



HAL
open science

Ressenti et vécu de la prise en charge des personnes transgenres en Loire-Atlantique

Kevin Ducomman

► **To cite this version:**

Kevin Ducomman. Ressenti et vécu de la prise en charge des personnes transgenres en Loire-Atlantique. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04285714

HAL Id: dumas-04285714

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04285714>

Submitted on 14 Nov 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.

IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

NANTES UNIVERSITÉ

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2023

N°

THÈSE

pour le

Diplôme d'état de docteur en médecine

(DES de MÉDECINE GÉNÉRALE)

par

Kevin, DUCOMMAN

Présentée et soutenue publiquement le *14 septembre 2023*

**RESSENTI ET VÉCU DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES
TRANSGENRES EN LOIRE-ATLANTIQUE**

Président : Professeur FRÉOUR THOMAS

Directrice de thèse : Docteur MAHOT PASCALE

Membre du jury : Professeur PERROT Pierre

Membre du jury : Docteur REIGNIER Arnaud

Remerciements

Merci au Dr Mahot Pascale, qui a accepté d'être ma directrice de thèse, pour ses conseils et son soutien tout au long de ce projet.

Merci à toutes les personnes que j'ai pu rencontrer lors de mon externat et internat de médecine.

Un grand merci à ma famille pour le soutien et l'accompagnement dans ce parcours pas si simple, c'est évidemment grâce à vous que j'en suis là. Merci Maman. Merci Papa.

Merci à Maxime, pour tous ces moments qui m'ont permis de vivre en dehors de la médecine.

Sommaire

INTRODUCTION GENERALE	11
I. Mise en lumière	11
A. Définition et classification	11
1. DSM-V (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)	11
2. CIM-11 (Classification Internationale des Maladies)	12
B. Epidémiologie	12
C. Choix du sujet	14
II. Parcours de soin, médico-social et administratif	16
A. Standard de soins	16
1. La WPATH	16
2. TRANS-Santé	20
3. Haute Autorité de Santé	20
B. Parcours de soins en France	21
1. Différents intervenants	21
2. Parcours de soin en Loire-Atlantique	21
3. Prise en charge des soins	21
4. Evolution de l'état civil	22
5. Rôles des associations	23
DONNÉES DE LA LITTÉRATURE DES PARCOURS DE SOIN DANS LE MONDE	25
I. Etudes qualitatives sur la prise en charge d'une personne transgenre	25
A. Études françaises : place de la médecine générale	25
B. Expérience du parcours de soin	26
II. Les différents parcours de soin transidentitaires	27
A. Pluralité de la transidentités et des prises en charge	28
B. Le rôle des soins primaires	28
C. Vécu du parcours de soin spécialisé	28
D. Prises en charge financière en fonction des pays	29
E. Satisfaction globale	30
MATERIEL ET METHODE	31
I. Objectif de l'étude	31
II. Type d'étude	31
III. Logiciel de diffusion du questionnaire et d'analyse des données	31
IV. Population et recrutement	31
A. Critères d'inclusion	31
B. Processus de recrutement	31
C. Réalisation du questionnaire	32
D. Méthode d'analyse	32
RÉSULTATS	33
I. Données sociodémographiques	33
A. Âge	33
B. Genre	33
II. Premier interlocuteur du parcours	34
III. Parcours de soin	35
A. Médecin traitant	35

B. Endocrinologue	36
C. Hormonothérapie	37
D. Psychiatre	39
E. Chirurgie	41
F. Autres spécialistes	42
G. ALD	42
IV. Ressenti et vécu de la prise en charge	43
A. Médecin généraliste	43
B. Endocrinologue	45
C. Psychiatre	46
D. Chirurgien	47
E. Déontologie et respect de la non discrimination	48
DISCUSSION	51
I. Population variée et en évolution	51
A. Description de la population	51
B. Mode d'entrée dans le parcours de soin	51
C. Une prise en charge par la sécurité sociale	52
II. Prise en charge personnalisées	52
A. L'hormonothérapie, un passage de rigueur	52
B. La chirurgie, moindre recours	54
C. Une prise en charge multidisciplinaire	54
III. Ressenti de la relation médecin - patient	55
A. Médecin généraliste au centre de la relation	55
B. Endocrinologue	56
C. Le suivi psychiatrique contesté	57
D. Le chirurgien	58
IV. Des améliorations à prévoir	58
A. Des discriminations trop fréquentes	58
B. Une prise en charge plus réactive	59
V. Limites de l'étude	59
A. Manque de partenariat	59
B. Longueur du questionnaire	60
C. Le choix des questions ouvertes	60
VI. Les perspectives	60
A. Actualisation des recommandations en France	60
B. Formation en développement	62
CONCLUSION	65
BIBLIOGRAPHIE	67
ANNEXE 1	71
ANNEXE 2	73
ANNEXE 3	75

