de 5% (6).

Les facteurs sociaux et psycho-sociaux sont à mettre en lien avec les comportements sexuels à risques de cette population, qui augmentent le risque d'IST (15). Les personnes FtM ayant des relations sexuelles avec des hommes décrivent l'identité gay et le fait d'avoir des relations sexuelles avec des hommes comme une source de validation dans leur identité masculine. Pour ressentir cette validation, éviter le rejet et intégrer des communautés certaines personnes FtM acceptent des pratiques sexuelles à risque (comme des relations sexuelles sans protection) même si elles connaissent les risques d'IST qui y sont liées. Des hommes non transgenres essaient même parfois de manipuler les personnes FtM à cette fin en remettant leur genre en question (6). Au total, aux Etats-Unis, ce sont 13% des hommes trans qui déclarent avoir déjà effectué du travail du sexe (échange d'argent, de bien ou de service contre du sexe), 24.5% qui déclarent avoir eu des rapports sexuels non protégés, 32.4% avoir eu des rapport en ayant bu ou consommé des substances psychoactives, 43,1% avoir eu des partenaires multiples (avec une moyenne de quatre partenaires), et 19.5% avoir eu des rapports sexuels avec une personne positive au VIH ou de sérologie inconnue. 69,1% des hommes trans ont déjà effectué des tests de dépistage du VIH, tandis que seulement 48.6% des personnes trans connaissent l'existence de la PrEP (Prophylaxie Pré-Exposition) (15). La population transmasculine n'est cependant pas homogène et les différents segments de cette population (travailleurs du sexe, population étrangère, différentes ethnies, de différentes orientations sexuelles...) peuvent ne pas présenter les mêmes risques (6,23).

Ainsi, les personnes transmasculines sont concernées par la prévention des IST et le dépistage.

1.2.Contraception et fertilité

Il y a un besoin de contraception chez toutes les personnes transmasculines qui possèdent un appareil reproducteur fonctionnel (sans ovariectomie, annexectomie ou hystérectomie), pratiquant la pénétration vaginale par un pénis. Dans une étude sur des adolescent et jeunes adultes trans de 11 à 24 ans, 33% avaient déjà eu une activité sexuelle dont 44% avec des hommes cis [native male], et 63% avaient une contraception hormonale (27).

Le besoin de contraception n'est pas hypothétique puisqu'on retrouve des grossesses inopinées et des interruptions volontaires de grossesses (IVG) chez les personnes trans masculines : dans une étude sur une population de 1694 personnes

transgenres, non binaires ou gender-expensive aux Etats-Unis, on retrouvait 12% de personnes (210) ayant eu des grossesses, ce qui sur une vie entière représentait 433 grossesses. 54% (233) de ces grossesses étaient inopinées et 39% (92) se terminaient par une interruption volontaire de grossesse (IVG) (61% chirurgicales, 34% médicamenteuses, et 5% avec d'autres méthodes) (2).

Ce besoin de contraception est présent qu'il y ait une prise de testostérone ou non : en effet, la testostérone peut diminuer la fertilité (8) mais ne constitue pas une méthode de contraception, et une ovulation reste possible (4). Pourtant c'est une idée reçue répandue chez les personnes transmasculines et chez les praticiens, puisqu'on retrouve selon les études 16.4 à 31% des hommes transgenres qui pensent que la testostérone est une forme de contraception, et 5.5 à 9% qui déclarent que leurs praticiens leur ont présenté la testostérone comme moyen de prévenir une grossesse (37,38). Par ailleurs, la testostérone présente des risques tératogènes, particulièrement au premier trimestre de grossesse, avec chez le fœtus femelle/féminin, une fusion des lèvres, un développement vaginal anormal, la persistance d'un sinus uro-génital et une hypertrophie du clitoris (4). C'est pourtant particulièrement au 1^{ier} trimestre que les personnes prenant de la testostérone et étant en aménorrhée peuvent ne pas reconnaître l'état de grossesse : dans une étude sur 40 hommes transgenres, cinq (20%) hommes transgenres enceints sur 25 étaient toujours en aménorrhée au moment de la conception en raison de l'utilisation de testostérone (39).

Le taux de contraception déclaré dans cette population varie de 20% à 60.1% selon les études (37,38) et les méthodes les plus utilisées seraient (dans l'ordre décroissant d'utilisation) le préservatif, la pilule, le retrait, le DIU hormonal et le depo-provera. Il n'y a pas de différence pour ces méthodes entre les utilisateurs de testostérone et les non utilisateurs (37).

Actuellement, il y a un manque de données sur l'impact de la testostérone sur l'efficacité des contraceptions hormonales. Cependant, toutes les méthodes contraceptives, hormonales ou non, restent possible même en cas de prise de testostérone (les préservatifs internes et externes, les spermicides, les méthodes définitives, les DIU au cuivre et SIU-LNG, les pilules oestroprogestatives et microprogestatives, les patches, les anneaux, la progestérone injectable, l'implant) (4). Il semblerait que la prise de testostérone exogène concomitante à l'usage de contraception oestroprogestative ne

représente pas un risque supplémentaire de MTEV, aussi les mêmes contre-indications que pour les femmes cis sont à appliquer pour ces méthodes (4).

Selon Chance Krempasky et co. (2020) spectrum, toutes les méthodes de contraception devraient pouvoir être proposées, le désir de fertilité devrait être pris en compte dans le choix de la contraception et les conseils [conseling] de contraception devraient être individualisés, les mêmes fenêtres d'utilisation et les mêmes effets indésirables doivent être envisagés, et les méthodes de contraception d'urgence doivent aussi être abordées (4).

Il y a des sujets de préoccupation et des besoins spécifiques en ce qui concerne la contraception chez les personnes transmasculines : certaines personnes ressentent de la dysphorie en ce qui concerne le torse/poitrine, les organes reproductifs et leur fonction (les crampes pelviennes, les menstruations), ou peuvent en ressentir lors de la prise répétée de médicaments généralement associées aux femmes cis comme les pilules (4). La dysphorie de genre désigne la détresse résultant de l'incongruence entre le genre assigné à la naissance et l'identité de genre (10). La contraception hormonale peut provoquer une poitrine/un torse tendus (c'est moins probable après une mastectomie, mais le risque n'est pas complètement éliminé puisqu'il reste du tissu mammaire) ce qui pourrait provoquer de la dysphorie, et rendre l'utilisation d'un binder douloureuse (4). Certaines personnes peuvent vouloir éviter la progestérone et l'œstrogène en ayant peur d'un effet féminisant contrebalançant les effets de la testostérone (ce qui est peu probable au vu des dosages de ces hormones dans les contraceptifs) (4). D'après Chance Krempasky et al. (2020), il faudrait parler du potentiel dysphorique de chaque méthode (4).

Les examens invasifs comme pour la pose de stérilet peuvent provoquer une détresse anticipée (4). Selon Chance Krempasky et co. (2020) des anxiolytiques, des analgésiques locaux peuvent être proposés, et des explications sur la procédure devraient être données en amont. De plus, la testostérone peut causer une atrophie du vagin, rendant la pose de DIU plus difficile et douloureuse (4,8). Une prémédication avec de l'oestradiol en vaginal peut diminuer ce problème (4).

Certaines personnes transmasculines recherchent spécifiquement une méthode induisant une aménorrhée (car avoir des menstruations et des crampes peut être une source de dysphorie), parfois d'ailleurs dans ce seul but, sans avoir besoin de

contraception (4,27). Il faut cependant noter qu'il peut y avoir des spotting, et qu'une aménorrhée complète n'est peut-être pas atteignable. De plus, les personnes étant initialement en aménorrhée avec la testostérone peuvent retrouver des saignements après une pose de DIU au cuivre, ou en prenant de la progestérone (4).

Certaines personnes peuvent vouloir des méthodes dissimulables facilement (pour que des personnes extérieures ne découvrent pas l'utilisation de contraceptifs facilement comme avec une pilule où les tablettes de comprimées peuvent être découvertes) (4).

Enfin, en ce qui concerne les méthodes définitives, Chance Krempasky et co (2020) préconisent de discuter du caractère définitif de cette méthode et du risque de regret (comme pour les femmes cisgenres) (4). Un homme trans sur cinq a eu une hystérectomie et 57% souhaiteraient réaliser cette opération (11), donc même si ça peut constituer une étape d'une transition, il ne faut pas partir du principe que toutes les personnes transmasculines souhaitent une hystérectomie.

Une discussion sur le désir de fertilité devrait également avoir lieu : seulement un quart des jeunes transmasculins ont eu une discussion avec un praticien [conseling] sur ce sujet, alors que beaucoup le souhaiteraient (4). Dans une étude de 2018, 51% des hommes transgenres interrogés déclarent que leurs praticiens ne les ont pas interrogés sur leur désir de fertilité, alors que la moitié désirent avoir un enfant au cours de leur vie, dont la majorité souhaitant adopter et un quart exprimant le désir de porter l'enfant [carry the pregnancy]. De plus, une personne sur quatre déclare avoir peur de ne pas réussir à avoir une grossesse (37).

1.3. Dépistage du cancer du sein, du col et vaccination HPV

Selon A. Meidani et A. Alessandrin (2017), « *Les recherches internationales font écho à l'absence relative de la question du cancer, y compris lorsqu'elles évoquent la santé trans. Nous pouvons lire la littérature internationale comme le signe d'une absence de risque spécifique pour cette population, comme nous pouvons entrevoir là l'indice de la place que la société réserve à une population largement discriminée par ailleurs, alors même que ses pratiques alcool-tabagiques et les prises hormonales mériteraient une attention soutenue* » (22).

Il existe peu de données sur les cancers et la transidentité.

On note tout de même que les personnes transmasculines possédant un col sont concernées par le dépistage du cancer du col de l'utérus. En effet, le papillomavirus est une IST, et les personnes transmasculines constituent une population à risque d'IST comme vu précédemment.

Le dépistage du cancer du col est recommandé par la HAS chez les femmes de 25 à 65 ans, à l'exception notamment de celles qui ont eu une ablation du col de l'utérus (hystérectomie totale) (25). D'après The report of U.S. Transgender Survey de 2015, 14% des hommes transgenres et 2% des personnes non binaires AFAB ont eu une hystérectomie, et 57% des hommes transgenres et 30% des personnes non-binaires AFAB le souhaiteraient (11).

Il y a moins de dépistage réalisé chez les personnes transmasculines que chez les femmes cis et il y a une probabilité plus faible d'être à jour dans le dépistage du cancer du col de l'utérus (26). Dans une étude, les cols de 112 personnes précédemment sous testostérone ont été examinés suite à des hystérectomies : 24 cas d'hyperplasie de l'endocol et un cas de lésion CIN 1 ont été retrouvés (26).

La réalisation du frottis peut être plus compliquée chez les personnes transmasculines : en effet cet examen peut provoquer de la dysphorie, et en cas de prise de testostérone on peut retrouver une atrophie du vagin, rendant la réalisation du frottis plus douloureuse et difficile (8,26). De plus, il y a 11 fois plus de risque de recevoir des résultats de frottis non satisfaisant pour l'interprétation (la zone de jonction pouvant s'intérioriser), et le fait de devoir refaire les test plusieurs fois à cause de la prise de testostérone est vécu comme un fardeau par les personnes transmasculines qui sont volontaires pour se faire dépister (26). Les minorités de genre AFAB reviennent autant que les personnes cis après un frottis non satisfaisant mais le temps médian pour revenir en consultation est cinq fois plus long (26).

Pour beaucoup de patients transmasculins, le spéculum est l'aspect plus rebutant de l'examen du col (26). Une alternative pourrait être le test ADN de l'HPV avec un auto-prélèvement vaginal. Une étude randomisée sur 150 personnes transmasculines retrouvait une sensibilité de 71.4% et une spécificité de 98.1% de ce test par rapport au frottis qui était considéré comme le gold standard. 92% des participants préféraient le prélèvement vaginal (auto-prélevé ou prélevé par un praticien) au frottis (en raison de la pose de speculum), et 53% des participants préféraient l'auto-prélèvement au prélèvement par le

praticien. Ceux qui préféraient le frottis le faisaient parce qu'ils étaient inquiets de l'exactitude de l'auto-prélèvement et avaient un sentiment d'insécurité en l'absence d'examen visuel du col. Certains participants encore préféraient ne pas avoir à interagir avec cette partie de leur anatomie (40). L'étude concluait que le test HPV vaginal avec un auto-prélèvement constitue une stratégie raisonnable pour le dépistage du cancer du col des personnes transmasculines qui ne souhaitent pas avoir de prélèvement réalisé par un praticien avec un examen au spéculum (40). Selon D. Connolly et al., dans *Barriers and facilitators to cervical cancer screening among transgender men and non-binary people with a cervix: A systematic narrative review*, toutes les options devraient pouvoir être expliquées et envisagées, dont celle que les patients s'insèrent eux-mêmes le spéculum en cas de frotti, selon les préférences individuelles (26).

Le risque du cancer anal, lié au HPV, serait également plus important chez les personnes transgenres (41). Dans *Cancer risk in transgender people*, de Blok et al recommandent la vaccination contre le HPV chez les personnes transgenres étant donné le nombre augmenté de cancer anaux (41).

Ainsi, le dépistage du cancer du col de l'utérus chez les personnes transmasculines n'ayant pas eu d'hystérectomie totale est un élément de prise en charge important.

En ce qui concerne le cancer du sein, le risque d'en développer un chez les personnes transmasculines est inconnu, il y a un manque de données dans la littérature (24).

Le lien entre la prise de testostérone et le risque de développer un cancer du sein ne fait pas consensus : deux théories s'opposent, une suggérant que la prise de testostérone augmenterait le risque de cancer, et l'autre au contraire qu'elle le diminuerait (24). 23 cas de cancer du sein après l'instauration de traitement à la testostérone ont été décrits dans la littérature (24). Les études de cohortes réalisées retrouvent un risque significativement plus faible de cancer du sein chez les hommes trans par rapport aux femmes cis [native female (24). Une étude de cohorte Néerlandaise sur 1229 hommes trans concluait qu'ils avaient un risque plus faible que les femmes cis et plus élevé que les hommes cis de développer un cancer du sein (42). Cependant, il y a un faible niveau de preuve et les risques de biais des études de cohortes ne permettent pas de faire de corrélation entre la prise de la testostérone et le cancer du sein (24). On note que le risque de cancer du sein après une mastectomie bilatérale avec une réimplantation des mamelons

chez les femmes ayant des antécédents familiaux de cancer du sein font diminuer le risque du cancer du sein de presque 90% (43). La mastectomie est une opération qui a été faite ou qui est désirée par 97% des hommes trans et 73% des personnes non-binaires AFAB d'après The report of the U.S. Transgender Survey de 2015 (11). Cependant il reste souvent du tissu mammaire après ces opérations, et sept cas de cancer après une mastectomie sont décrits dans la littérature, ce qui montre que le cancer du sein reste possible (24).

Deux études recommandent ainsi d'appliquer aux personnes transmasculines les mêmes modalités de dépistage que pour les femmes cis, et une étude recommande en plus une décision partagée entre le praticien et le patient après des explications sur les bénéfices et les risques du dépistage (24). Dans Breast malignancy in female-to-male transsexuals: systematic review, case report, and recommendations for screening A. Fledderus et co concluent que le dépistage du cancer du sein avant une mastectomie et un examen des tissus mammaires après une mastectomie peuvent être considérés, et, qu'en consultation, les praticiens peuvent décider pour chaque transsexuel FtM si un dépistage est nécessaire avant et après une mastectomie (24).

Enfin pour terminer avec les risques de cancer, on note que des cancers peuvent se développer dans des organes formés après des opérations chirurgicales comme des néo-phallus (41).