Liste des tableaux

Tableau 1 : ALD au titre de la “transidentité” : nombre de bénéficiaires (source : CNAM, 2020).....	13
Tableau 2 : Répartition des effectifs en fonction du genre attribué à la naissance.....	33
Tableau 3 : Répartition des effectifs en fonction du genre actuel.....	34
Tableau 4 : Avez-vous impliqué votre médecin généraliste concernant votre parcours de transition ?35	
Tableau 5 : Avez-vous déjà consulté un endocrinologue ?.....	36
Tableau 6 : Etait-ce compliqué de trouver un premier rendez-vous avec un endocrinologue ?.....	36
Tableau 7 : Êtes-vous sous hormonothérapie ?.....	37
Tableau 8 : Avez-vous déjà consulté un psychiatre ? 55 répondants.....	39
Tableau 9 : Avez-vous eu recours à un chirurgien(ne) ?.....	41
Tableau 10 : Quelle(s) opération(s) avez-vous réalisée(s) ?.....	41
Tableau 11 : Avez-vous consulté d'autres spécialistes en rapport avec votre transidentité ?.....	42
Tableau 12 : Avez-vous fait les démarches pour une ALD (Affection de Longue Durée) ?.....	42
Tableau 13 : Avec qui avez-vous réalisé la demande d'ALD (Affection de Longue Durée) ?.....	42
Tableau 14 : Décisions de la CPAM concernant la demande d'affection longue durée.....	43

Liste des figures

Figure 1 : Répartition des tranches d'âge des répondants.....	33
Figure 2 : Vers qui vous êtes-vous orienté(e) en premier dès la découverte de votre transidentité ? .	34
Figure 3 : Comment avez-vous trouvé votre premier interlocuteur ?	35
Figure 4 : Pensez-vous que votre médecin généraliste à une place dans le suivi de votre transition ?	36
Figure 5 : Pensez-vous que ce spécialiste à une place dans le suivi de votre transition ?.....	37
Figure 6 : Durée de la prise d'hormonothérapie par tranche d'année.....	38
Figure 7 : Qui est-ce qui vous a prescrit la première ordonnance d'hormone ?.....	38
Figure 8 : Qui est-ce qui prescrit les renouvellements d'ordonnance d'hormonothérapie ? Réponse à choix multiples.....	39
Figure 9 : Ces consultations étaient-elles en rapport avec votre transidentité ?	40
Figure 10 : Pensez-vous que votre psychiatre à une place dans le suivi de votre transition ?.....	40
Figure 11 : Avez-vous eu des difficultés à trouver un service de chirurgie acceptant la ou les opération(s) ?.....	41
Figure 12 : Sans la demande d'ALD, avez-vous eu des difficultés financières concernant les soins ?....	43
Figure 13 : Vous sentez-vous à l'aise de discuter de ce sujet avec votre médecin généraliste ?.....	44
Figure 14 : Vous êtes-vous senti écouté(e) par votre médecin généraliste ?.....	44
Figure 15 : Etes-vous satisfait(e) globalement du suivi par votre médecin généraliste concernant les sujets en lien avec votre transidentité ?.....	45
Figure 16 : Etes-vous satisfait(e) du suivi avec ce spécialiste sur le plan de votre transidentité ?.....	45
Figure 17 : Selon vous, l'attente entre la demande d'hormonothérapie et la prescription de l'hormonothérapie a-t-elle été longue ?.....	46
Figure 18 : Vous sentez-vous à l'aise de discuter de la transidentité avec votre psychiatre ?.....	47
Figure 19 : Etes-vous satisfait(e) du suivi avec ce spécialiste sur le plan de votre transidentité ?.....	47
Figure 20 : Etes-vous satisfait(e) des résultats de ou des chirurgie(s) réalisée(s) ?.....	48
Figure 21 : Selon vous, l'attente entre la demande d'une chirurgie et l'opération a-t-elle été longue ?....	48
Figure 22 : Avez-vous eu des remarques concernant votre transidentité par n'importe quel spécialiste ?.....	49
Figure 23 : Avez-vous eu des refus de prise en charge de votre transidentité par n'importe quel spécialiste ?.....	49

ABRÉVIATIONS

ALD = Affection de Longue Durée

AMM = Autorisation de Mise sur le Marché

CCAM = Classification Commune des Actes Médicaux

CeGIDD = Centre Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic

CHU = Centre Hospitalier Universitaire

CIM = Classification Internationale des Maladies

CNAM = Caisse Nationale d'Assurance Maladie

DSM = Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

FPATH = French Professional Association for Transgender Health

HAS = Haute Autorité de Santé

LGBT = Lesbiennes, Gays, Bisexuels, Transgenres

OCDE = Organisation de Coopération et de Développement Économiques

OMS = Organisation Mondiale de la Santé

RCP = Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

SDS = Standard De Soins

SoFECT = Société Française d'Etude et de prise en Charge de la Transidentité

WPATH = World Professional Association for Transgender Health

INTRODUCTION GENERALE

I. Mise en lumière

A. Définition et classification

On regroupe sous le terme transidentité la diversité des parcours sociaux, juridiques et/ou médicaux des personnes transgenres, personnes dont l'identité de genre ressentie et vécue n'est pas en adéquation avec le sexe ou le genre attribué à la naissance.

Différentes terminologies et classifications médicales sont retenues pour définir et reconnaître la question de l'inadéquation de genre.

1. DSM-V (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)

L'évolution de la société et des données scientifiques a conduit progressivement au retrait du terme "transsexuel" des manuels de médecine et de psychiatrie, car ce terme était inexact et renvoyait à une notion d'orientation sexuelle plutôt que de genre. Depuis 2013, le manuel DSM-V, manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux utilise le terme de "dysphorie de genre"

La dysphorie de genre se veut être un terme général, se référant à la non-congruence affective/cognitive d'un individu avec son genre assigné mais est plus spécifiquement définie lorsqu'elle est utilisée comme une catégorie diagnostique (détaillée ci-dessous). La dysphorie de genre se caractérise par une forte et permanente identification à un autre genre, associée à de l'anxiété, de la dépression, de l'irritabilité et souvent à un désir de vivre en tant que genre différent de celui assigné à la naissance. [1]

Critère diagnostique de la dysphorie de genre dans le DSM-V :

- A. Il s'agit d'une non-congruence marquée entre le genre vécu/exprimé par la personne et le genre assigné, d'une durée minimale de 6 mois, se manifestant par au moins deux des items suivants :
1. Non-congruence marquée entre le genre vécu/exprimé par la personne et ses caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires (ou chez les jeunes adolescents, avec les caractéristiques sexuelles secondaires attendues).
 2. Désir marqué d'être débarrassé(e) de ses caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires en raison d'une incompatibilité avec le genre vécu/exprimé (ou chez les jeunes adolescents, fort désir d'empêcher le développement des caractéristiques sexuelles secondaires attendues).
 3. Désir marqué d'avoir les caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires de l'autre sexe.

4. Désir marqué d'appartenir à l'autre genre (ou d'un genre différent de celui qui lui est assigné).
 5. Désir marqué d'être traité(e) comme une personne de l'autre genre (ou d'un genre différent de celui qui lui est assigné).
 6. Conviction marquée d'avoir les sentiments et les réactions de l'autre genre (ou d'un genre différent de celui qui lui est assigné).
- B. Le trouble est accompagné d'une détresse cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Dans le DSM-V, différentes définitions sont détaillées, notamment le terme "transgenre" qui se réfère au large spectre d'individus s'identifiant transitoirement ou de manière persistante avec un genre différent de leur genre assigné à la naissance. Le terme "transsexuel" quant à lui, correspond à un individu souhaitant ou ayant déjà effectué une transition sociale du genre masculin vers le genre féminin ou vice versa, impliquant souvent (mais pas systématiquement) des modifications physiques par des traitements hormonaux affirmant le genre et/ou par une chirurgie de réassignation sexuelle.

2. CIM-11 (Classification Internationale des Maladies)

C'est en 2019, dans la onzième version de la Classification Internationale des Maladies que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit le terme d'incongruence de genre comme une incongruité marquée et persistante entre le genre auquel une personne s'identifie et le sexe qui lui a été assigné. Les comportements et les préférences qui varient en fonction du sexe ne constituent pas à eux seuls une justification pour l'attribution des diagnostics dans ce groupe.

Ce terme est placé dans le chapitre de la CIM-11 "Conditions liées à la santé sexuelle", et non plus dans le chapitre des "Troubles mentaux et du comportement" comme l'était dans l'ancienne version. Le terme de transexualisme a été supprimé de cette version. Selon l'OMS, cette nouvelle classification devrait permettre aux personnes transgenres l'accès à des soins adaptés, ainsi qu'une meilleure prise en charge par les assurances de santé. [2]

B. Epidémiologie

L'épidémiologie de la transidentité se heurte à la pluralité des définitions et des parcours expliquant la grande difficulté d'analyse et de comparaison des données. Certaines ne subiront pas de chirurgie, d'autres ne souhaitent pas d'hormonothérapie, et d'autres ne souhaitent pas ou n'ont pas pu effectuer de changement de genre sur le plan juridique.

Une étude danoise a été publiée en 2019, non traduite pour le moment. Cette étude consistait en un questionnaire sur la santé sexuelle et la qualité de vie des danois, il s'agirait de la plus grande étude danoise réalisée à ce jour, un panel de 62 675 citoyens entre 15 et 89 ans, interrogés de septembre 2017 à août 2018. Dans ce rapport, on retrouvait une petite partie concernant la transidentité, et 0,54% des personnes interrogées se considéraient transgenre. Un taux différent en

fonction de l'âge, chez les 15-34 ans ce taux monte à 1,02%, alors qu'il est à 0,31% chez les plus de 55 ans. [3]

Dans le cadre du recueil d'indicateurs sociaux que l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE) publie tous les deux ans un rapport contenant des données concernant les caractéristiques familiales, de l'emploi, du bien-être, de l'état de santé... Dans le rapport de 2019, on retrouve une partie concernant la population LGBT. Cependant, seulement trois pays dont les États-Unis recueillent des informations sur l'identité de genre via des enquêtes nationales. Le pourcentage dans la population adulte est compris entre 0,1% au Chili et 0,3% aux États-Unis. [4]

Ce qu'on peut remarquer, depuis maintenant plusieurs années, c'est une population en croissance. Comme le montre ces chiffres en Belgique : un rapport publié par l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes montrait, via une base de donnée issue du registre nationale, qu'il y a eu 110 demandes de changement de sexe en 2017, contre 524 demandes en 2019 et 414 en 2020. [5]

En France, les données de la CNAM vont dans le même sens, il y aurait 8952 titulaires d'une ALD pour "transidentité" en 2020 [6]. Ce chiffre ne reflète pas le nombre de personnes transgenres en France, car la demande d'ALD n'est pas systématique. Une personne transgenre peut ne pas vouloir d'ALD ou peut être n'a-t-elle jamais eu connaissance de cette possibilité. Selon les chiffres de la CNAM, le nombre de personnes ayant obtenu une ALD à été multiplié par 10 entre 2013 et 2020.