1.4. Dépistages des violences

Le taux médian de prévalence des violences perpétrées par un partenaire intime au cours de la vie des personnes transgenres est de 37.5% pour les violences physiques (16.7% au cours de l'année précédant les études), et 25% pour les violences sexuelles (10.8% au cours de l'année précédant les études). Cela représente un risque 1.7 plus élevé de violence toutes confondues et 2.5 fois plus élevé de violences sexuelles que les personnes cisgenres (la différence reste significative avec les femmes cisgenres spécifiquement) (13). Il n'y a pas de différence significative entre les AMAB, AFAB et les personnes non binaires qui s'identifient comme transgenres (13). Dans ce contexte, le dépistage systématique des violences est donc approprié.

2. Les personnes transmasculines dans les soins généraux

Les personnes trans font face à des difficultés dans l'accès au soin : ces difficultés peuvent être liées aux coûts des soins avec des problèmes de remboursement, à une peur de se faire maltraiter, à des expériences négatives dans les soins, et à des trajets trop longs pour aller voir des professionnels de santé dans le cadre d'une transition.

G. Bauer et al (2009) décrivent pour la première fois le fait que naviguer dans un système cisnormatif [cisnormativity] est une des barrières d'accès au soin pour les personnes trans. La cisnormativité est définie comme un effacement institutionnel des personnes trans, avec l'idée préconçue que tout le monde est cissexuel (on utilise également les termes « cisgenre » ou « cis », pour désigner une personne qui n'est pas trans) (20). Cet effacement est passif (par manque de connaissance, ou par l'idée préconçue qu'une information spécifique aux personnes trans n'est pas importante ou pertinente) ou actif (avec des réponses qui vont de l'inconfort visible, au refus de prise en charge et à la réponse violente dans le but d'intimider ou de faire du mal) (20). En conséquence, l'existence des personnes trans est trop souvent non-anticipée et le système de soin n'est pas préparé pour cette réalité (20). Ainsi, face à un manque de connaissance de leur praticien, beaucoup de personnes trans doivent leur expliquer comment bien les prendre en charge (11). Les personnes trans ressentent un manque d'information. Elles font également face à des espaces, des formulaires et des dossiers informatiques qui n'ont pas été pensés pour elles (19–21).

Dans The Report of The U.S. Transgender Surgey 2015 la moitié des hommes trans ayant vu des professionnels de santé dans l'année précédant l'enquête déclaraient que le professionnel de santé qui les prenait en charge pour le suivi de transition était le même que pour les soins généraux [routine health care]. Lorsque c'était un professionnel différent (dans un tiers des cas), un problème de connaissance sur la santé des personnes transgenres pouvait être présent, puisque 24% déclaraient que ces professionnels ne savaient « presque rien » et seulement 6% « tout ou presque tout » sur le fait de s'occuper des personnes transgenres (11).

Dans ce même rapport, 25% des répondants déclaraient avoir eu un problème avec leur assurance dans l'année précédant l'enquête, comme le fait de ne pas être couvert pour les soins liés à la transition ou des soins sexuels comme le frotti. 33% déclaraient ainsi

ne pas être allés voir un professionnel de santé alors qu'ils en avaient besoin en raison des coûts de ces soins dans l'année précédant l'enquête (11).

42% des hommes transgenres déclaraient avoir eu au moins une expérience négative dans les soins par un médecin ou un autre professionnel de santé parce qu'ils étaient trans. Cette fréquence est influencée par l'ethnicité et est augmentée en cas de handicap. 15% des hommes transgenres déclaraient s'être vus poser des questions intrusives ou non nécessaires sur leur transition qui n'étaient pas liées aux motifs de la visite, 8% s'être vu refuser des soins liés à la transition, 8% avoir subi du harcèlement verbal dans des établissements de santé et 5% déclaraient qu'un professionnel de santé a utilisé un langage agressif [harsh or abusive language] pendant un soin. 3% déclaraient qu'un professionnel de santé avait refusé de les prendre en charge pour un motif non lié à la transition (comme pour la grippe ou le diabète), 2% déclaraient que des professionnels de santé avait été physiquement rudes [rough or abusive] dans le soin, 1% déclaraient avoir subi une agression physique et 1% une agression sexuelle dans un établissement de santé (11).

Les micro-agressions comme le mégenrage (le fait de considérer les personnes trans comme étant du genre assigné à la naissance et non du genre ressenti, le fait d'utiliser d'autres pronoms et accord que ceux souhaités par la personne) et l'utilisation du prénom de naissance (ou parfois appelé « dead name ») peuvent impacter négativement leur expérience de soin (19). Les hommes trans décrivent parfois ressentir la désapprobation ou l'inconfort des professionnels de santé dans la manière de les traiter, et peuvent également décrire se sentir comme des bêtes de foire [freak show] après des examens physiques apparemment non nécessaires ou inappropriés (19).

Une personne témoigne ainsi « *Multiple medical professionals have misgendered me, denied to me that I was transgender or tried to persuade me that my trans identity was just a misdiagnosis of something else, have made jokes at my expense in front of me and behind my back, and have made me feel physically unsafe. I often do not seek medical attention when it is needed, because I'm afraid of what harassment or discrimination I may experience in a hospital or clinic* » (19).

Ces expériences dans les soins ne sont pas sans conséquences sur la santé des personnes transgenres puisque 31% des hommes transgenres et 20% des personnes non binaires déclaraient ne pas, au cours de l'année précédant l'enquête, être aller chercher

des soins médicaux lorsqu'ils en avaient besoin de peur de se faire maltraiter en tant que personnes transgenres (11). La stigmatisation est donc un des freins à l'accès au sein des personnes transgenres (21) et particulièrement les hommes transgenres qui ont 1,32 fois plus de risque que les femmes transgenres d'éviter les soins par peur de subir de la maltraitance (21). La pauvreté et le fait d'avoir une mauvaise conformité visuelle (définie par le fait que les autres puissent deviner que la personne est transgenre ou non) sont des facteurs augmentant le risque d'évitement des soins par peur d'une maltraitance, tandis que le fait d'avoir une assurance et le fait d'avoir révélé la transidentité autour de soi sont des facteurs qui diminuent ce risque. L'ethnie est également un facteur influençant ce risque (21).

Un autre mécanisme adaptatif face à ces situations de soin peut être le fait de cacher sa transidentité (19,20). Dans Dans The Report of The U.S. Transgender Survey 2015, parmi les 87% de personnes transgenres ayant vu des professionnels de santé [health care provider] dans l'année précédant l'enquête, 40% déclaraient que tous les professionnels de santé savaient qu'elles étaient transgenres, 13% que la plupart le savait, 17% que quelques-uns le savaient, et 31% déclaraient qu'aucun des professionnels de santé n'était au courant. 62% déclaraient qu'au moins un des professionnels de santé était au courant et les traitait avec respect (11). Ce choix de cacher sa transidentité (en cachant également une prise d'hormone par exemple) expose à un risque de ne pas recevoir des soins appropriés, mais également que la transidentité soit découverte de manière involontaire pendant un examen (20).

3. Les personnes transmasculines dans les soins gynécologiques et reproductifs

Les personnes transmasculines ont un accès aux soins gynécologiques et reproductifs altéré.

Tout d'abord, les personnes trans sont éloigné des pratiques préventives (1). A. Meidani et A. Alessandrin (2017) décrivent que le fait que le cancer et les questions de santé représentent une préoccupation lointaine, qui passe derrière une préoccupation principale qui est la transition (22). Ainsi, ils écrivent « *Ce n'est pas que je n'y pense pas, mais la priorité c'est l'opération et les papiers* », nous répète Anthony (FtM, 29 ans),

comme un grand nombre de personnes rencontrées. Dans cette étude, parmi les FtM, les plus jeunes personnes interviewées déclarent ne pas se rendre chez la gynécologue et ne jamais faire de frotti, et les plus âgées déclarent ne jamais avoir eu recours à la mammographie.

Les barrières institutionnelles auxquelles font face les personnes transmasculines dans l'accès au soin sont encore plus accentuées pour les soins sexués [gender-based] comme le suivi gynécologique que dans les soins généraux. Le système de soin gynécologique et reproductif est strictement binaire : il part du principe que les patients ne peuvent être que des hommes ou des femmes et n'autorise pas de variation de genre. Les espaces, et les ressources en gynécologie et pour les soins reproductifs sont orientés exclusivement autour des femmes hétérosexuelles (19). Les hommes transgenres doivent ainsi négocier avec ce système, pour accéder aux soins (19).

Une revue systématique prenant en compte des articles en anglais montre que beaucoup d'hommes transgenres ne sont pas remboursés pour les soins gynécologiques, notamment pour le frottis (19). Ainsi dans The Report of The U.S. Transgender Survey de 2015, 13% des personnes trans déclarent ne pas avoir été couvertes pour des soins genrés [gender-spécific] dont les soins reproductifs de routine ou les dépistages comme le frotti, l'examen de la prostate ou la mammographie (11). Or, le contexte de remboursement des soins n'est pas le même dans tous les pays. Dans le mémoire français Gynécologie et personnes transgenres masculines Freins à la bonne prise en charge, Sara François rapporte que deux personnes transgenres masculines participant à son étude ayant changé de numéro de sécurité sociale (suite au changement de la mention du sexe à l'état civil) n'ont pas pu se faire rembourser une consultation gynécologique, tandis que d'autres n'ont pas eu ce problème ; le problème serait limité à certaines CPAM (18). Ce problème concerne donc aussi la France. Certaines personnes sont alors face à un choix : faire changer leurs papiers et ne pas être remboursé, ou ne pas changer de papier, ce qui peut poser problème notamment en étant visiblement trans auprès de son employeur (19). Les personnes ayant changé de numéro de sécurité sociale ne reçoivent également plus les invitations à faire des dépistages pour le cancer du col de l'utérus et le cancer du sein (18).

Les questionnaires médicaux et les dossiers informatiques sont orientés autour des femmes hétérosexuelles et cis, alors que le fait d'avoir des informations exactes

notamment sur les antécédents et comportements sexuels est important pour administrer des soins appropriés (19). Les professionnels de santé peuvent faire des suppositions inexactes en regard de la santé et des comportements à risque des personnes trans, ce qui altère la prise en charge (19). De plus, les informations auxquelles les hommes transgenres ont accès sont destinées aux femmes cis, leur besoins spécifiques n'étant pas adressés. Cela mène à un manque d'information chez ces personnes, ayant un impact négatif sur leur santé, et leur donne un sentiment d'exclusion et d'invisibilité (19). Au contraire, lorsque les soignants normalisent et confirment l'identité de genre, les personnes se sentent plus en sécurité (44).

On note également que les espaces dans les soins et autour des soins sont genrés : les logos, les salles d'examens, parfois même les noms des centres de soins (« women health center ») ont un design qui correspond à la féminité traditionnelle (on retrouve par exemple des salles d'attentes couleur rose pastel) (19). Les lieux mixtes sont au contraire perçus comme plus sûrs (44) De plus, l'attente avant les consultations peuvent être source de malaise avec parfois, d'autres patients qui regardent les personnes transmasculines dans les salles d'attente de manière appuyée ou étonnée (18).

Les personnes transmasculines rencontrent un autre type de frein à la prise en charge : le fait de recourir à des soins associés aux femmes cis comme dans la gynécologie et les soins reproductifs, ainsi que les soins impliquant les organes génitaux et leurs fonctions peuvent être vécu comme un « *retour pénible à la chair* » comme décrit A. Meidani et A. Alessandrin dans *Cancer et transidentité : une nouvelle population à risque ?* (22) ou être source de dysphorie (4,26). Une dysphorie peut aussi être provoquée par le fait par le fait de se mettre nu pendant les examens, ce qui enlève des marqueurs sociaux masculins aux hommes transgenres que peuvent constituer les vêtements et le torse plat avec l'utilisation d'un binder (26). Les examens représentent ainsi une situation d'exposition qui peut être difficile à vivre (44). On note que les soins peuvent être chargés émotionnellement, avec de l'inconfort physique et mental, de l'anxiété et du stress, de la gêne et de la peur (19). Cependant, le niveau de détresse provoqué par ces examens varie significativement en fonction des personnes (26). Dans cette situation d'exposition, le fait que les soignants se montrent empathiques, compréhensifs et fassent participer les patients (avec par exemple des auto-examens) est un facteur facilitant (44). A l'inverse, lorsque les soignants ont des attitudes jugées discriminatoires, la position d'exposition est aggravée (44).

On retrouve également comme dans le reste des soins de la transphobie, avec des discriminations verbales et non verbales. Les personnes transmasculines peuvent de plus décrire, dans les soins gynécologiques et reproductifs, des refus de prise en charge (comme par exemple, ne pas avoir été autorisé à bénéficier d'un don dans le cadre d'une PMA), ou de ne pas avoir reçu toutes les informations disponibles une fois leur transidentité révélée (19).

Les personnes transmasculines, pour toutes ces raisons, peuvent adopter des comportements adaptatifs qui peuvent être bénéfiques ou délétères, amenant parfois à des prises en charge inadaptées ou des mauvaises issues cliniques [poor outcome]. On retrouve de la relaxation, de la dissociation, le fait de dissimuler des choses aux professionnels de santé [concealment] et un évitement des soins. Par ailleurs, on retrouve chez les hommes trans des moyens de faire face à ces difficultés en ayant des groupes de soutien dans lesquels ils partagent des informations, formel avec des groupes de soutien trans et des communauté trans en ligne, ou informels avec les cercles d'amis (19). Les personnes transmasculines se conseillent parfois des professionnels de santé ayant des connaissances dans la prise en charge des personnes trans entre-elles (18).

Quand les hommes trans rencontrent des professionnels de santé et une équipe qu'ils jugent dignes de confiance et qui ont des connaissances sur leurs besoins spécifiques, ils se sentent soutenus dans le fait de prendre des décisions à propos de leur santé gynécologique et reproductive (19). Les patients transmasculins peuvent avoir des besoins physiques et émotionnels très différents, et lorsque les professionnels de santé connaissent et prennent en compte ces besoins, les patients sont plus à l'aise. Les professionnels qui montrent une attitude sincère de bienveillance [caring], prennent en compte les besoins de leurs patients notamment en utilisant un certain type de pronom et de terminologie, établissent une relation de confiance entre eux et leurs patients (19). Les patients reportent des expériences positives lorsque l'équipe médicale connaît leurs besoins, est bienveillante [sensitive] et ne les altérise [othering] pas. Ils sont ainsi plus à même de surmonter les barrières structurelles, institutionnelles, sociales et émotionnelles de l'accès au soin (19).

J. Sbragia et B. Vottero recommandent ainsi dans *Experiences of transgender men in seeking gynecological and reproductive health care: a qualitative systematic review* que toutes les personnes étant en contact avec les hommes trans dans les soins

gynécologiques et de reproduction aient une éducation et des compétences culturelles pour diminuer les épisodes de discrimination de micro agression et de rejet à l'encontre des hommes trans et pour connaître leurs besoins physiques et émotionnels. Les autrices recommandent de faire en sorte que les environnements de santé des hommes trans soient accueillants et inclusifs, que les formulaires dans lesquels les patients partagent des informations et les dossiers informatiques soient inclusifs. De plus, le système de santé devrait prendre en compte selon elles les variations de genre (19).

C. Les professionnels de santé et les personnes transmasculines

1. Rapports des professionnels de santé avec la prise en charge des personnes transmasculines

Les professionnels de santé rencontrent de leur côté également des freins dans leur prise en charge des personnes trans; plusieurs études sur le point de vue des infirmiers sur leur sentiment de compétence et leur pratique ont été réalisées. Ces études pointent un sentiment de manque de connaissance et de compétences [skill] sur la santé des personnes transgenres de la part des infirmiers (28,29), perçus par ceux-ci comme un défaut (29). Les professionnels de santé peuvent être discriminants volontairement ou involontairement par manque de connaissance et par manque d'expérience, et malheureusement ce caractère involontaire n'empêche pas une répercussion de ces discriminations sur les personnes transgenres (28). Les infirmiers peuvent être notamment confus par rapport aux changements anatomiques, l'identité de genre et l'orientation sexuelle. Il y a des insécurités dans la communication qui créent du malaise, et une hésitation dans leur manière de parler malgré le désir de prodiguer des soins de qualité. La manque de connaissance s'explique par un manque dans la formation initiale, et dans la formation continue, ainsi que par un manque de ressources. De ceci résulte un sentiment de ne pas savoir prendre en charge les personnes transgenres, un sentiment de malaise et d'incertitude dans leur prise en charge vis-à-vis de ce manque de connaissance et de la complexité des besoins des personnes transgenres. Ainsi, les infirmiers ne sont pas confiants dans les soins, ressentent une peur de faire des erreurs de prise en charge, et une peur de l'embarras. Des infirmiers ressentent cependant de la compassion, de l'acceptation, un désir de montrer leur respect envers les personnes transgenres. Ils

peuvent être préoccupés par la manière de s'adresser aux personnes transgenres pour qu'elles se sentent respectées. On note également des expériences négatives quand des praticiens possèdent des connaissances techniques mais ont une approche autoritaire (comme lorsqu'une infirmière identifiant un patient transgenre ayant un besoin de dépistage du cancer de l'utérus lui dit qu'il doit avoir un examen pelvien), ce qui affaiblit la relation soignant/soigné (29).