Tableau 1 : ALD au titre de la "transidentité" : nombre de bénéficiaires (source : CNAM, 2020)

	17 ans et moins	18-35 ans	36-50 ans	plus de 50 ans	total
nb admissions en ALD transidentité	187	2479	394	249	3309
répartition par âges des admissions	5,7%	74,9%	11,9%	7,5%	100%
nb sujets titulaires de l'ALD transidentité	294	6148	1519	991	8952
répartition par âges des titulaires	3,3%	68,7%	17,0%	11,1%	100%
prévalence pour 100'000 par classe d'âge	2,2	42,11	12,11	4,3	14,09

source des données : CNAM - période : année 2020

Il est intéressant de remarquer une évolution de l'épidémiologie. Plusieurs études décrivent davantage de femmes transgenres que d'hommes transgenres. Notamment dans cette méta-analyse de 27 articles publiés entre 1966 et 2015, qui retrouve une population de femmes transgenres plus élevées dans la plupart des études. [7] Cet écart évolue progressivement. Une étude réalisée dans l'État de New-York qui analysait les données des personnes transgenres dans une clinique sur une période de 1990 à 2017, a permis de constater une augmentation de demandes de prise en charge pour les hommes transgenres, de sorte que l'incidence se rapprochait de celle des femmes transgenres. [8] Les chiffres donnés par la CNAM vont également dans ce sens, en 2019 le nombre de demandes ALD d'hommes transgenres aurait atteint le nombre de demandes de femmes transgenres. [6]

Ces chiffres sont probablement sous-estimés, notamment car selon les études, la prise en compte des différentes personnes transgenres diffère (opérées ou non, changement d'état civil ou non, sous hormonothérapie ou non). Une étude basée sur des déclarations et incluant un large échantillon pourrait nous donner une estimation de la taille de la population transgenre en France.

C. Choix du sujet

Lors de mes études de médecine, notamment pendant l'externat, la transidentité était abordée dans le référentiel de psychiatrie du Collège National des Universitaires en Psychiatrie. Pendant cette période, nous étions à la deuxième version de ce référentiel publiée en 2016. Le sujet de la transidentité était évoqué dans le chapitre sur "la sexualité normale et ses troubles", dans un encadré intitulé "Dysphorie de genre" tenant sur une demi-page parmi les 592 pages du référentiel. La définition de la Classification Internationale des Maladies y est donnée, le terme "transexualisme" est utilisé dans cet encadré, et il est dit que ces personnes peuvent avoir recours à un traitement hormonal puis chirurgical dans un contexte de suivi psychologique, sans plus de détails. C'est pendant l'internat, après plusieurs rencontres et consultations avec des patient.e.s transgenres lors de mes stages au planning familial et en milieu carcéral, que j'ai pu discuter et approfondir le sujet. J'ai pu remarquer qu'il y avait une méconnaissance vis-à-vis de ce sujet concernant le personnel soignant et moi-même. Personne n'avait eu de formation ou de sensibilisation à ce sujet, que ce soit lors du parcours d'externat des étudiants ou chez les médecins et paramédicaux.

C'est en prenant conscience de cela que j'ai commencé à m'informer sur le sujet de la transidentité et du parcours de soins. Au début de mes recherches, il existait un document "Standard de Soins" traduit en plusieurs langues et utilisé comme fil conducteur pour aider la prise en charge des personnes transgenres, c'était une version datant de 2013. [9] On le développera plus tard, mais cette version est centrée sur un parcours psychiatrique qui permet d'accéder à la suite des prises en charge de la transition (hormonothérapie, chirurgie). En France, un document réalisé par la Haute Autorité de Santé (HAS) sortie en 2009 [10] préconise une prise en charge pluridisciplinaire entre les différents professionnels de santé autour des personnes transgenres. Cependant le côté psychiatrique est très présent, avec la nécessité d'un diagnostic de dysphorie de genre nécessaire voir obligatoire pour accéder à la suite de la transition. De nos jours, ces documents demeurent désuets, on assiste progressivement à une dépsychiatriation de la transidentité avec la notion d'autodétermination et à une prise en charge davantage centrée sur le médecin traitant qui deviendrait l'interlocuteur principal.

Après avoir lu plusieurs articles et discuté avec des associations, j'ai constaté que la prise en charge médicale était un parcours complexe. Tout d'abord, trouver un interlocuteur bienveillant et compétent est l'une des choses les plus difficiles. Il est rare d'avoir un médecin traitant sensibilisé au

sujet, ce qui peut conduire les personnes transgenres à rejeter la médecine en ne se sentant pas accompagnées ou parfois discriminées par certains professionnels de santé.

Le souci majeur vient du manque de formation dès le début des études des futurs médecins, et le manque de sensibilisation du personnels para-médicaux. Ensuite, le délai pour consulter un spécialiste formé à ce sujet peut sembler très long, car peu de médecins sont formés. Le peu de spécialistes prenant en charge des personnes transgenres sont souvent regroupés dans des Centre Hospitaliers Universitaires des grandes villes, ce qui engendre une disparité de l'offre de soin sur le territoire.

Au-delà du parcours complexe de prise en charge et de la difficulté à trouver un parcours à suivre, les personnes transgenres subissent des discriminations au sein de la société, de leur entourage et également du corps médical. Ces discriminations ont de grandes conséquences, de nombreuses études montrent qu'elles sont davantage sujettes à des idées suicidaires, des tentatives de suicides et des troubles addictifs. [11] [12] Face à ce sentiment de mal-être, la transition médicale et chirurgicale peut être perçue comme une urgence.