Certaines personnes cherchent alors des ressources, ce qui est vécu comme frustrant car il y a un manque de données et d'études sur la santé des personnes trans, et de recommandations basées sur des preuves. Ils expliquent ne pas savoir pas ou chercher des informations, ni lesquelles. En ce qui concerne la terminologie, certaines personnes cherchent des ressources pour améliorer leur communication avec les patients transgenres, mais trouvent plusieurs terminologies différentes. Certains professionnels peuvent demander aux personnes transgenres de leur expliquer, ou de ne pas hésiter à les reprendre si une chose qu'ils font ou disent est inappropriée (29).

Des infirmiers arrivent à surmonter leur peur de faire des faux pas en faisant des efforts supplémentaires dans la prise en charge de personnes transgenres et en cherchant à combler leur manque de connaissance. Avec le temps, elles peuvent alors ressentir une fierté croissante et une assurance qui leur permettent de délivrer des soins de qualité. Mais parmi les professionnels avec une connaissance grandissante, on peut remarquer des biais dans la manière de considérer des personnes transgenres comme lorsqu'un infirmier parle de « préférences sexuelles » ou qu'un autre parle d'une personne qui a fait une transition en utilisant « *it* » pour parler d'elle (29).

Les attitudes retrouvées chez les sages-femmes et les infirmiers vis-à-vis des personnes transgenres sont très variables, cependant on note globalement trois types d'attitudes. Cette attitude peut ainsi être soutenante [affirmation and advocacy] avec une prise en compte de la révélation de la transidentité et des conséquences sociales et psychologiques du « *coming out* » (le fait de révéler que l'on est transgenre). Le deuxième type d'attitude consiste à penser que les personnes LGBTQ devraient être traitées comme tout le monde, et d'ainsi traiter tout le monde de la même manière. Cependant ça se manifeste souvent par la non prise en compte de l'orientation sexuelle ou l'identité de genre qui ne sont pas vues comme des informations pertinentes, ou qui sont vues comme pertinentes uniquement lorsqu'il est question de santé sexuelle. Certains usagers

décrivent un sentiment d'invisibilité et de gêne, avec un besoin de parfois de répéter plusieurs fois les mêmes informations. Enfin, le dernier type d'attitude est une attitude d'intrusion et de jugement (28). Parfois, cette attitude est liée à des raisons religieuses ou morales (28).

Ces barrières se retrouvent et sont aggravées dans les soins gynécologiques, du fait des spécificités de cette population pour ce type de suivi. Dans une étude sur 163 médecins généralistes (primary care clinicians), 85.7% déclaraient être partant [willingness] pour prendre en charge des patients transgenres pour des soins de routine, mais seulement 78.6% pour prendre en charge les hommes transgenres pour la réalisation d'un frotti. La probabilité d'être partant pour réaliser cet examen chez un homme transgenre était plus forte si les médecins avaient déjà rencontré une personne transgenre ou était partante pour prendre en charge les personnes transgenres dans les soins de routine, et plus faible en cas de transphobie (31). Dans la même étude, 75.7% déclaraient avoir déjà rencontré une personne trans, 53.6% avoir soigné une personnes trans dans les cinq ans avant l'étude. 47.9% disaient avoir eu un manque de formation sur la santé des personnes trans (31).

Au sujet des gynécologues-obstétriciens, on retrouve le manque de formation et la probabilité plus faible de se sentir à l'aise pour prendre en charge les personnes transgenres et particulièrement les hommes transgenres (30) :

Dans l'étude Care of the Transgender Patient: A Survey of Gynecologists' Current Knowledge and Practice, alors que 59.1% des gynécologues-obstétriciens participants déclaraient que la prise en charge des personnes LGB (lesbienne gay bi) ne faisaient pas partie de leur formation initiale, 80% déclaraient ne pas avoir reçu de formation sur la prise en charge des personnes transgenres. Le temps de formation n'influençait d'ailleurs pas cette probabilité. On note que 59.4% des participants déclaraient ne pas connaître les recommandations pour le dépistage du cancer du sein chez les patients FtM (30).

92% des répondant déclaraient qu'ils étaient à l'aise dans le fait de prendre en charge des patients LGB contre 35.3% pour les femmes transgenres et 29% pour les hommes transgenres, bien que 88.7% se déclaraient partant [willingness] pour réaliser des frottis sur des patients transgenre FtM n'ayant pas eu d'hystérectomie (30).

2. Les ressources des professionnels de santé pour le suivi gynécologique et de prévention en France

En ce qui concerne la formation initiale, selon la HAS (2020) « *Les parcours d'études ne comportent pas [...] d'enseignement sur les personnes trans ou les personnes intersexes, ce qui altère la relation de soins, peut conduire à des comportements inadaptés de la part de certains soignants, et parfois être source de stigmatisation* » (1).

Dans les recommandations (HAS, CNGOF, CNSF), le suivi gynécologique et de contraception n'est envisagé et abordé que pour les femmes cis (25,32–34). Deux seuls rapports de la HAS (2009 et 2020) concernent les personnes trans, mais n'abordent pas le suivi gynécologique et de contraception (1,8).

Il existe cependant une association « Trans-santé », anciennement la « FPATH » et avant cela la « SoFECT » qui est une association médicale avec des équipes multidisciplinaires ayant pour objectif principal « *d'améliorer la prise en charge médicosociale des personnes trans en France* » et qui propose des formations destinées aux professionnels de santé concernant la prise en charge des personnes trans (45). Cependant, cette association est contestée et remise en question de manière virulente notamment par des associations de personnes trans (45,46).

Ainsi, les ressources officielles pour les professionnels de santé en France concernant la prise en charge gynécologique et reproductive des personnes transmasculines sont rares et contestées. Pour ces raisons, certains professionnels de santé font des formations auprès d'associations de personnes trans, pour mieux savoir prendre en charge les personnes transmasculines (18).

3. Les différents professionnels de santé impliqués dans le suivi gynécologique en France

Les professionnels pouvant pratiquer le suivi gynécologique et de contraception en France sont les gynécologues, les médecins traitants mais également les sages-femmes.

En effet, depuis 2009, les sages-femmes ont le droit de pratiquer le suivi gynécologique et de contraception (47). La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant

réforme de l'hôpital et relative aux patients à la santé et aux territoires définit ainsi les conditions de cette prise en charge : « *L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique.* » (47) Cependant, la notion de « situation pathologique » et la notion de « femme » ne sont pas précisées.

Les systèmes de santé sont cisnormatifs (20), aussi il est probable que la possibilité qu'une autre personne qu'une femme cis ait besoin d'accéder aux soins gynécologiques et de contraception n'ait tout simplement pas été envisagée. On retrouve dans toutes les recommandations françaises (HAS, CNGOF) et sur le site du conseil national de l'ordre des sages-femmes la seule mention de « femme » lorsqu'il est question de suivi gynécologique et de contraception (25,32–34). Interrogé par mail, le conseil de l'Ordre des Sages-Femmes explique que les sages-femmes n'ont le droit de prendre en charge que des personnes déclarées comme des femmes à l'état civil, peu importe le sexe d'assignation à la naissance, l'anatomie de la personne, ou leur identification au genre féminin ou masculin. Cela exclurait donc le suivi des hommes trans qui ont effectué un changement de la mention de sexe à l'état civil, mais pas ceux ne l'ayant pas effectué.

La notion de « situation pathologique » est également ambiguë : certaines personnes trans sont en bonne santé, sans pathologie médicale. Des hommes trans possèdent un appareil génital (comprenant un utérus, des ovaires, des trompes, un vagin) en bonne santé. Les sages-femmes ont l'habitude de prodiguer des soins à des personnes possédant ce type d'anatomie. Le fait de prendre de la testostérone modifie la morphologie (8) mais comme vu précédemment, le besoin de suivi gynécologique persiste sous testostérone, et la mise en place de contraception hormonale reste possible (4). Nous ne savons pas si cette situation est considérée comme sortant de la physiologie.

En outre, les personnes transmasculines constituent une population vulnérable avec des besoins particuliers, mais les sages-femmes font preuve de qualité relationnelles et médicale à mêmes de répondre à des populations en situation de vulnérabilité (48).

III. Méthode

1. Population

1.1.L'échantillon de l'étude

1.1.1 Population

Les gynécologues et/ou sages-femmes et/ou médecins généraliste assurant le suivi gynécologique de personnes transmasculines (personnes assignées comme femme à la naissance et qui transitionnent vers un genre masculin et/ou neutre) en France, et recommandés par ces personnes.

1.1.2 Les critères d'inclusion et d'exclusion

Les sages-femmes, gynécologues, ou médecins généralistes, qui étaient recommandés par des personnes se reconnaissant dans l'appellation « personne trans masculine » pour assurer leur suivi gynécologique et de contraception ont été inclus.

Les personnes ne parlant pas français, n'exerçant pas en France, ou n'ayant jamais réalisé de consultation avec des personnes transmasculines ont été exclus.

1.1.3 La procédure de recrutement

Le recrutement s'est effectué de septembre 2021 à décembre 2021. Des associations de personnes trans, et des groupes de personnes trans sur les réseaux sociaux (se revendiquant comme étant des personnes trans) ont été contactés, avec une plaquette informative expliquant le but du mémoire et la démarche. Il leur a été demandé de nous donner le contact professionnel des praticiens qu'ils recommandaient en tant que personne transmasculine pour assurer leur suivi gynécologique et de contraception, ou de les contacter et de leur transmettre une plaquette leur demandant de participer à notre étude, avec une adresse mail pour nous contacter.

13 associations ont été contactées par mail, deux ont répondu en acceptant de relayer l'information aux professionnels de santé concernés. Deux professionnels de santé nous ont ensuite contactés par mail en acceptant de participer à l'étude. Nous ne savons pas combien de professionnels ont été contactés par les associations mais n'ont pas souhaité participer à l'étude.

La plaquette informative a été transmise sur un groupe du réseau social Discord. Cinq personnes transmasculines nous ont ainsi donné le contact professionnel de praticiens. Les sept praticiens ainsi recommandés ont été contactés par mail ou téléphone, et trois ont été recrutés.

Enfin, trois personnes transmasculines ont été informées de l'étude par bouche à oreille et nous ont transmis les contacts de deux praticiens, qui ont été contactés et recrutés.

Ainsi, six participants ont été recrutés.

2. Méthodes :

1.1.Type d'étude

Une étude qualitative avec une analyse inductive générale.

1.2.Rappel des objectifs

L'objectif principal était d'explorer la manière dont les professionnels de santé recommandés par les personnes trans masculines les prennent en charge lors du suivi gynécologique et de contraception. Les objectifs secondaires étaient de découvrir les spécificités de la prise en charge des personnes transmasculines et d'explorer le sentiment de compétence et les ressources de ces professionnels.

1.3.Mode de recueil des données

Des entretiens semi-dirigés ont été réalisés, à l'aide d'une grille d'entretien. Les entretiens ont été enregistrés, puis retranscrits. Les enregistrements ont été détruits après la retranscription, et les retranscriptions ont été conservées sur des fichiers sécurisés le temps de l'étude.

1.4.Déroulement de l'étude

Trois entretiens ont été réalisés en septembre, un en novembre et deux en décembre 2021. La saturation des données n'a pas été atteinte.

Les entretiens ont été réalisés par téléphone en raison de la crise sanitaire liée au COVID19, et parce que les participants se trouvaient dans diverses régions de France.

Les entretiens s'articulaient autour de trois axes :

- Une partie de renseignements généraux, permettant d'obtenir des informations sur le parcours du professionnel et sur sa patientèle transmasculine.
- Une deuxième partie sur les ressources et le sentiment de compétence des professionnels.
- Une troisième partie sur les spécificités de tous les aspects de la prise en charge des patients transmasculins.

La grille d'entretien a évolué entre les différents entretiens

1.5. Le mode d'analyse des données

Une analyse inductive générale a été réalisée

1.6. Les aspects éthiques et réglementaires

1.1.1 Avis de comités consultatifs

Une déclaration au Délégué de Protection des Données (DPD) a été effectuée, son accord a été donné.

1.1.2 Information et consentement

Chaque participant à l'étude a reçu une lettre d'information individuelle, portant sur le but de l'étude, l'enregistrement puis la retranscription des entretiens, sur la conservation des données, et sur l'anonymat. L'information a été renouvelée à l'oral avant chaque entretien

Un consentement oral de participation à l'étude et d'utilisation des données collectées dans un but de recherche a été recueilli avant chaque entretien.

Un participant a souhaité avoir accès à la retranscription de son entretien afin de vérifier l'exactitude des données recueillies, et son anonymisation. La retranscription lui été transmise, et le participant s'en est montré satisfait.

1.1.3 Anonymat

Les données ont été anonymisées lors de la retranscription. Les noms propres (de personnes, de lieux) ont été supprimés. Du fait des spécificités des participants, certaines informations non nominatives ont été jugées identifiantes et ont été supprimées. Certaines données ont été retranscrites mais ne figurent pas de manière regroupée dans les résultats de l'étude, car le recoupement de ces informations aurait permis d'identifier les participants.

IV. Résultats

Généralités

Les entretiens ont duré entre 45 minutes et 1h et 24 minutes, avec une moyenne de 1h et deux minutes par entretien. Sur les six personnes interrogées, trois sont sages-femmes, deux médecins généralistes et une gynécologue. Les trois sages-femmes interrogées ne font que du suivi gynécologique, les deux médecins généralistes pratiquent le suivi gynécologique et le suivi de transition, et la gynécologue s'occupe également du suivi de transition.

Tous exercent en libéral. Cinq participants exercent en ville, et un participant exerce en semi-rural.

Concernant l'âge des participants, quatre ont 30-35 ans et deux ont 40-45 ans.

Chaque participant a déjà pris en charge des personnes transmasculines. Pour cinq des participants, cela représente une part récurrente de la patientèle, et un participant n'a eu que deux consultations avec des personnes transmasculines avant l'entretien.

Les motifs de consultation des personnes transmasculines sont : le suivi de médecine générale (uniquement pour les médecins généralistes), le suivi de substitution hormonale (uniquement pour les médecins généralistes et la gynécologue), le suivi gynécologique de prévention et de contraception, les demandes de mise en aménorrhée, la prise en charge de symptômes gynécologiques.

Les participants ont pu avoir plusieurs raisons de se renseigner sur la transidentité. Il s'agissait d'une démarche personnelle, féministe ou en étant directement concerné par la question, *« j'ai commencé à m'y intéresser, de par mon approche féministe et de savoir qui est concerné par la santé gynéco et pour qui cet accès à la santé gynéco est compliqué [...] j'ai voulu me former plus spécifiquement sur ça pour créer un espace de santé gynécologique qui soit safe et qui soit inclusif. [...] et après, si je suis devenu un peu spécialiste de la question de la transidentité, c'est parce [...] ça m'a permis de me rendre compte par moi-même que j'étais trans »* (A), parce qu'ils savaient par avance qu'ils allaient avoir une patientèle trans *« mon collègue avec qui je me suis installé [...] suivait déjà des personnes trans, [...] c'était déjà dans le contrat entre guillemet, il allait pas s'installer avec quelqu'un qui pourrait pas recevoir sa patientèle »* (D), ou après avoir

rencontré ce public en consultation pour répondre à cette demande « *C'est eux qui m'ont poussé à la base à m'intéresser à ce type de prise en charge* » (B).

S'adapter au manque de ressources : faire partie d'un réseau

Les professionnels de santé recommandés par les personnes transmasculines font face à un manque d'informations « officielles » « *Au début c'était difficile [...] Il y a eu pas mal de choses où il a fallu que je me forme moi-même* » (A). En effet, les six personnes interrogées déclarent n'avoir eu aucune information sur la transidentité pendant les études « *moi à mon époque on en parlait même pas! [...] on nous a jamais parlé de grossesse de personnes lesbiennes [...] On nous parlait de l'intersexuation comme d'une pathologie, bon à réassigner à la naissance... et le mot transidentité n'a jamais été prononcé une seule fois, à aucun moment que ce soit.* » (A). Il n'y a pas non plus de formation dans le cadre du développement professionnel continu sur ce type de prise en charge « *les organismes de formation [...] tu n'as pas de formation qui sont sur ce type de problématique là. Donc en fait j'avais cherché des associations* » (F). Les soignants ont alors plusieurs moyens d'information : ils peuvent se tourner vers Internet « *des podcasts en fait, des documentaires radiophoniques* » (D), vers les personnes trans qu'ils prennent en charge en consultation « *c'est comme ça que j'ai appréhendé le parcours, en lui posant au fur et à mesure des questions, tu vois* », (C), vers des associations de personnes trans « *Je suis allée à plusieurs réunions de réseau qui étaient organisées par une association qui militait pour comment dire... l'accompagnement et les droits aussi des personnes trans dans notre ville, et du coup là-bas, c'est vrai que j'ai appris pas mal de choses* » (D) ,ou vers des soignants ayant l'habitude de prendre en charge des personnes trans « *j'étais content d'avoir des collègues médecins généralistes vers qui je pouvais réorienter et à qui je pouvais demander l'avis sur certaines interactions hormones-contraceptives* » (A).

En se renseignant ainsi auprès de personnes prenant déjà en charge des personnes transmasculines, ou en les rencontrant par hasard « *en discutant tous ensemble, il y en a qui ont dit "ah bah moi je m'occupe de patients trans", j'ai dit "ah bah moi aussi"* » (B), les participants se créent un réseau « *ça a été de bouche à oreille c'est à dire que j'ai contacté un professionnel, [...] qui accompagnait les personnes trans sur [ville] déjà depuis plusieurs années pour voir au niveau de sa pratique, et lui-même connaissait un médecin* » (A). Un réseau « personnel » propre à chaque soignant qui est un carnet

d'adresse et qui permet d'avoir des personnes référentes se constitue. Mais il y a aussi une « véritable organisation » collective, avec un partage d'information, et un canal de communication entre les soignants « *on a créé un réseau de soin [...]et d'accompagnement en libéral des personnes trans. Et du coup les personnes participaient de leur propre volonté quand ils souhaitent pouvoir accompagner les personnes trans que leur pratiques soient inclusives de l'accès des personnes trans*», (A). « *on s'est fédéré, entre guillemet, avec d'autres professionnels qui font la même chose. Au niveau national, on est un certain nombre et les associations aussi trans. [...] Et puis on est en train de bosser sur une formation DPC. Pour valider.* » (C)

Cela permet alors d'échanger sur la prise en charge de personnes trans, de rechercher des informations « *on se pose des questions, on discute entre nous, on se tient au courant. On se pose des questions sur des prises en charge, sur des situations.* » (C), tout en gardant une préoccupation sur la validité scientifique des informations partagées «*on partage en fait un google drive [...] on l'alimente avec des choses vraiment très validées pour le coup [...] C'est informel mais c'est que des recos, [...] des articles, des choses comme ça, mais du coup c'est assez bien nourri je trouve, et on l'alimente comme ça, et on partage nos ressources documentaires pour améliorer la prise en charge, parce que euh... Ben jusqu'ici il n'y avait pas beaucoup de publication sur le sujet donc voilà.* » (B). L'organisation en réseau permet de pallier au manque de ressources institutionnelles (études, formations).

Être identifié « *transfriendly* »

Les six participants sont identifiés « *transfriendly* », sur des listes sur Internet, par des associations de personnes trans, ou par le bouche-à-oreille après quelques consultations « *j'ai peut-être été nommée sur des blog ou des trucs comme ça d'utilisateurs, en disant que j'étais euh... transfriendly, et que j'étais pas dans le jugement, enfin vous voyez ce genre de commentaires* » (B). Plus de personnes trans viennent alors consulter jusqu'à représenter une partie récurrente de la patientèle « *en fait au début j'en avais très peu des patients trans, [...] quand j'ai commencé à en avoir toutes les semaines sur mon agenda je me suis dit "c'est quand même étrange tout d'un coup d'avoir ce recrutement-là", [...] Et c'est comme ça qu'ils m'ont dit "on vous a trouvé sur un blog, on en discute entre... utilisateurs trans, et vous êtes recommandée"* » (B), à l'exception de F qui n'a eu que deux personnes transmasculines en consultation bien qu'elle soit identifiée

« *transfriendly* » sur des sites Internet. Pour les trois médecins interrogés, cela s'accompagne d'une patientèle en demande d'un suivi de substitution hormonale. Ainsi, le fait d'être identifié « *transfriendly* » est à la fois la conséquence et la cause de la présence d'une patientèle transmasculine.

Le fait d'être identifié « *transfriendly* » par les personnes transmasculines rassure sur le fait de bien accueillir les personnes trans « *j'étais contente de voir que j'avais a priori fait quelque chose de bien pour ces personnes-là, que en tout cas je ne m'étais pas comportée d'une manière qui aurait pu les blesser ou autre* » (F). Le fait d'être identifié ainsi par les patients est donc perçu positivement.

Les participants sont aussi identifiés « *transfriendly* » par les autres professionnels de santé prenant en charge des personnes trans « *je sais que [...] il y a une endocrinologue qui fait beaucoup de suivi et de prescription de T¹ aux personnes trans et que quand elle oriente vers du suivi gynéco elle oriente vers moi si j'ai bien compris, que je fais partie d'un réseau de soignant et soignantes identifié comme impliqué dans l'accès au soin des personnes trans* » (A). Les participants se servent également de ces références de professionnels « *transfriendly* » sur Internet, ou via le retour des patients transmasculins pour orienter les patients vers d'autres soignants « *pour chercher d'autres professionnels à conseiller et pour élargir un peu le réseau* » (C). Cependant, une des personnes interrogées vit négativement le fait d'être identifiée après de ses collègues comme une soignante pratiquant le suivi de substitution hormonale « *auprès de nos collègues, ça va plutôt engendrer de la stigmatisation [...] dé-légitimisation parfois [...] Voire même, ça nous rend vulnérables par certains aspects, notamment par rapport au Conseil de l'ordre, ce genre de choses, on a un peu la sensation d'être dans le collimateur et que on pourrait nous reprocher notre manière de pratiquer [...] Ça augmente beaucoup notre charge émotionnelle et notre quantité de travail* » (E). Ce vécu est cependant minoré par la présence d'un réseau, et par le fait de ne pas se sentir isolé, « *on est en équipe maintenant, donc c'est tout de suite plus facile, parce qu'on a un réseau de soutien, et comme on travail en réseau maintenant avec des associations etcetera, voilà, on peut espérer que si il y avait un souci, on aurait du soutien, mais malgré tout ça reste incertain*» (E).

¹ [Sic]. T = testostérone

« La difficulté, [...] elle va être liée à toutes les violences médicales et d'exclusion du soin qui ont été mises en place depuis des années... » (A)

La moitié des participants (3) décrivent des difficultés liées au mauvais suivi des personnes transmasculines. Elles décrivent ainsi que d'autres professionnels de santé refusent parfois de les prendre en charge par manque de connaissance « *Les personnes nous disent "ben non, je suis pas compétent parce que cette personne prend de la testostérone et moi en tant que gynéco je ne connais pas", et si on oriente vers les endocrinologues, on va nous répondre "Ah bah oui mais là c'est des saignements gynéco, ce n'est pas mon domaine, c'est celui des gynécocos", enfin tout le monde se renvoie la balle* » (E). Ou bien qu'elles peuvent mal les prendre en charge, par transphobie et/ou ignorance « *des dyspareunies [...] comme c'est une personne trans, ça aurait pas été pris en compte parce que "certainement de toute façon vu que c'est un mec, il veut pas utiliser son vagin"* » (A). Les soignants remarquent un évitement des soins dû à la transphobie dans les parcours de santé « *je pense que c'est une réalité l'absence de soins et donc, entre autres aussi de suivi gynéco pour ces gens-là, et de prévention du fait finalement de la violence induite par les professionnels quoi.* » (C) « *il y a quand même beaucoup trop de témoignages, de transphobie [...] on a encore trop de professionnels qui affichent leurs méconnaissances ou leur croyances* » (C).

Cela à plusieurs conséquences : les personnes transmasculines se tournent vers leur paires « *ça fait tellement d'année que les personnes trans se soignent par elles-mêmes parce que l'espace de soin ne leur est pas adapté* » (A) et développent des savoirs communautaires importants « *il y a un savoir en fait qui est immense déjà au sein de la communauté* » (A) ; mais sont éloignées des messages de prévention « *un certain nombre de personnes trans, avant de transitionner, ont été identifiées comme lesbiennes, et du coup souvent exclues de la prévention des IST, donc les personnes n'ont jamais fait de bilan d'IST ou ne savent pas quelles sont les pratiques à risque* » (A). Les problèmes de santé non ou mal pris en charge s'aggravent « *des années de dyspareunies pas prises en compte ça veut dire, ben des sur-traumas en fait euh, de rapports sexuels répétés douloureux* » (A). De plus, les personnes transmasculines deviennent méfiantes envers les professionnels de santé « *par défaut, ils arrivent méfiants dans le cabinet en se disant "qu'est-ce qui va m'arriver? Je vais voir cette personne, j'en ai besoin mais j'ai peur."* »

(C). Ils sont alors obligés de se tourner vers les professionnels identifiés comme « transfriendly » ce qui limite le choix des soignants « *ça créé une forme de dépendance vis-à-vis des soignants et soignantes identifiés comme safe, parce que il n'y en a pas trop d'autres, [...] il n'y a pas de réel choix, en fait. [...] une fois que la relation de confiance est établie, c'est compliqué si les personnes veulent aller ailleurs [...] ça crée un rapport de pouvoir de fait quoi [...] je pense que c'est plus compliqué d'exprimer son désaccord.* »

(E). Les professionnels de santé recommandés par les personnes transmasculines font donc face à une population vue comme mal suivie, mal prise en charge, qui est vue comme informée, mais qui peut être éloignée des parcours de soin et de la prévention, en raison de la transphobie et de l'ignorance des soignants.

Face à cette situation, les praticiens interrogés prennent plus de choses en charge elles et eux-mêmes « *c'est vrai que là on va avoir tendance à aller plus loin que ce qu'on ferait dans un... comment dire, pour les personnes cisgenres* » (E), pour éviter de confronter les personnes transmasculines aux autres professionnels de santé « *la personne a déjà beaucoup de mal avec le milieu médical, elle a pris la peine de venir me voir moi [...] Pour leur épargner de voir trop de professionnel on va essayer de régler un peu plus le problème nous* » (D) ou parce que les autres ne sont pas compétents « *nos collègues spécialistes ne sont pas formés non plus, et donc n'ont pas plus de compétences que nous sur des problématiques spécifiques* » (E). Lorsqu'il est nécessaire de ré-

orienter des patients vers d'autres soignants, les participants se tournent vers des personnes identifiées « transfriendly » ou préparent le terrain en amont « *une fois par exemple, un patient, il était clairement impossible qu'il aille faire un examen type IRM, pour une suspicion d'endométriose, [...] il était traumatisé vraiment par le milieu médical en fait. [...] finalement j'ai rédigé une lettre, à la personne qui le recevrait pour l'IRM au radiologue ou à la radiologue, pour expliquer un peu la situation et qu'il soit reçu dans les meilleures conditions. [...]. Voilà sur la carte vitale, c'était un homme, mais du coup ils allaient pas forcément comprendre qu'il fallait faire une IRM pelvienne pour une recherche d'endométriose... Enfin bref, c'était un peu, de l'éducation en amont, enfin de la pédagogie quoi. Au final il s'est pris un peu de remarques, mais c'était pas si pire apparemment, et ça avait été.* » (D). Face à la transphobie et l'ignorance des soignants, les personnes recommandées par les personnes trans développent donc des mécanismes compensatoires.

De plus, les professionnels prenant en charge les personnes transmasculines doivent reprendre les éléments qui n'ont pas été pris en charge « *reprendre tout le background médical de trucs qui ont été mis de côté et qui n'ont pas été pris en compte, et où on se retrouve à faire à moitié des explorations de médecins généralistes parce que en fait les médecins n'ont pas fait leur taf.* » (A). Cela peut même constituer une partie de leur anamnèse : « *généralement je pose des questions sur l'accès au soin et les violences transphobes ordinaires, et est-ce que les personnes ont des soignant/soignantes safe, est-ce qu'elles font des suivis médicaux, ou est-ce qu'elles sont exclues de l'espace de soins ?* » (A).

L'existence des personnes transmasculines n'est pas anticipée

L'existence des personnes transmasculines dans les soins gynécologiques n'est pas anticipée par le système de soin. Tout d'abord, au niveau administratif. Sur les six participants, cinq signalent avoir eu de problème de remboursement lorsque les personnes transmasculines ont fait un changement d'état civil, et ont un numéro de sécurité social en « 1 ». Cela concerne majoritairement le remboursement des frottis, mais également parfois les remboursements de pose d'implant et de DIU. « *la sécu m'a rejeté le remboursement du soin, parce que j'ai fait un frottis à quelqu'un qui a un numéro de sécu en 1, un mec quoi, et en fait ils m'ont appelé en me disant "ben non mais madame, vous avez fait un frottis à un homme, ce n'est pas possible [...]" Quand j'ai été rappelée, et que je leur ai dit "mais si en fait c'était un homme trans" le mec de la sécu m'a dit "aaaah, ben je ne sais pas ce que je dois faire... euh, je vous rappelle plus tard"* » (F) « *informatiquement il y a pas la case, ça ne passera pas [...], donc il faut surtout pas que je fasse de feuille de soin électronique. Si je fais une feuille de soin papier, là c'est traité manuellement, ça passera* » (C). La sécurité sociale prévoit donc que seules des femmes cis aient besoin de suivi gynécologique. C'est également le cas d'autres acteurs du parcours de soin, comme les laboratoires « *je veux envoyer un frottis avec un numéro de sécu en 1 à mon labo de référence [...] comment je fais, parce que eux ils vont croire que j'ai fait une erreur ?* » (B) et les pharmacies « *il y a des pharmacies qui demandent directement aux personnes dans quel contexte elles viennent chercher un vaccin pour l'hépatite A et qui refusent le remboursement* » (E).

Ainsi, les soignants doivent s'adapter à la méconnaissance des autres. Ils sont obligés de se justifier « *je me suis mise très fort en colère, j'ai dit, mais écoutez, vous me faites chier, cette personne elle a un utérus, il y a un col, donc il y a une prévention pour le cancer, point, c'est une personne* » (C), de prévenir pour que les autres intervenants ne soient pas surpris « *les premières fois j'ai appelé en disant "voilà, je vous envoie un patient, là, qui va déposer un PV, vous étonnez pas".* » (B) et ne mégenrent pas les personnes transmasculines « *je les avais contactés pour qu'ils arrêtent de mettre « madame » sur les résultats des personnes trans* » (A). Ils préviennent aussi les personnes transmasculines pour qu'elles soient armées face à des refus de remboursement « *je vais dire systématiquement "attention, à la pharmacie, on va vous demander ceci cela, vous n'avez pas à vous justifier, c'est dans votre ALD point"* » (E). Cela permet aux autres intervenants de s'adapter « *maintenant, [...] quand je mets "monsieur", [...] quand il y a un I sur la sécurité sociale, ils savent que c'est une personne trans et du coup ça ne pose plus de problème de leur côté* » (A). Ils doivent anticiper s'adapter à la cisnormativité du système de soin.