Le nombre de consultations pour une demande de prise en charge de la transidentité est en augmentation ces dernières années, les demandes d'hormonothérapie et de chirurgie accroissent également. Le sujet devient de plus en plus abordé que ce soit chez les professionnels de santé ou plus globalement dans notre société. C'est un sujet d'actualité, qui mérite de s'y informer et de se former en tant que professionnel de santé.

Malgré une littérature qui s'est accrue ces dernières années concernant ce sujet, il existe peu d'études ou de travaux décrivant le parcours de soin des personnes transgenres, encore moins en France. C'est un sujet qui peut paraître clivant entre les associations transgenres et les professionnels de santé, car la vision sociale prime pour les uns tandis qu'une vision médicale prime pour les autres. Le manque de connaissance, le manque d'empathie et les délais de prise en charge sont souvent reprochés aux professionnels de santé, ce qui provoque davantage de souffrance et de risque d'aggravation des troubles psychologiques chez les personnes transgenres. Face à ce manque de littérature et à ces nombreuses problématiques concernant le parcours de soin, j'ai choisi de réaliser ma thèse en menant une étude quantitative sur le ressenti de la prise en charge des personnes transgenres en Loire-Atlantique. L'objectif de cette étude est de recueillir auprès de personnes transgenres les étapes de leur parcours de soin et leur vécu.

II. Parcours de soin, médico-social et administratif

A. Standard de soins

1. La WPATH

La WPATH propose un guide intitulé "Standards de Soins" dans le but de fournir des recommandations aux professionnels de santé pour accompagner les personnes transidentitaires, que ce soit pour les soins primaires, gynécologiques, urologiques, psychologiques, endocrinologiques, etc. Ces standards de soins reposent sur des données scientifiques, la plupart provenant d'Amérique du Nord et d'Europe, et des suggestions d'adaptation sont proposées en fonction des mentalités et de la culture de chaque pays. L'objectif principal est de fournir des soins de qualité en instaurant une confiance mutuelle, une tolérance sociale et une égalité en ce qui concerne la santé des personnes transgenres.

Les standards de soins sont des directives cliniques qui s'adaptent à chaque individu et prennent en compte les besoins spécifiques de chaque personne. Les professionnels de santé peuvent s'appuyer sur ces standards pour accompagner au mieux une personne transgenre, ces standards de soins précisent que les attentes de chaque individu peuvent être différentes. Certains peuvent demander une hormonothérapie et une chirurgie, tandis que d'autres peuvent rechercher uniquement un soutien psychologique. Il n'existe pas de schéma préétabli à suivre strictement, la prise en charge dépendra des souhaits de la personne transgenre.

Le premier guide des standards de soins a été publié en septembre 2013 [9]. Il a longtemps été une référence pour les professionnels de santé, même si certains éléments sont considérés comme obsolètes aujourd'hui en raison de la dépsychiatisation et de l'orientation vers l'autodétermination souhaitée. La huitième version est parue en septembre 2022, mettant davantage l'accent sur la dépsychiatisation et l'autodétermination et faisant également une bonne place aux demandes non binaires [13].

a) *Parcours psychiatrique*

Selon les standards de soins, la présence d'un psychiatre ou d'un psychologue n'est pas une étape obligatoire dans la prise en charge des personnes transgenres. Leur rôle peut consister à fournir un soutien psychothérapeutique pour aider la personne dans sa découverte de son expression de genre, ainsi que dans les aspects sociaux tels que la révélation de sa transidentité. Ils peuvent également offrir un soutien psychologique aux proches et prodiguer d'autres soins qui ne sont pas liés au genre.

Dans la 7e édition des standards de soins, une section est consacrée au rôle du psychiatre dans le diagnostic de la dysphorie de genre, en veillant à ce que ce diagnostic ne soit pas secondaire ou expliqué par d'autres diagnostics. Un autre rôle majeur du psychiatre est d'informer la personne

transgenre sur les différentes expressions du genre et les options de prise en charge disponibles, telles que l'hormonothérapie, les différentes chirurgies, l'orthophonie, etc.

Selon le protocole, le psychiatre joue encore un rôle central, notamment dans l'évaluation de l'opportunité de commencer une hormonothérapie. Plusieurs critères sont proposés pour s'assurer d'une indication appropriée (qui seront développés ci-dessous). Cependant, il est clairement précisé que la décision finale appartient au patient. Pour l'initiation d'une hormonothérapie, il est recommandé de consulter un spécialiste, de préférence dans le cadre d'une prise en charge multidisciplinaire. Si cela n'est pas possible, les standards de soins recommandent une lettre de recommandation d'un professionnel de santé mentale qualifié avant d'initier l'hormonothérapie. Cette lettre devrait indiquer les résultats de l'évaluation psychosociale du patient, la durée du suivi, les justifications cliniques et une déclaration confirmant que le patient a donné un consentement éclairé.

De même que pour l'hormonothérapie, le psychiatre joue un rôle important dans la décision d'une chirurgie de réassignation sexuelle. Son rôle est d'informer le patient des conséquences de la chirurgie afin que celui-ci puisse prendre une décision éclairée. Encore une fois, il est souligné que la décision finale concernant la chirurgie appartient au patient, et le psychiatre doit maintenir une relation de confiance pour l'accompagner dans ce processus. Les traitements chirurgicaux peuvent être initiés sur recommandation d'un professionnel de santé mentale qualifié pour la chirurgie des seins et de la poitrine, et de deux professionnels de la santé mentale pour la chirurgie génitale.