Prendre en charge des personnes transmasculines : les spécificités

- Accueillir des personnes transmasculines

Les participants respectent l'identité « choisie » des personnes transmasculines. En ne la questionnant pas « *je ne suis pas là pour juger ou pour leur dire qui ils sont, je suis là pour les accompagner* » (C), en utilisant le genre « choisi » du patient, les prénoms d'usages et non l'identité administrative ou « de naissance ». Cependant, l'identité de genre des patients n'est pas nécessairement corrélée avec l'apparence physique. Ainsi, pour ne pas mégenrer, les participants peuvent alors adopter diverses stratégies : regarder l'identité rentrée pour la prise de rendez-vous, demander leur pronom à tout le monde, se faire une idée par l'apparence et poser la question si il y a un doute, éviter de genrer tant que le genre de la personne n'est pas connue « *j'ai adopté plutôt la stratégie de ne genrer personne tant que les personnes ne se sont pas genrées elle-même. [...] si on sent que c'est important de poser la question pour clarifier les choses, [...] certaines personnes n'osent pas s'exprimer, ce genre de chose, on peut le faire [...] parfois, il y a des personnes qui viennent, et ça nous semble complètement évident que ce sont des personnes trans, soit ça me semble complètement évident que ce sont des personnes non-binaires, mais j'ai pas besoin de poser la question de savoir réellement puisqu'on*

s'occupe de pourquoi ils sont là. Moi j'utilise un langage non-genré et à partir de là j'ai pas besoin de plus d'info » (E) « Je ne genre jamais. Les "il" les "elle" les machins, c'est... c'est un exercice hein. Mais c'est comme ma belle-mère, ma belle-mère, ça fait 20 ans que je suis pas capable de dire "vous" ou "tu". [...] Donc ça a pas été très compliqué de la mettre en place pour les gens en transition de genre » (C).

Une adaptation du vocabulaire peut être adoptée de manière plus large, en ce qui concerne la manière de parler de l'anatomie. *« Ça va changer quand je sais que c'est une personne trans ça va être sur le choix des mots à utiliser ou généralement je leur demande quels termes elles utilisent pour nommer leurs organes génitaux et leur pratiques sexuelles pour utiliser les mêmes termes qu'elles » (A).* A et E parlent par exemple de « torsoplastie » quand les autres participants parlent de « mammectomie » ou de « mastectomie ».

Les participants s'assurent que l'identité des personnes transmasculines soit respectée dans toutes les interactions possibles au cours de la prise en charge : de la prise de rendez-vous, aux interactions avec les autres professionnels de santé, et les secrétaires *« on a formé nos collègues, [...] nos secrétaires pour l'accueil des personnes trans » (E).* E explique également modifier les horaires pour éviter les retards et donc les confrontations avec les autres patients en salle d'attente *« Parce que certaines personnes souhaitent qu'on ne puisse pas, en salle d'attente, les associer à un genre quel qu'il soit quoi. Mais il y a forcément des interactions dans les salles d'attentes, avec d'autres personnes, donc on essaie d'être le moins en retard possible, voire jamais en retard, et puis aussi ça fait qu'on a aménagé nos emplois du temps avec beaucoup de consultations longues ».*

De plus, pour inclure les personnes transmasculines, les espaces et outils habituellement conçus pour les femmes cisgenres sont dé-genrés. Cela concerne la salle d'attente *« on fait attention à l'affichage qu'on met en salle d'attente, pour que ça soit le moins genré possible, on a changé aussi notre petit logo sur les toilettes pour mettre quelque chose de plus inclusif » (E),* mais aussi les dossiers *« j'ai une petite case dans mon logiciel où j'écris un peu tous ces trucs-là, c'est-à-dire "prénom choisi: untel", parce que c'est pas celui qui est sur la carte vitale, "souhaite être genré au masculin/au féminin/au neutre", "au féminin/au masculin dans sa famille" voilà ce genre d'info là dans ce petit cadre » (B)* et les ordonnances pré-faites par les logiciels. De plus, pour que les

patients trans se sentent les bienvenus, trois des soignants mettent un affichage concernant la transidentité dans la salle d'attente *« ça les met vachement en confiance en fait. Parce que du coup elles savent que ça va être pris en compte, tout ça. »* (A).

Cependant, ces adaptations peuvent être coûteuses : Elles exposent les professionnels aux commentaires et questionnement des personnes cisgenres *« on reçoit aussi des personnes cisgenres qui parfois peuvent faire des réflexions sur diverses choses, ça peut parfois être un peu délicat sur ça »* (E), elle peut nécessiter de modifier l'apparence du cabinet, de former toutes les personnes intervenant dans le cabinet *« ça demande à chaque fois qu'il y a des remplaçants et remplaçantes qu'on les forme, qu'on explique »* (E), de changer à la main des items par défaut des logiciels, de gérer l'administratif en faisant le changement entre le nom d'usage et le nom légal *« Quand on reçoit des résultats et que ma secrétaire doit les rappeler par exemple, ben sur Doctolib il faut qu'elle pense que "machine" en fait c'est "machin" »* (C). Le fait de rallonger les temps de consultation implique une baisse du revenu des professionnels *« notre engagement, c'est aussi un engagement financier, dans le sens ou on accepte d'avoir des revenus moindres pour garantir la qualité des soins et d'accueil pour tous et toutes »* (E). Elles ne sont donc faites qu'à condition d'être jugées utiles, pertinentes et ne sont pas faites si elles sont jugées trop coûteuses *« ça me prenait tellement de temps [...] que au final j'ai abandonné »* (D). Les adaptations sont de ce fait conditionnées par la présence de personnes transmasculines en consultation : F explique ainsi *« Alors, comme c'est vraiment super rare... [...] je pense que j'aurais fait des changements par rapport à avant si j'avais rencontré de nouvelles personnes trans, mais comme ce n'est pas le cas, je n'ai pas pu opérer des changements. »*. Lorsque les professionnels pratiquent au sein de cabinet pluridisciplinaire, la salle d'attente et le cabinet sont déjà neutre, non genrés, une modification n'est pas jugée nécessaire. Le fait d'appliquer les mesures à tout le monde, cis ou trans n'est pas forcément vu comme nécessaire *« [Maurane]- Tu le fais pour tout le monde ? [C] : - Pour les personnes trans. Les autres, le logiciel est comme ça, on s'en tape, je vais pas m'embêter avec. »*. Cependant, le fait d'avoir un engagement fort dans l'inclusivité des personnes trans dans le soin modifie la perception de cette balance *« coût/bénéfice »* *« les personnes cis qui ne se sont jamais posé la question ça les sensibilise du coup. Ou alors ça permet d'ouvrir les espaces de questionnement, [...] pour que une personne qui vient me voir un jour en consultation, et qui à ce moment-là était une femme cis, puisse me revenir me voir un an après en mode "ben en fait je me*

questionne sur mon identité de genre" quoi. [...] au pire ça complique un petit peu l'échange [en rigolant] avec des personnes qui ne sont pas concernées» (A).

- Une population avec des spécificités médicales

Les professionnels de santé recommandés par les personnes transmasculines font face à une population ayant des spécificités médicales.

Des spécificités d'abord liées à la transition : Avec la prise de la testostérone, les participants ont cité: la présence d'un dicklit « *C'est l'hypertrophie du bouton clitoridien, [...] Tu as vraiment une modification du clitoris, je pense globale, mais qui se voit sur l'extérieur par l'augmentation de volume.* » (C), qui peut être accompagnée d'irritation, de sècheresses vaginales, d'une atrophie du vagin, de vaginoses « *on a un peu les mêmes problèmes qu'avec le début de la ménopause quoi. Sécheresse vaginale, vaginose, déséquilibre de la flore... Euh, bouffées de chaleur, ça dépend en fait* » (A), de ménorrhagies à l'initiation de la testostérone, d'augmentation du risque d'ostéoporose. Les frottis semblent être plus souvent non interprétables « *parce que quand ils sont sous hormonothérapie, la cellularité elle est faible et ça arrive que le labo ne puisse pas conclure* » (B).

Une interrogation revient systématiquement dans les entretiens : le risque d'interactions hormonales avec une prise d'oestro-progestatifs. Certains des participants évoquent ainsi un risque augmenté de maladie thrombo-embolique, et le risque d'interférence avec les effets masculinisants de la testostérone. « *je sais qu'il peut y avoir des interactions avec la testostérone, ça je leur je leur explique bien [...] et que c'est pas forcément recommandé de les prendre ensemble [...] ça peut interférer avec leur souhait de correspondre physiquement au genre masculin.* » (D). Ainsi, pour une mise en place de contraception, les pratiques sont diverses : tout proposer (pour D), se diriger sur ce que le patient a en tête spontanément (pour E), limiter ou contre-indiquer les œstro-progestatifs (pour A, C) voire les œstro-progestatifs et les progestatifs (pour B) en cas d'utilisation de testostérone. Des progestatifs peuvent aussi être mis en place pour mettre les personnes transmasculines en aménorrhée en l'absence de testostérone. Les personnes transmasculines peuvent avoir eu une mastectomie/torsoplastie « *les hommes trans [...] que j'accompagne, la mammectomie est très rapide dans leur parcours* » (C). Les pratiques des participants interrogés varient sur le dépistage du cancer : réaliser une palpation uniquement en l'absence de torsoplastie (A, F) et examiner les cicatrices en cas

de torsoplastie (B, C), réaliser une palpation pour tout le monde (D, E). Concernant le frottis, les pratiques sont plus unanimes. Cinq des participants suivent les recommandations des femmes cis, et C utilise préférentiellement des test HPV « cinq ans c'est encore mieux que trois » (C), qu'elle réalise en fonction des facteurs de risques d'IST.

La diversité des pratiques s'explique par le manque d'étude et de recommandation « c'est quand même une pratique, je dirai, pas à l'aveugle complètement, mais dans le sens ou comme il y a très peu de de recherche, et très peu de recommandations sont formulées spécifiquement pour les personnes transmasculines »(E) et dans une moindre mesure par les représentations personnelles « moi je ne suis pas trop pour euh... enfin je sais qu'il y en a qui mettent des implants par exemple, mais moi ça me paraît assez contradictoire quand on est dans une démarche de masculinisation de filer de la progestérone, donc je ne le fais pas. Enfin. Si c'est vraiment ce qu'ils veulent je le ferais! Mais spontanément c'est pas ce que je proposerais » (B). Les praticiens se basent sur les informations provenant des formations effectuées « [Maurane :] - qu'est-ce que tu pourrais proposer comme contraception ? [F :] - Là en fait, c'était en formation où ils nous avaient dit que [...] » , l'empirisme « je fais un peu de manière empirique, on discute beaucoup aussi avec les gens, faire en fonction de leurs inquiétudes etcetera, mais aussi par rapport à des recommandations proposées par des collègues endocrinologues. Mais pareil, ça, ça repose sur pas grand-chose » (E), sur les études et recommandations internationales retrouvées, en se rapprochant des recommandations des femmes cisgenres, des recommandations pour les femmes cis ménopausées « On essaye de faire ce qui est de l'ordre du bon sens, du plus médicalement et scientifiquement justifié » (E). E conclut « il manque des recommandations qui ne soit pas juste calquées[...] sur les recommandations des femmes cisgenres, je crois qu'il n'y a pas eu d'études sur des échantillons de population suffisamment importants et sur des durées suffisamment longues pour vraiment prendre en compte les difficultés des personnes transmasculines».

- Une pratique inclusive

Les soignants ont une pratique inclusive qui s'inscrit dans une réflexion globale sur le rapport soignant/soigné, la non-nécessité d'examen gynécologique en l'absence de symptômes ou de frottis, l'auto-soin, le consentement, la remise en question de la norme hétérosexuelle (en ne supposant pas de la sexualité des personnes, de leur orientations

sexuelles), et de la pudeur pour tous les patients et pas seulement pour les personnes transmasculines. Ainsi le suivi est proposé et non imposé, et est adapté à chaque personne selon le contexte et le rapport au corps. Certains proposent à tout le monde l'auto-soin par exemple « *c'est comme tout le monde, je propose l'auto examen. Du coup si la personne le souhaite, de regarder avec le miroir pendant qu'on fait l'examen. De s'auto prélever le frottis si la personne le souhaite* » (D). Une modification de la pratique sur ces points n'est donc pas jugée nécessaire pour prendre en charge les personnes transmasculines. On note cependant une attention plus importante sur le fait de prendre le temps de justifier les actes et de donner des explications « *peut être que je prends un peu plus de temps* » (D), et limiter les examens gynécologiques. De la même manière, bien que les soignants identifient la population transmasculine comme plus à risque de subir violence, plus à risque IST, le dépistage et la prévention est effectuée comme pour les autres patients « *je demande à tout le monde si elles ont des pratiques sexuelles ou pas, et quelle est leur orientation sexuelle et leur vie affective[...]si l'examen gynécologique est difficile ou pas [...]Au niveau des dépistage des IST [...] niveau pudeur ou difficulté avec son corps [...] si les personnes ont vécu des violences [...] je demande à tout le monde, c'est pas des questions que je pose parce que je sais que je sais que la personne est trans. [...] mais je sais que statistiquement quand la personne est trans il y a plus de risques que la réponse soit positive* » (A). « *au final il y a une attention particulière à certaines choses mais c'est pas tellement différent du suivi que j'ai pour les personnes cis en fait.* » (D). B explique même qu'au contraire, elle va préciser aux personnes transmasculines que le dépistage leur est pas spécifique « *[une association de personnes trans] disait "ouais nous ça nous saoule chaque fois qu'on dis qu'on est trans les gens ils posent des questions sur notre sexualité, sur les violences, sur les machins...". [...] je leur dis "écoutez... je vais vous poser des questions indiscrettes mais je les pose à tous mes patients et toutes mes patientes". [...]je ne veux pas qu'ils pensent que je ne la pose qu'à eux* ».

- Substituer hormonalement

On remarque une spécificité pour les personnes qui font du suivi hormonal de transition : un public plus large vient consulter en demande de suivi de transition, sans être demandeur de suivi gynécologique « *j'ai des nouveaux patients qui viennent me voir pour une demande d'hormonothérapie qui ne sont pas forcément en demande de suivi gynécologique* » (B). Les éléments en lien avec la prise d'hormone comme la fertilité, la

possibilité de conservation des gamètes sont abordés à l'instauration des hormones, et sont justifiées par ce contexte « *la question de la fertilité que je pose systématiquement [...] parce que ça impacte quand même un petit peu mon information et ma prise en charge* » (B). Cependant, les praticiens vont sortir de la demande initiale de suivi hormonal pour amener les patients vers le suivi gynécologique de prévention « *je le propose, évidemment parce que pour moi ça fait partie intégrante de leur suivi médical, et c'est pas possible d'en faire l'économie* » (B). Pour cela, le soignant commence par répondre à la demande initiale « *Ils viennent me voir pour des hormones [...] du coup on met en place le suivi et si ça matche bien je les suis un bon moment* » (C). Une fois un lien de confiance installée, le soignant propose de réaliser le suivi gynécologique sans l'imposer « *Le suivi gynéco il vient au fur et à mesure de la prise en charge en fait. Moi je le positionne pas en premier, je ne leur saute pas dessus là-dessus. [...] Et au fur et à mesure du suivi, bah forcément, c'est un suivi global de la personne, [...] ça me donne la possibilité, le droit de d'aborder tous les champs du corps [...] et pas seulement de l'hormonothérapie. Tu vois ? Et donc la gynéco va arriver, derrière [...] Parce que eux, ils vont pas du tout forcément le demander ou en parler. Mais quand ils sont en confiance et que tu, tu... tu peux. Enfin moi je peux, enfin je me permets de le demander de le dire.* » (C), tout en justifiant leur proposition « *je leur dis "vous avez 25 ans, sachez qu'il y a les recommandations pour le frotti, pour le cancer du col etcetera"* (E).