Les recommandations concernant les prérequis pour l'hormonothérapie et la chirurgie sont fortement encouragées par la WPATH, mais il est précisé qu'elles ne sont pas obligatoires. Il n'est pas recommandé d'établir un nombre minimum de séances avant de commencer l'hormonothérapie ou la chirurgie, ni de définir une durée minimale de suivi. L'objectif principal de la psychothérapie est d'améliorer le bien-être psychologique de la personne transgenre, sa qualité de vie et de la soutenir tout au long de sa transition.

b) Parcours endocrinologue

Pour de nombreuses personnes transgenres, l'hormonothérapie joue un rôle important dans leur transition, que ce soit pour induire des changements masculinisants ou féminisants. L'indication et la prescription de l'hormonothérapie doivent être évaluées au cas par cas, en prenant en compte les besoins spécifiques du patient, le rapport bénéfice-risque du traitement et les contre-indications médicales.

Selon le standard de soins, il est recommandé de débiter une hormonothérapie après une évaluation auprès d'un psychiatre qui aurait un rôle primordial dans l'explication de l'hormonothérapie et le consentement éclairé du patient. Comme abordé précédemment, l'indication à l'hormonothérapie se base sur quatre critères : un diagnostic de dysphorie de genre persistant et documenté, une capacité à donner un consentement éclairé, la majorité requise dans certains pays (critère non

appliqué en France), et si des problèmes mentaux médicaux sont présents ils doivent être contrôlés. Il est précisé que dans certaines situations, il est possible d'accepter de prescrire un traitement hormonal, notamment si l'on suspecte le patient de se procurer un traitement illicite et non contrôlé, ou à des patients ayant déjà commencé une hormonothérapie.

Il est préférable que l'initiation de l'hormonothérapie soit effectuée par un endocrinologue ou par un professionnel de santé formé à cet effet, afin d'assumer la responsabilité de l'information donnée au patient, d'assurer un suivi rigoureux et une communication adaptée avec les autres professionnels de santé impliqués dans la prise en charge pluridisciplinaire de la personne transgenre.

Le standard de soins souligne l'importance d'obtenir le consentement éclairé auprès du patient qui souhaite suivre une hormonothérapie. Le professionnel de santé a pour devoir d'informer le patient des effets physiques et psychologiques de l'hormonothérapie, ainsi que des risques qui y sont associés.

c) Parcours chirurgicale

Pour certaines personnes transgenres, la prise en charge chirurgicale revêt une grande importance pour se sentir en harmonie avec leur corps. La chirurgie peut également contribuer à leur confort social et à leur relation avec leur entourage.

La chirurgie de réassignation sexuelle fait partie du processus de transformation et implique la suppression des organes sexuels assignés à la naissance, ainsi que, si possible, la création d'organes sexuels correspondant au genre avec lequel la personne s'identifie. Il existe également d'autres types de chirurgie, tels que la chirurgie mammaire, la chirurgie faciale, la chirurgie de la voix, les implants capillaires et d'autres interventions esthétiques.

Selon les recommandations de la 7e version des standards de soins, pour accéder à la chirurgie de réassignation sexuelle, le patient doit obtenir une attestation d'un professionnel de santé mentale qualifié qui s'assure que les critères sont remplis, à savoir : un diagnostic de dysphorie de genre, un consentement éclairé, être majeur et que les antécédents médicaux et mentaux du patient soient maîtrisés. Ces critères s'appliquent aux chirurgies de mastectomie et d'augmentation mammaire. Toutefois, pour les chirurgies génitales, les recommandations suggèrent que deux médecins différents émettent des avis favorables, ainsi que d'autres critères : une période d'au moins 12 mois sous hormonothérapie pour l'hystérectomie et l'ovariectomie, de même que pour la phalloplastie et la vaginoplastie, il est demandé en plus une expérience de vie réelle dans le genre avec lequel la personne s'identifie. Ces critères sont justifiés dans les standards de soins, afin de permettre à la personne transgenre d'explorer et de s'ajuster socialement au genre souhaité avant de subir une intervention chirurgicale irréversible.

d) Nouvelle version du Standard de Soins 8e version

La huitième version des Standards de Soins a été publiée en septembre 2022. Cette version met l'accent sur une approche plus souple de la transition médicale et une plus grande inclusivité envers les personnes non binaires et de genres divers. Elle souligne que l'expérience de chaque individu est unique, ce qui nécessite une adaptation des soins par les professionnels de santé en collaboration avec la personne concernée.

Cette version insiste sur l'importance d'une prise en charge pluridisciplinaire, prenant en compte les facteurs sociaux et culturels qui peuvent influencer la santé et le bien-être des personnes transgenres. Elle souligne également l'importance de la prévention des infections sexuellement transmissibles.

Les soins en santé mentale restent un aspect essentiel, visant à identifier les problèmes de santé mentale et à fournir, si nécessaire, un diagnostic. Ils sont également indiqués pour soutenir le patient tout au long de sa transition, l'aider à mieux comprendre son identité de genre et à gérer les conséquences émotionnelles de la transition vis-à-vis de son entourage et de la société. La huitième version souligne l'importance de l'accès aux soins psychiatriques, et bien que l'évaluation psychiatrique soit fortement recommandée, elle ne doit pas être utilisée comme un obstacle à l'accès des patients aux soins liés à la transition tels que l'hormonothérapie ou la chirurgie.