De plus, lorsque les soignants suivent les personnes transmasculines pour du suivi de médecine générale ou de transition, ils sont amenés à se voir plus souvent, et les soignants ont une vision plus globale du suivi. Certains sujets, comme le risque de violence ou d'IST sont abordés au fur et à mesure des consultations « *comme on a la chance de se voir souvent, généralement je laisse d'abord s'installer la relation de confiance, et ensuite j'ai plutôt tendance à laisser les personnes aborder le sujet si elles en ont besoin.* » (E).

- La prise en charge psycho-sociale

Les participants envisagent le suivi des patients transmasculins comme un ensemble comprenant le dépistage, le suivi de prévention, la prise en charge de symptômes, mais également une attention au contexte de vie, ce qui peut se traduire par une prise en charge de la précarité. Trois participants ont en effet cité la précarité comme une part importante du suivi des personnes transmasculines. « *J'en ai quelques-uns qui ne le sont pas, mais la grosse majorité, qu'est-ce qu'ils sont précaires quoi. [...] c'est pas des gens que je vire de*

mon cabinet au bout de trois fois où ils sont pas venus [...] C'est des gens où quand c'est le cas, tu n'as pas de news, tu sais qu'il n'y a pas de thune, tu sais qu'ils ont même limite peut être pas eu de quoi bouffer, que peut être la sécu a sauté, enfin... C'est de la prise en charge de précarité, un peu comme dans les histoires de gens qui font l'addicto et de la toxico tu vois. Tu veux pas être aussi carré qu'avec des classiques en médecine G où au bout de trois rendez-vous loupés ou trois attentes, de leur dire "Oh c'est bon, tu dégages". Tu peux pas là» . (C).

E, médecin généraliste, conclut ainsi sur la prise en charge des personnes transmasculines « *je crois qu'il ne suffit pas d'avoir conscience de ce que serait un accueil bienveillant, ni d'avoir des connaissances purement médicales, il y a aussi toute une dimension sociale et psychosociale qui est vraiment majeure à prendre en compte. Par exemple, le fait que les personnes trans ont souvent un accès réduit au marché du travail, et du coup elles se retrouvent très souvent dans des situations précaires voire extrêmement précaire, avec des ruptures familiales, ce genre de chose. Et parfois peuvent faire du travail du sexe entre autre, pour avoir des revenus, et que du coup ça demande d'avoir tout ça en tête, c'est pas que des histoires d'accueil et d'accès au soin, il y a aussi un contexte beaucoup plus large de prise en compte, de "quels sont vos réseaux de soutiens, comment ça se passe avec votre famille, comment ça se passe au lycée, comment ça se passe au travail, comment ça se passe avec vos enfants", voilà, toute une dimension qui est importante dans l'accompagnement je pense» (E).*

V. Discussion

A. Le résultat principal

La prise en charge des personnes transmasculines par les soignants qu'elles recommandent se tourne autour de quatre axes : accueillir les personnes transmasculines, connaître et gérer leurs spécificités médicales malgré le manque de ressources, prendre en charge l'aspect psycho-social, et naviguer dans un système de santé qui ne prévoit pas l'existence des personnes transmasculines. Elle s'inscrit dans une démarche globale : remise en question de la norme hétérosexuelle, prise en compte du rapport au corps, recherche et respect du consentement. Dans ce contexte, avoir un réseau composé de professionnels de santé « *transfriendly* » et d'associations de personnes trans est un facteur facilitant.

B. Le résultat secondaire

Les soignants peuvent amener les patients transmasculins en demande initiale de suivi de substitution hormonale vers le suivi gynécologique de prévention après avoir établis une relation de confiance.

C. Comparaison avec la littérature

Les participants décrivent une non-anticipation de la présence de personnes trans dans les soins gynécologiques par les différents acteurs de soin et au niveau administratif. G. Bauer et al (2009) définissent pour la première fois la cisnormativité : un effacement institutionnel des personnes trans, avec l'idée préconçue que tout le monde est cis, qui a pour conséquence le fait que le système de soin n'est pas préparé à la réalité de la prise en charge des personnes trans. Le fait de naviguer dans un système de soin cisnormatif est une barrière d'accès au soin pour les personnes trans (20). Les personnes trans ressentent un manque d'information de la part de leurs soignants (11), font face à des espaces qui ne sont pas faits pour elles (19–21), et ont parfois des problèmes de remboursement de soin (15,18). L'étude éclaire sur le fait que cette cisnormativité a aussi des conséquences sur les soignantes qui les prennent en charge : ils font également face à des problèmes de remboursement, font face à la surprise des autres acteurs des soins,

voir au refus de prise en charge. Ils doivent ainsi anticiper cette cisnormativité et s'y adapter. Ainsi, ils doivent se justifier, et faire de la pédagogie auprès des autres acteurs de soin.

Les participants décrivent des difficultés liées aux violences et la stigmatisation subies par les patients transmasculins dans les soins, causant un accès au soin altéré pour ces personnes. La stigmatisation est en effet un des freins à l'accès au soin des personnes transgenres (21) et particulièrement les hommes transgenres qui ont 1,32 fois plus de risque que les femmes transgenres d'éviter les soins par peur de subir de la maltraitance (21). Les personnes trans peuvent faire face à des questions intrusives apparemment non liées au motif de consultation, à des refus de soins, à du harcèlement verbal, à du mégenrage, et parfois même subir des violences physiques et sexuelles lors des soins (11,18,44). Cette étude éclaire sur les conséquences de ce contexte pour les soignants recommandés par les personnes transmasculines : ils auront tendance à prendre plus de choses en charge par elle/eux-mêmes, à ré-orienter préférentiellement vers des soignants identifiés « *transfriendly* ». De plus, ils devront parfois gérer des problèmes de santé non ou mal pris en charge, qui ont pu s'aggraver. Les patients et les soignants sont ainsi isolés, ce qui pourrait induit potentiellement une perte de chance pour les patients.

Les participants décrivent la patientèle transmasculine comme plutôt informée. Dans la littérature, les personnes trans décrivent un manque de connaissance des praticiens, et sont obligées de leur expliquer comment bien les prendre en charge (11). On retrouve également un évitement des soins dans cette population (21). On remarque que des associations proposent des formations à destination du personnel soignant (49). Des brochures faites par des associations comme Outrans (sur le parcours de transition) (50) ou Chrysalide (à destination des professionnels de santé) (51) sont disponibles sur Internet. Nous pouvons supposer qu'en réaction à l'ignorance des soignants, les personnes transmasculines se tournent vers leurs pairs et développent des savoirs communautaires importants. Plus de recherche reste nécessaire pour explorer le lien entre évitement des soins et le développement de savoirs communautaires dans le cadre des soins gynécologiques pour les personnes transmasculines.

Les participants décrivent un manque de ressources « officielles » (formation initiale, développement professionnel continu, recommandations) concernant les soins des personnes transmasculines. Dans l'étude *Care of the Transgender Patient: A Survey*

of Gynecologists' Current Knowledge and Practice, 80% des gynécologues déclaraient ne pas avoir reçu de formation sur la prise en charge des personnes transgenres (contre 59,1% pour les LGB). 29% des répondants seulement déclaraient qu'ils étaient à l'aise dans le fait de prendre en charge des hommes transgenres. Dans une étude portant sur les médecins généralistes, 47.9% disaient avoir eu un manque de formation sur la santé des personnes trans (31). Les infirmiers des pays anglophones déclarent également manquer de ressources pour prendre en charge les personnes trans, et sont confus en ce qui concerne les changements anatomiques, l'identité de genre et l'orientation sexuelle de ces patients. Cette ignorance est perçue comme un défaut, et cause des sentiments de malaise, d'incertitude, de peur et d'embarras (28,29). La recherche de ressources est vécue comme frustrante car il y a un manque de données et d'études sur la santé des personnes trans, et de recommandations basées sur des preuves (29). En France, dans les recommandations de la HAS, du CNGOF et du CNSF, le suivi gynécologique et de contraception n'est envisagé et abordé que pour les femmes cis (25,32–34). Deux seuls rapports de la HAS (2009 et 2020) concernent les personnes trans mais n'abordent pas le suivi gynécologique et de contraception (1,8). Dans cette étude, on s'aperçoit que ce manque d'information « officielle » est à l'origine d'une organisation en réseau de professionnels de santé prenant en charge des personnes transmasculines et d'une recherche d'information vers les associations d'utilisateurs. De plus, les études internationales ne sont pas suffisantes pour conclure sur le risque de cancer du sein en cas de mastectomie ou de prise de testostérone, et sur le lien entre maladie thromboembolique veineuse et prise de testostérone. Cette étude suggère que les praticiens ont des pratiques hétérogènes en raison de ce manque de recommandations et d'études, mais ne permet pas de l'affirmer avec certitude. Plus d'études sont nécessaires pour explorer le lien entre manque de ressource et hétérogénéité des pratiques des soignants.

En ce qui concerne l'accueil des personnes trans, les participants respectent l'identité « choisie » des personnes transmasculines et modifient l'espace et les outils de soin pour qu'il n'exclue pas les personnes transmasculines. Effectivement, les espaces de soins non- adaptés aux personnes trans et le mégenrage constituent une barrière dans leur accès au soin (19). A l'inverse, les espaces mixtes ou qui incluent les personnes transmasculines sont perçus comme plus sûrs (44), et le fait d'avoir son identité « choisie » respectée permet également de se sentir plus en sécurité (18,44) et de surmonter les barrières de l'accès au soin (19). L'étude éclaire sur le fait que les

adaptations faites pour inclure les personnes transmasculines sont coûteuses et peuvent nécessiter un véritable engagement de la part des soignants. De plus on remarque que cette volonté de respecter l'identité des personnes transmasculine s'étend au-delà de l'interaction entre le soignant et le patient. Il y a un investissement pour que ce soit le cas dans toutes les autres interactions liées au soin : avec les secrétaires, dans les pharmacies, avec les laboratoires, avec les autres professionnels de santé vers qui ils redirigent.

Les professionnels interrogés disent qu'ils prennent plus de temps avec les personnes transmasculines pour justifier et donner des explications sur les actes qu'ils réalisent. Les examens représentent pour les personnes trans des moments d'exposition qui peuvent être difficiles à vivre (22,44). Le fait que les soignants se montrent empathiques, compréhensifs et fassent participer les patients (avec par exemple des auto-examens) sont des facteurs facilitants (44). Cependant dans cette étude, les soignants ont pris en compte cet enjeu pour tous les patients, et pas uniquement pour les personnes trans. Ainsi une modification de pratique sur ce point n'est pas jugée nécessaire. Cette approche empathique et compréhensive est peut-être la raison qui a poussé les patients transmasculins à consulter vers ces professionnels de santé en premier lieu, et à les recommander.

La moitié des participants déclarent avoir une attention particulière au contexte psycho-sociale. En effet les personnes trans subissent des discriminations et stigmatisation qui affectent leur santé mentale et physique selon le modèle de stress des minorités (« *minority stress model* ») (14). Aux Etats-Unis, 47.8% des personnes trans ont subi des violences physiques au cours de leur vie, et 39.8% des violences sexuelles. Au niveau de la santé mentale, on retrouve une mauvaise estime de soi, de la dépression (54.2%), de l'anxiété, des tentatives de suicide (24,8%), des PTSD, et un usage de substance psychoactives plus important que chez les personnes cis. Les personnes transmasculines sont 39.6% à déclarer consommer de l'alcool, et 38.1% à déclarer consommer des produits illicites. Par ailleurs elles sont plus isolées, font face à de la pauvreté et de la précarité. Aux Etats-Unis, seulement 56.8% ont un emploi, et 47.5% des personnes trans sont sans domicile fixe (SDF) ou avec un domicile instable. Il n'existe pas d'étude sur la situation en France. Il n'y a pas, à notre connaissance, d'études sur les effets de la prise en charge psycho-sociale des personnes transmasculines par les soignants, ni sur le point de vue des personnes transmasculines concernant cette prise en

charge dans le cadre des soins gynécologiques. Plus d'études sont nécessaires pour explorer cette thématique.

Les soignants faisant du suivi hormonal de substitution disent que les patients transmasculins peuvent venir initialement pour du suivi de substitution hormonal et non pour un suivi gynécologique. Aux Etats-Unis en 2015, 95% des hommes trans et 49% des personnes non binaires souhaitaient avoir des hormones de substitution (11). Les personnes transmasculines sont éloignées des pratiques préventives qui sont une préoccupation secondaire passant derrière la préoccupation de la transition (22), et il y a un fort évitement des soins dans les populations trans (21). On peut alors se demander si le suivi de transition est un des seuls suivis médicaux maintenus chez certains patients. Dans cette étude, les soignants recommandés par les personnes transmasculines les amènent vers le suivi gynécologique lorsque la demande initiale est le suivi de substitution hormonale : après avoir établi une relation de confiance, en le proposant et non en l'imposant et en justifiant cette proposition. On remarque dans la littérature que les comportements autoritaires des soignants sont mal vécus par les personnes trans (29). Les soignants en qui les personnes transmasculines ont confiance sont plus à même de leur faire surmonter les barrières d'accès au soin (19). On peut donc se demander si avoir un professionnel de santé de confiance pour le suivi de transition hormonale permet un retour dans les parcours de soin pour les patients transmasculins qui en sont éloignés. Plus d'études sont nécessaires pour approfondir cette thématique.

D. Forces et limites

Une des forces de ce mémoire est qu'il porte sur un sujet qui n'a pas encore été exploré. Il y a très peu d'études en France concernant les personnes trans de manière générale et transmasculines en particulier, et il n'existe aucune recommandation sur leur prise en charge pour le suivi gynécologique. Il y a eu des études sur le vécu des personnes transmasculines pour les soins gynécologiques, des études sur le vécu des infirmières face aux personnes trans dans les soins généraux. Cependant, à notre connaissance, il n'y a pas d'études sur le point de vue des personnes recommandées par les personnes trans pour le suivi gynécologique.

La méthode qualitative est particulièrement adaptée : la population étudiée n'est pas grande et est difficile d'accès. Le mémoire se concentre de plus sur le vécu d'une

population spécifique, abordé en profondeur, ce qu'il ne serait pas possible de faire avec une méthode quantitative.

La méthode de recrutement s'est faite en deux étapes et a consisté à, d'une part, trouver des personnes transmasculines qui pouvaient recommander des professionnels de santé, et, d'autre part, recruter parmi ces professionnels de santé. Ceci complexifie le recrutement. Le nombre de participants est de seulement six personnes. Cependant les entretiens ont eu une durée moyenne d'une heure et deux minutes, et leur richesse a permis d'avoir accès à l'expérience des participants concernant leur prise en charge des personnes transmasculines en profondeur. L'analyse des entretiens a permis l'émergence de thèmes. Malgré cela, la saturation des données n'a pas été atteinte puisque le dernier entretien a donné lieu à la création de nouveaux codes.

Le mémoire peut présenter un biais de recrutement : les associations de personnes trans et le réseau social sur lesquels ont été recherchées les personnes transmasculines pour avoir des recommandations de soignants sont des lieux politisés, voire militants. On peut supposer que les soignants recrutés sont également des personnes politisées ; ce qui explique que tous côtoient des milieux féministes et se tournent vers des associations pour le suivi des personnes transmasculines. C'est cependant le cas pour tous les participants, quelle que soit la méthode de recommandation (association, bouche à oreille...). On peut alors supposer qu'il s'agit soit d'un critère de recommandabilité, soit que la recommandation pousse à la politisation. Toutefois, le fait d'avoir choisi cette méthode de recrutement permet d'avoir accès à une population spécifique. Une des participantes a en effet signalé qu'elle n'aurait pas accepté de participer à l'entretien si la demande de participation n'avait pas été relayée par les associations. Ce biais de recrutement aurait pu être atténué en passant par des groupes de personnes trans sur les réseaux sociaux qui soient moins politisés. Cependant, en n'appartenant pas à ces groupes, il est difficile de connaître leur niveau de politisation. De plus, les personnes trans sont beaucoup sollicitées pour les demandes impliquant des études ou des reportages et n'y sont pas forcément ouvertes : les associations Chrysalides et Outrans ont par exemple des formulaires de contacts à l'intention des journalistes, étudiants, chercheur-euse-s, et précisent ne pas répondre à toutes les sollicitations (« *L'association OUTrans n'est ni un zoo, ni une réserve de témoins en souffrance* »). L'investigatrice était connue sur le groupe Discord à partir duquel deux personnes ont été recrutées. Nous pouvons supposer

que le fait de la connaître les a mis suffisamment en confiance pour partager leurs contacts de soignants.