Concernant le suivi endocrinologique, il est souligné l'importance de l'accès à une hormonothérapie pour les personnes transgenres et de genres divers souhaitant entreprendre une transition de genre médicalisées. Un accès précoce peut contribuer à réduire la détresse psychologique et améliorer la qualité de vie. Une consultation approfondie est importante pour discuter des enjeux, des avantages et inconvénients potentiels liés à l'hormonothérapie, afin de permettre un consentement éclairé. Il est également important que chaque prise en charge soit flexible, en tenant compte des variations individuelles dans la réponse hormonale de chacun. Un suivi régulier avec des examens est nécessaire après l'initiation de l'hormonothérapie.

Les recommandations actualisées soulignent l'importance d'une évaluation préopératoire approfondie pour s'assurer que la chirurgie répond aux attentes du patient. Cela comprend notamment une évaluation psychologique, un consentement éclairé et une discussion approfondie des attentes et des résultats possibles de la chirurgie. L'accès à la chirurgie devrait être accessible à toute personne qui le souhaite, ainsi qu'un suivi post-opératoire pour minimiser les complications possibles et favoriser une guérison rapide et complète.

En conclusion, cette nouvelle version montre l'importance de la flexibilité de la prise en charge pour répondre au mieux à chaque patient en fonction de son genre défini (transgenre, intersexué, non-binaire...). La notion de collaboration est également importante, une prise en charge

multidisciplinaire où le patient est acteur de sa prise en charge et des choix en matière de soin souhaité ou non. Ces recommandations restent un fil directeur, qui est adaptable selon le pays et les patients. Cette version met l'accent sur des soins de santé inclusifs et respectueux de l'identité de genre des patients.

2. TRANS-Santé

En France, l'association TRANS SANTE - FPATH rassemble des professionnels de santé, des personnes transidentitaires, des familles concernées et des associations. Son rôle est d'accompagner les personnes qui s'interrogent sur leur identité de genre, de soutenir à la fois les personnes transgenres et leur famille dans leur parcours de soins médicaux.

Comme les nouvelles recommandations du Standard de soins version 8, TRANS SANTE considère que l'autodétermination doit être au cœur de la prise en charge. La personne concernée doit avoir la possibilité de se définir par le genre dont elle ou il souhaite faire partie. Un médecin référent, qui pourrait être le médecin traitant, devra discuter avec la personne transgenre, proposer et expliquer les bénéfices et les risques de chaque étape de la prise en charge, notamment l'hormonothérapie, la chirurgie, l'orthophonie et l'épilation définitive, afin d'obtenir un consentement éclairé du patient. L'objectif principal est de dépathologiser et de dépsychiatriser le parcours de soins des personnes transgenres.

3. Haute Autorité de Santé

Le dernier rapport de la HAS concernant la prise en charge des personnes transgenre date de novembre 2009. [10] Ce rapport semble plus adapté à l'heure actuelle, il donnait un rôle primordial à la psychiatrie, un diagnostic auprès d'un psychiatre était indispensable pour confirmer le "transsexualisme". La prise en charge psychiatrique n'est pas suffisante pour pouvoir continuer la transition, il est préconisé une "expérience en vie réelle" dans le rôle du sexe désiré d'une durée recommandée d'environ un an. Cette étape était déjà fortement contestée et parfois discutée lors d'une concertation pluridisciplinaire au cas par cas. Le parcours de soin des personnes transgenres était fait par étape, comme le montre l'annexe 1.

L'hormonothérapie commence après la phase diagnostic. Pour la première prescription, un endocrinologue est obligatoire et suit annuellement le patient pour ajuster le dosage et surveiller les effets secondaires. Les traitements hormonaux sont prescrits hors-AMM, ce qui amène de nombreux spécialistes et médecins généralistes à refuser de les prescrire. Toutefois, le renouvellement peut être fait par un médecin généraliste.

La chirurgie de féminisation/masculinisation et de réassignation de sexe se fait suite à une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP), après la phase diagnostic et souvent après le début de l'hormonothérapie. Cependant, peu d'équipes spécialisées sont formées et disponibles pour ces interventions, ce qui peut engendrer des délais d'attente importants.

Devant l'évolution de la prise en charge des personnes transgenres, la nécessité d'introduire la diversité des parcours, et la dépsychiatriation voulue par les différentes classifications internationales. Sur la demande du ministère des Solidarités et de la Santé, la HAS travaille actuellement sur un nouveau rapport, qui sera diffusé d'ici septembre 2023. [14]

B. Parcours de soins en France

1. Différents intervenants

Dans le parcours de soin d'une personne transgenre, de nombreux professionnels de santé peuvent avoir un rôle. On retrouve le plus souvent le médecin traitant, l'endocrinologue, le chirurgien, le psychologue et/ou psychiatre. Mais également le dermatologue pour la demande d'une épilation définitive, par exemple, et l'orthophoniste qui aura un rôle important dans l'harmonisation de la voix. Le kinésithérapeute peut être consulté pour accompagner la personne suite à la transformation du corps, notamment sur le plan musculaire, induite par l'hormonothérapie. Une consultation avec un médecin de la reproduction est également proposée et conseillée, pour discuter de la conservation des gamètes avant toute transition.