De plus, le mémoire se concentre sur les soignants « recommandés par les personnes transmasculines », il n'est donc pas surprenant de trouver que les personnes soient identifiées « *transfriendly* », mais le mémoire éclaire sur les implications de cette labélisation.

Sur les 13 associations contactées, seulement deux ont répondu par message avoir relayé la demande de participation à l'étude. On ne sait pas si d'autres ont relayé la demande mais ne l'ont pas signalé. On ne sait pas combien de soignants ont été contacté par ce biais mais n'ont pas souhaité participer à l'étude. Neuf soignants ont été directement contactés par l'investigatrice ; les cinq ayant répondu ont accepté de participer à l'étude ; on ne sait pas pour les quatre autres si la demande de participation à l'étude a bien été reçu, ni la raison du refus de participation le cas échéant.

Un des soignant n'a vu que deux personnes transmasculines en consultation. Il a tout de même été inclus parce qu'il répondait aux critères d'inclusion (être recommandé par des personnes trans) et que l'analyse de l'entretien a permis l'émergence de nouveaux thèmes.

Une autre limite est liée au fait que les entretiens aient été effectués au téléphone : il y a une perte de l'information liée au langage corporel. De même, on ne sait pas où se trouvaient les participants lors de l'entretien. Cependant, faire les entretiens au téléphone a permis de réaliser des entretiens avec des participants habitant dans différentes régions. De plus, le contexte sanitaire lié au COVID19 a limité les possibilités de déplacement.

Une des limites de ce travail est qu'il n'y a pas eu de triangulation des données.

Une de force de ce travail est qu'il a permis de discuter de la prise en charge des personnes transmasculines en gynécologie, et d'informer sur ce sujet des personnes qui ne s'intéressaient initialement pas à une telle prise en charge. En effet, le sujet de mémoire a soulevé des interrogations et a été à l'origine de nombreuses discussions.

E. Les perspectives

-Pour la recherche : Cette étude suggère que plus d'études, avec des échantillons suffisamment grands, sont nécessaires pour déterminer le risque de cancer du sein concomitant à la prise de testostérone, et/ou à une torsoplastie. C'est également le cas en ce qui concerne les interactions entre la prise de testostérone et la prise d'oestroprogestatifs.

Plus de recherches sont nécessaires pour explorer l'hypothèse selon laquelle le suivi de transition fait par un soignant « *transfriendly* » pourrait être une porte d'entrée vers un retour dans les parcours de soins « ordinaires ».

-Pour la pratique : Les résultats suggèrent que tous les soignants faisant du suivi gynécologique devraient être informés sur la possibilité de recevoir des personnes transmasculines en gynécologie, être informés de ce que cela implique. Une remise en question de la cisnormativité dans les soins gynécologiques serait souhaitable pour améliorer le suivi des personnes transmasculines. Cependant, dans le contexte sociétal actuel, cette remise en question est coûteuse et les espaces de soin gynécologiques restent genrés. Une évolution de la considération de la transidentité dans la société permettra une meilleure prise en charge de ces patients. Tous les soignants devraient néanmoins pouvoir mettre en place un accueil respectueux non-stigmatisant des personnes trans, ce qui constituerait une première étape dans l'amélioration de leur prise en charge. Ainsi les erreurs et la méconnaissance potentielle des soignants auraient moins de conséquences négatives sur le suivi des personnes transmasculines.

Afin de connaître les spécificités de la prise en charge des personnes transmasculines les soignants pourraient se diriger vers les professionnels de santé ayant l'habitude de les prendre en charge et vers les associations. Ils devraient envisager la prise en charge de la personne dans sa globalité, y compris en s'intéressant au contexte psychosocial. En recevant des personnes transmasculines en consultation, la cisnormativité du système de soin serait à anticiper.

-Pour l'organisation des soins : Des recommandations françaises sur le suivi des personnes transmasculines semblent nécessaires, ainsi que des formations dans le cadre du Développement Professionnel Continu. Les résultats suggèrent que des modifications devraient être réalisées dans le système de soin, notamment au niveau administratif, pour

prendre en compte le fait que des hommes (trans) peuvent bénéficier de soins gynécologiques. Cette possibilité devrait être envisagée par tous les acteurs du système de soin, et pas uniquement les professionnels les prenant en charge directement en consultation : ce sont également les secrétaires, les professionnels travaillant dans les laboratoires et les pharmacies, et la sécurité sociale.

-Pour l'enseignement et la formation : Pour rendre la formation en gynécologie complètement inclusive des personnes transmasculines, une profonde remise en question de l'enseignement et de la manière d'envisager les soins gynécologiques serait nécessaire. Elle impliquerait de ne plus partir du principe que les personnes bénéficiant des soins gynécologiques sont « par défaut » des femmes. A minima, l'inclusion d'un cours sur les spécificités de la prise en charge des personnes transmasculines dans la formation initiale de toutes les personnes qui font du suivi gynécologique pourrait être bénéfique. Cela permettrait d'avoir des ressources à disposition dans l'éventualité où un soignant devrait prendre en charge une personne transmasculine, et de toujours avoir cette possibilité en tête. Cette étude suggère également que les soignants devraient avoir dans la formation initiale des notions d'accueil respectueux des personnes transmasculines.

VI. Conclusion

Les personnes transmasculines constituent une population de patients qui ont des besoins en suivi gynécologique et de contraception particuliers. Pourtant, les professionnels de santé sont peu formés à cette problématique et ont peu de ressources pour les prendre en charge. Ainsi, beaucoup de professionnels se sentent mal à l'aise dans la prise en charge des personnes transmasculines. C'est particulièrement dommageable dans la mesure où les personnes transmasculines ont un accès aux soins altéré. Elles subissent en effet un système de soin ciscentré, sont confrontées au manque de connaissance des soignants et à de la transphobie dans les parcours de soin. Elles développent en réaction un évitement des soins. Cependant, les professionnels jugés par les personnes transmasculines dignes de confiance et informés leur permettent de surmonter les barrières de l'accès au soin.

Cette étude avait donc pour objectif d'explorer la prise en charge des personnes transmasculines par des professionnels de santé recommandés par ces personnes. Pour cela, six entretiens semi-dirigés ont été réalisés avec de tels professionnels, et une analyse inductive générale a été faite.

On retrouve que la prise en charge des personnes transmasculines par les soignants qu'ils recommandent se tourne autour de quatre axes : accueillir les personnes transmasculines, connaître et gérer leurs spécificités médicales malgré le manque de ressources, prendre en charge l'aspect psycho-social, et naviguer dans un système de santé qui ne prévoit pas leur existence. Dans ce contexte, avoir un réseau composé de professionnels de santé « *transfriendly* » et d'associations de personnes trans est un facteur facilitant.

Les résultats suggèrent qu'il serait bénéfique d'avoir une information sur la prise en charge des personnes transmasculines dans la formation initiale en gynécologie, et des recommandations françaises sur cette prise en charge. De plus, les résultats suggèrent que tous les acteurs intervenant dans les soins devraient avoir en tête la possibilité que des hommes (trans) puissent bénéficier de soins gynécologiques et avoir des notions sur l'accueil des personnes transmasculines. Enfin, ils suggèrent que les professionnels en recherche d'informations peuvent se tourner vers des réseaux de soignants « *transfriendly* » et vers des associations de personnes trans.

On pourrait à présent s'interroger sur la possibilité que les professionnels de santé répondant initialement à une demande de suivi hormonal de substitution puissent élargir leur suivi à d'autres questions de santé comme le suivi gynécologique et ainsi constituer une porte d'entrée vers un retour à un suivi médical « *ordinaire* », via la mise en place d'un climat de confiance et d'écoute.

VII. Glossaire

Cisnormativité : effacement institutionnel des personnes trans/transgenre, avec l'idée préconçue que tout le monde est cis/cisgenre.

Dicklit : Désigne le « clitoris hypertrophié » après une prise de testostérone, qui peut atteindre 3.5 à 6cm.

Genrer : Attribuer un genre.

LGBT : Acronyme pour Lesbienne Gay Bi Trans.

Mégenrer : Fait d'utiliser le mauvais pronom en parlant d'une personne, que ce soit volontaire ou non.

Torsoplastie : Opération chirurgicale consistant à réaliser une double mastectomie puis à réaliser une reconstruction du torse pour lui donner un aspect masculin.

Transition : Parcours entrepris par un individu pour aller vers le genre auquel il s'identifie.

Transphobie : Désigne le mépris, le rejet ou la haine des personnes trans et des comportements associés aux transidentités, c'est-à-dire associés à un genre perçu comme non conforme. Elle peut prendre de multiples formes, du mégenrage aux violences physiques ou sexuelles voire le meurtre, en passant par les moqueries, les insultes, la diffamation, les menaces, l'outing, la provocation à la discrimination, à la haine ou à la violence, le harcèlement ou les discriminations.

Personne cis/cisgenre : Par opposition aux personnes trans/transgenre, personne qui est en accord avec son genre assigné à la naissance.

Personne trans/transgenre : personne dont l'identité de genre est différente du genre assigné à la naissance :

- Homme trans/FtM : individu qui a été assigné femme à la naissance mais qui revendique une identité de genre masculine ;
- Personne non-binaire : personne qui ne se reconnaît ni totalement dans le genre féminin ni totalement dans le genre masculin ;

- Personne transmasculine : personne qui a été assignée femme à la naissance et qui a une identité de genre dans le spectre masculin. Utilisé pour inclure les personnes non-binaires.

VIII. Bibliographie

1. Haute Autorité de Santé. Sexe, genre et santé - Rapport d'analyse prospective 2020 [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2020 [cité 17 déc 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3223570/fr/sexe-genre-et-sante-rapport-d-analyse-prospective-2020
2. Moseson H, Fix L, Ragosta S, Forsberg H, Hastings J, Stoeffler A, et al. Abortion experiences and preferences of transgender, nonbinary, and gender-expansive people in the United States. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2020 [cité 26 nov 2020]; Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2020.09.035>
3. Délégation interministérielle à la lutte contre le racisme, l'antisémitisme et la haine anti-LGBT. Fiche pratique sur le respect des droits des personnes trans [Internet]. <https://www.dilcrah.fr>. 2019 [cité 9 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.dilcrah.fr/wp-content/uploads/2019/11/FICHE-RESPECT-DES-DROITS-TRANS-DILCRAH.pdf>
4. Krempasky C, Harris M, Abern L, Grimstad F. Contraception across the transmasculine spectrum. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2020;222(2):134-43. Disponible sur: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.07.043>
5. Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen-Kettenis P, DeCuypere G. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7. *Int J Transgenderism* [Internet]. 2012 [cité 24 nov 2020];13(4). Disponible sur: <https://doi.org/10.1080/15532739.2011.700873>
6. Reisner SL, Murchison GR. A global research synthesis of HIV and STI biobehavioural risks in female-to-male transgender adults. *Glob Public Health* [Internet]. 2016;11(7-8):866-87. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1080/17441692.2015.1134613>
7. LOI n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXIe siècle | Legifrance. JORF n°0269 (2016).
8. Haute Autorité de Santé. Situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge médicale du transsexualisme en France [Internet]. [has-sante.fr](https://www.has-sante.fr). 2009 [cité 25 nov 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_894315/fr/situation-actuelle-et-perspectives-d-evolution-de-la-prise-en-charge-medicale-du-transsexualisme-en-france
9. Haute Autorité de Santé. Situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge médicale du transsexualisme en France [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2009 [cité 11 mars 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_894315/fr/situation-actuelle-et-perspectives-d-evolution-de-la-prise-en-charge-medicale-du-transsexualisme-en-france
10. Van Boerum MS, Salibian AA, Bluebond-Langner R, Agarwal C. Chest and facial surgery for the transgender patient. *Transl Androl Urol* [Internet]. 2019;8(3):219-27. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.21037/tau.2019.06.18>
11. National Center for Transgender Equality. The Report of The U.S. Transgender Survey 2015 [Internet]. U.S. Trans Survey. 2015 [cité 11 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.ustranssurvey.org/reports>

12. European Union Agency For Fundamental Rights. Enquête LGBT dans l'UE: Enquête sur les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres dans l'Union européenne - Les résultats en bref [Internet]. 2013. Disponible sur: https://fra.europa.eu/sites/default/files/eu-lgbt-survey-results-at-a-glance_fr.pdf
13. Peitzmeier SM, Malik M, Kattari SK, Marrow E, Stephenson R, Agénor M, et al. Intimate Partner Violence in Transgender Populations: Systematic Review and Meta-analysis of Prevalence and Correlates. *Am J Public Health* [Internet]. 2020 [cité 27 nov 2020];110(9):1-14. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2020.305774>
14. Sherman ADF, Clark KD, Robinson K, Noorani T, Poteat T. Trans* Community Connection, Health, and Wellbeing: A Systematic Review. *LGBT Health* [Internet]. 2019 [cité 27 nov 2020];7(1):1-14. Disponible sur: <https://doi.org/10.1089/lgbt.2019.0014>
15. Becasen JS, Denard CL, Mullins MM, Higa DH, Sipe TA. Estimating the Prevalence of HIV and Sexual Behaviors Among the US Transgender Population: A Systematic Review and Meta-Analysis, 2006–2017. *Am J Public Health* [Internet]. 2019;109(1):e1-8. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2018.304727>
16. Bockting W, Coleman E, Deutsch MB, Guillamon A, Meyer I, Meyer WI, et al. Adult development and quality of life of transgender and gender nonconforming people. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes*. 2016;23(2):188-97.
17. McCann E, Brown MJ. Homeless experiences and support needs of transgender people: A systematic review of the international evidence. *J Nurs Manag* [Internet]. 2020;00:1-10. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1111/jonm.13163>
18. François S. Gynécologie et personnes transgenres masculines Freins à la bonne prise en charge [Mémoire: Sage-Femme]. [Tours]: Université de Tours; 2020.
19. Sbragia JD, Vottero B. Experiences of transgender men in seeking gynecological and reproductive health care: a qualitative systematic review protocol. *JBIM Evid Synth*. 2019;17(8):1582-8.
20. Bauer GR, Hammond R, Travers R, Kaay M, Hohenadel KM, Boyce M. "I Don't Think This Is Theoretical; This Is Our Lives": How Erasure Impacts Health Care for Transgender People. *J Assoc Nurses AIDS Care* [Internet]. 1 sept 2009 [cité 18 mai 2021];20(5):348-61. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jana.2009.07.004>
21. Kcomt L, Gorey KM, Barrett BJ, McCabe SE. Healthcare avoidance due to anticipated discrimination among transgender people: A call to create trans-affirmative environments. *SSM - Popul Health*. 2020;11:100608.
22. Meidani A, Alessandrin A. Cancers et transidentités : une nouvelle « population à risques » ? *Sci Soc Sante* [Internet]. 2017 [cité 26 nov 2020];Vol. 35(1):41-63. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1684/sss.20170103>
23. Giami A, Le Bail J. Infection à VIH et IST dans la population « trans » : une revue critique de la littérature internationale. 2010.
24. Fledderus AC, Gout HA, Ogilvie AC, Loenen DKG van. Breast malignancy in female-to-male transsexuals: systematic review, case report, and recommendations for screening.

- The Breast [Internet]. 2020 [cité 27 nov 2020];53:92-100. Disponible sur : <http://dx.doi.org/10.1016/j.breast.2020.06.008>
25. Haute Autorité de Santé. Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus [Internet]. has-sante.fr. 2020 [cité 22 nov 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1623735/fr/depistage-et-prevention-du-cancer-du-col-de-l-uterus
 26. Connolly D, Hughes X, Berner A. Barriers and facilitators to cervical cancer screening among transgender men and non-binary people with a cervix: A systematic narrative review. *Prev Med* [Internet]. 2020 [cité 27 nov 2020];135(106071):1-14. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106071>
 27. Kanj RV, Conard LAE, Trotman GE. Menstrual Suppression and Contraceptive Choices in a Transgender Adolescent and Young Adult Population. *J Pediatr Adolesc Gynecol* [Internet]. 2016 [cité 26 nov 2020];29(2):201-2. Disponible sur: <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2016.01.100>
 28. Stewart K, O'Reilly P. Exploring the attitudes, knowledge and beliefs of nurses and midwives of the healthcare needs of the LGBTQ population: An integrative review. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2017 [cité 19 mai 2021];53:67-77. Disponible sur: <https://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2017.04.008>
 29. Paradiso C, Lally RM. Nurse Practitioner Knowledge, Attitudes, and Beliefs When Caring for Transgender People. *Transgender Health*. 2018;3(1):48-56.
 30. Unger CA. Care of the transgender patient: a survey of gynecologists' current knowledge and practice. *J Womens Health* 2002 [Internet]. 2015;24(2):114-8. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1089/jwh.2014.4918>
 31. Guss CE, Woolverton GA, Borus J, Austin SB, Reisner SL, Katz-Wise SL. Transgender Adolescents' Experiences in Primary Care: A Qualitative Study. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med* [Internet]. 2019 [cité 26 nov 2020];65(3):344-9. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.03.009>
 32. Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. Suivi gynécologique et contraception [Internet]. [ordre-sages-femmes.fr](http://www.ordre-sages-femmes.fr). 2019 [cité 25 nov 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/le-suivi-gynecologique-de-prevention-et-les-consultations-en-matiere-de-contraception/>
 33. Haute Autorité de Santé. Contraception : consultations initiale et de suivi [Internet]. has-sante.fr. 2020 [cité 22 nov 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3122291/fr/contraception-consultations-initiale-et-de-suivi
 34. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Les maladies de la femme [Internet]. CNGOF. 2016 [cité 25 nov 2020]. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/communiqués-de-presse/107-maladies-de-la-femme>
 35. Outrans. Hormones et parcours trans [Internet]. 2017 [cité 22 nov 2020]. Disponible sur: <https://outrains.org/ressources/hormones-et-parcours-trans/>
 36. Bockting W, Coleman E, Deutsch MB, Guillamon A, Meyer I, Meyer W, et al. Adult Development and Quality of Life of Transgender and Gender Nonconforming People.

- Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes [Internet]. 2016 [cité 11 avr 2021];23(2):188-97. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1097/MED.0000000000000232>
37. Light A, Wang LF, Zeymo A, Gomez-Lobo V. Family planning and contraception use in transgender men. *Contraception* [Internet]. 2018 [cité 26 nov 2020];98(4):266-9. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2018.06.006>
 38. Abern L, Maguire K. Contraception Knowledge in Transgender Individuals: Are we Doing Enough? *Obstet Gynecol* [Internet]. 2018 [cité 16 mai 2021];131:65S. Disponible sur: <https://10.1097/01.AOG.0000533319.47797.7e>
 39. Light AD, Obedin-Maliver J, Sevelius JM, Kerns JL. Transgender men who experienced pregnancy after female-to-male gender transitioning. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2014 [cité 26 nov 2020];124(6):1120-7. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1097/aog.0000000000000540>
 40. Reisner SL, Deutsch MB, Peitzmeier SM, White Hughto JM, Cavanaugh TP, Pardee DJ, et al. Test performance and acceptability of self- versus provider-collected swabs for high-risk HPV DNA testing in female-to-male trans masculine patients. *PLoS ONE* [Internet]. 2018 [cité 26 nov 2020];13(3). Disponible sur: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190172>
 41. de Blok CJM, Dreijerink KMA, den Heijer M. Cancer Risk in Transgender People. *Endocrinol Metab Clin North Am* [Internet]. 2019 [cité 26 nov 2020];48(2):441-52. Disponible sur: : <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecl.2019.02.005>
 42. Blok CJM de, Wiepjes CM, Nota NM, Engelen K van, Adank MA, Dreijerink KMA, et al. Breast cancer risk in transgender people receiving hormone treatment: nationwide cohort study in the Netherlands. *BMJ* [Internet]. 2019 [cité 17 mai 2021];365:11652. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.11652>
 43. Hartmann LC, Schaid DJ, Woods JE, Crotty TP, Myers JL, Arnold PG, et al. Efficacy of Bilateral Prophylactic Mastectomy in Women with a Family History of Breast Cancer. *N Engl J Med* [Internet]. 1999 [cité 17 mai 2021];340(2):77-84. Disponible sur: <https://doi.org/10.1056/NEJM199901143400201>
 44. Asklov K, Ekenger R, Berterö C. Transmasculine Persons' Experiences of Encounters with Health Care Professionals Within Reproductive, Perinatal, and Sexual Health in Sweden: A Qualitative Interview Study. *Transgender Health*. 2021;6(6):325-31.
 45. Giami A, Nayak L. Controverses dans les prises en charge des situations trans : une ethnographie des conférences médico-scientifiques. *Sci Soc Sante* [Internet]. 2019 [cité 26 nov 2020];37(3):39-64. Disponible sur: <https://dx.doi.org/10.1684/sss.2019.0147>
 46. Hervé JC et É. Transphobie: la «société savante» chargée des parcours de transition évolue sans convaincre [Internet]. *Mediapart*. 2021 [cité 19 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.mediapart.fr/journal/france/250321/transphobie-la-societe-savante-chargee-des-parcours-de-transition-evolue-sans-convaincre>
 47. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires | *Legifrance*. *JORF* n°0167 (2009).

48. Douguet Florence, Vilbrod A. Les sages-femmes libérales: accompagner des femmes en situation de vulnérabilité et de précarité. Paris: Éditions Seli Arslan; 2017. 158 p.
49. Chrysalide. Nos Formations [Internet]. Chrysalide. 2019 [cité 17 avr 2022]. Disponible sur: <https://chrysalide-asso.fr/nos-formations/>
50. Outrans. Hormones et parcours trans [Internet]. 2017 [cité 22 nov 2020]. Disponible sur: <https://outrants.org/ressources/hormones-et-parcours-trans/>
51. Chrysalide. L'accueil médical des personnes trans [Internet]. Chrysalide. 2019 [cité 17 avr 2022]. Disponible sur: <https://chrysalide-asso.fr/nos-documents/laccueil-medical-des-personnes-trans/>

IX. Annexes

Annexe I : plaquette d'information transmise aux associations et groupes sur les réseaux sociaux

DEMANDE DE CONTACTS

MÉMOIRE ETUDIANTE SAGE-FEMME

Je m'appelle Maurane Coudert, je suis une étudiante sage-femme en 5^{ème} année à Clermont-Ferrand.

Je vous sollicite dans le cadre de la réalisation de mon mémoire de fin d'étude, qui porte sur « **la prise en charge des hommes trans et des personnes transmasculines par les professionnel-le-s de santé recommandé-e-s par ces derniers et assurant leur suivi gynécologique et de contraception** ».


J'ai besoin de votre aide pour avoir des contacts de soignants pour mener mon étude. Je recherche des contacts de gynécologues, sages-femmes ou médecin généralistes qui sont recommandés par des hommes trans et des personnes transmasculines pour le suivi reproductif (gynécologique, de prévention ou de contraception), qui les ont déjà pris en charge en ayant connaissance de leur transidentité.

POURQUOI CETTE ETUDE

Les professionnels de santé sont peu formés à la prise en charge spécifique des personnes transmasculines, et ont peu de ressources. Ainsi beaucoup de professionnels de santé se sentent mal à l'aise dans leur prise en charge des soins reproductifs chez les personnes transmasculines, alors que ces personnes peuvent avoir des besoins spécifiques. Parallèlement, les personnes transmasculines ont un accès au soin altéré, avec un fort évitement des soins notamment dû à la transphobie vécue dans le parcours de soin et au manque de connaissance des soignants. Le but de cette étude est donc d'échanger avec des soignants sur leurs pratiques pour permettre d'améliorer la prise en charge des personnes transmasculines dans le suivi gynécologique de prévention et de contraception.

EN SAVOIR PLUS

Les contacts recueillis ne seront pas utilisés en dehors de cette étude, ils seront conservés sur des fichiers sécurisés puis détruits à la fin de l'étude. L'anonymat sera conservé.

Pour plus d'information et si vous avez des questions, n'hésitez pas à me joindre par mail à l'adresse 

LETTRE D'INFORMATION

LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES TRANS MASCULINES PAR LES PROFESSIONNEL·LE·S DE SANTE RECOMMANDE·E·S PAR SES DERNIERES ET ASSURANT LEUR SUIVI GYNECOLOGIQUE

Investigateurs :

- Coudert Maurane, étudiante sage-femme à Clermont-Ferrand
- Sous la direction de Romby Axelle, médecin de santé publique - sexologue

Pour tous renseignements ou informations, n'hésitez pas à me contacter par mail :

Vous avez été invité·e à participer à une étude appelée "La prise en charge des personnes trans masculines par les professionnel·le·s de santé recommandé·e·s par ses dernières et assurant leur suivi gynécologique". Cette étude s'inscrit dans le cadre d'un travail de recherche de fin d'étude d'une étudiante sage-femme et est sous la responsabilité de Axelle Romby, médecin de santé publique – sexologie.

1. Pourquoi cette étude :

Les personnes transmasculines constituent une population de patients qui ont des besoins en suivi gynécologique et de contraception particuliers. Pourtant, les professionnel·le·s de santé sont peu formé·e·s à ces problématiques, et ont peu de ressources pour les prendre en charge. Ainsi, beaucoup de professionnel·le·s se sentent mal à l'aise dans la prise en charge des personnes transmasculines. C'est particulièrement dommageable dans la mesure où les personnes transmasculines ont un accès aux soins altéré en raison notamment d'un évitement des soins. Les principaux freins à la bonne prise en charge gynécologique de cette population sont le manque de connaissance des soignant·e·s et la transphobie vécue dans le parcours de soin. Dans ce contexte, les personnes transmasculines se recommandent parfois entre elles/eux des professionnel·le·s de santé pour leur suivi gynécologique et de contraception.

Il m'a donc paru important, dans le cadre de ma formation, de recueillir l'avis des professionnel·le·s de santé qui sont recommandé·e·s par les personnes transmasculines pour le suivi gynécologique pour en apprendre plus sur leur prise en charge de cette population.

2. L'étude en pratique

Je cherche à réaliser des entretiens avec les professionnels de santé qui sont recommandés par des personnes transmasculines pour leur suivi gynécologiques et/ou de contraception, que vous soyez des sages-femmes, des médecins généralistes ou des gynécologues. Ces entretiens seront réalisés en présentiel, au téléphone ou par visio-conférence. Ils seront anonymisés enregistrés puis retranscrits à l'écrit. Nous aurons ainsi l'occasion d'aborder votre prise en charge des personnes transmasculines dans le suivi gynécologique et de prévention.

3. Confidentialité et sécurité des données

Vos données personnelles (si recueillies) seront identifiées par un numéro d'anonymat. Le personnel impliqué dans l'étude est soumis au secret professionnel.

- Conformément aux dispositions du Règlement Européen de Protection des Données personnelles (RGPD) entré en vigueur le 25 mai 2018 et de la loi Informatique et

Annexe II : lettre d'information à destination des participants

Libertés du 6 janvier 1978 modifiée (par la [loi n° 2018-493 du 20 juin 2018](#)), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification.

Numéro de registre de l'étude : ES210604

4. Vos droits

Votre participation à cette étude est entièrement libre et volontaire.

Vous êtes libre de refuser d'y participer ainsi que de mettre un terme à votre participation à n'importe quel moment, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait.

Conformément au RGPD et à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée (par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018), vous avez le droit d'avoir communication des données vous concernant et le droit de demander éventuellement l'effacement de ces données si vous décidez d'arrêter votre participation à l'étude. Vous avez également la possibilité de vérifier l'exactitude des informations que vous aurez fournies et la possibilité de demander éventuellement leur correction. Ces droits pourront s'exercer à tout moment en adressant une demande écrite Maurane.COUDERT@etu.uca.fr, ou à l'adresse de l'école de sage-femme : Ecole de Sages-femmes de Clermont-Ferrand, 28 place Henri Dunant BP 38, 63001 Clermont-Ferrand.

5. Obtention d'informations complémentaires

Si vous le souhaitez, vous pourrez durant toute la durée de l'étude contacter les responsables pour obtenir des précisions ou des informations complémentaires :

- COUDERT Maurane, étudiante sage-femme
- Pour toute question relative la protection de vos données personnelles : vous pouvez contacter le délégué à la protection des données, Michel Rubio,

CHU DQGRDU 58 rue Montalembert 63003 Clermont-Ferrand

Annexe III : Grille d'entretien. Modifiée au long des entretiens : en rouge les choses ayant été enlevée, en vert ayant été rajoutées

Je vous remercie d'avoir accepté de réaliser cet entretien, qui est dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude de sage-femme. Son thème est le suivi gynécologique des personnes transmasculines, et l'objectif du mémoire est de connaître votre expérience concernant le suivi gynécologique et de contraception des personnes transmasculine (insister sur cet aspect : pas le suivi transition)

Si vous êtes d'accord, cet entretien sera enregistré, mais il restera anonyme.

Aucune donnée nominative ne doit être mentionnée, l'enregistrement peut être stoppé si nécessaire.

-« je lance l'enregistrement »+lancer

Je dis « personnes transmasculine » pour parler des personnes assignées femmes à la naissance qui transitionnent dans un genre masculin/neutre, mais vous pouvez utiliser les termes qui vous conviennent le mieux.

Peut-on commencer ?

Identification du profil du/de la professionnel-le

- L'âge, le genre
- Le parcours, les études (st, medg, gyneco), les formations
- Le mode et lieu d'exercice, date d'installation

La patientèle trans :

- On vous a recommandé à moi, est ce que ça vous surprend ?
- Est-ce que vous voyez beaucoup de personnes transmasc?
- Pour quoi viennent-elles vous voir?
- Savez-vous pourquoi ils consultent auprès de vous spécifiquement ?

Les ressources/ premiers contacts avec patients trans/évolution depuis

- Est-ce que vous vous sentez assez informés pour la PEC ?
- Quelles sont vos ressources/formations ? Quel apport sur la transidentité dans votre formation initiale ?
- Comment la question de la transidentité s'est posé la 1^{ère} fois ?
 - Evolution depuis ? Quelles différences dans la pratique depuis/quoi mis en place ?
- Vous sentez vous à l'aise dans la prise en charge ? Comment vous situer votre profession par rapport à la PEC des TM ? Quels sont les limites de la prise en charge ? En cas de limite, vers qui vous orientez ?

Quelle spécificité du suivi pour chaque pratique/de la prise en charge

(Quelle spécificité autour de la prise en charge ? Pouvez vous | de vue social ? Pouvez vous
 | décrire votre cabinet ? La salle d'attente ? | décrire

- Comment est-ce que vous savez que ces personnes sont trans? + question des pronoms ?
- Des difficultés rencontrées ?
- Un suivi au long court?

Quelle spécificité autour de la prise en charge ?

- ~~Adaptation du cabinet ?~~
- ~~Adaptation des horaires, de la file d'attente, de la formation des secrétaires ?~~
- Des difficultés ?

Suivi <u>gyn</u> :
Examen mammaire
Examen génital
Contraception
Info fertilité
Désir enfant
Prévention IST
Pratiques sexuelles ?
Dépistage violence

Est-ce que vous voulez aborder un autre thème ?

Remerciements