2. Parcours de soin en Loire-Atlantique

Il n'existe pas de centre ou d'équipe spécialisée dédiée aux personnes transgenres en Loire-Atlantique. Les patients sont libres de consulter l'endocrinologue, le psychiatre ou le chirurgien de leur choix, mais il est important de noter que tous les spécialistes ne proposent pas ou n'acceptent pas la prise en charge des personnes transgenres.

Par ailleurs, au CHU de Nantes, une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) est organisée tous les deux mois. Cette réunion rassemble plusieurs professionnels de santé, tels que des endocrinologues adultes et pédiatres, chirurgiens maxillo-facial, chirurgiens plasticiens, pédo-psychiatre, psychiatres libéraux, médecins de la reproduction, dermatologue, psychologues, gynécologues médical et parfois des orthophonistes, médecin scolaire, médecin généraliste. La RCP est notamment requise pour valider collégalement toutes les décisions de prise en charge médicale et/ou chirurgicale pour les mineurs, partager les compétences et expertises pour la prise en charge de patients majeurs présentant des situations complexes, et échanger sur les rares cas de demande de retour en arrière dans le parcours de transition.

3. Prise en charge des soins

En octobre 2004, un décret a inclus les "troubles précoces de l'identité de genre" dans la liste des Affections de Longue Durée (ALD) n°23, qui concerne des "affections psychiatriques de longue durée". L'ALD permet une prise en charge financière des frais médicaux liés à la transidentité par l'assurance maladie.

Cependant, la prise en charge de la chirurgie de réassignation sexuelle était basée sur un protocole élaboré en 1989. Elle était accordée par un médecin conseil national en fonction de trois critères : la nécessité d'un suivi pendant une période minimale de deux ans par une équipe médicale (psychiatre, endocrinologue, chirurgien), la rédaction d'un protocole par ces trois spécialistes concluant au caractère indispensable de la chirurgie, et la prise en charge était autorisée si et seulement si la chirurgie était effectuée dans un établissement public.

Quant à la prise en charge de soins annexes à l'opération de réassignation sexuelle, le remboursement dépendait des caisses locales d'assurance maladie, ce qui entraînait des disparités régionales et des inégalités pour les assurés sociaux. Par exemple, certaines caisses d'assurance régionale remboursaient l'hormonothérapie, tandis que d'autres la refusaient sous prétexte que ce soit une prescription hors AMM.

En 2009, la transidentité a été retirée de la catégorie "affections psychiatriques de longue durée" (ALD 23) pour être introduite dans les affections "hors listes" dites ALD 31. C'est une avancée progressive vers la dépsychiatriation de la transidentité demandée par les associations depuis des années.

Aujourd'hui, l'ALD d'une personne transgenre permet la prise en charge à 100% des frais médicaux, l'avancement des frais de santé, et l'exonération du ticket modérateur. L'ALD couvre le traitement hormonal, les rendez-vous médicaux et paramédicaux (hors dépassement d'honoraire), une partie des frais de dermatologie (épilation laser), la rééducation de la voix par un orthophoniste, les bilans sanguins, les opérations chirurgicales (hors dépassement d'honoraire). Cependant, des disparités persistent entre les différentes caisses d'assurance maladie. Certaines demandent simplement un protocole de soin rempli par le médecin généraliste, tandis que d'autres exigent un certificat d'un psychiatre attestant l'identité de genre, voire plusieurs certificats de différents professionnels de santé.

Des associations considèrent que l'ALD est une proposition discriminatoire, car elle implique que tous les médecins et pharmaciens, même ceux qui ne sont pas impliqués dans la prise en charge de la personne transgenre, auront accès à cette information via le dossier de l'assurance maladie. De même, lorsqu'une personne transgenre remplit un questionnaire de santé pour une demande de prêt ou d'assurance, les banques et les compagnies d'assurance peuvent demander si elle a une ALD ou non, ce qui peut entraîner une augmentation des tarifs d'assurance.

4. Evolution de l'état civil

La perception d'une croissance de la population transgenre peut être attribuée à l'amélioration et la modernisation de la loi sur les conditions de changement d'état civil en novembre 2016.

La demande de modification de prénom était possible avant 2016 en passant devant le juge des affaires familiales. Depuis, 2016, la demande se fait en mairie auprès de l'officier d'État civil, sans nécessité de transition physique. L'intéressée doit fournir des documents prouvant l'intérêt de sa demande (attestations de proches, factures, mails, etc.). [15]

Concernant le changement de genre, il est possible de le modifier devant le tribunal de Grande instance. Elle concerne « toute personne majeure ou mineure émancipée qui démontre par une réunion suffisante de faits que la mention relative à son sexe dans les actes de l'état civil ne correspond pas à celui dans lequel elle se présente et dans lequel elle est connue ». Cette loi, permet une démedicalisation de la procédure en mettant fin à l'exigence d'une consultation avec un psychiatre ou une obligation de transition chirurgicale. [16]

Cette modernisation de la loi fut une avancée, même si elle reste encore perfectible et critiquée, notamment le fait de passer devant un juge pour justifier de son identité qui est vu comme discriminatoire par les personnes transgenres.

5. Rôles des associations

Les associations ont un rôle important dans le soutien, l'accompagnement et l'information des personnes transgenres. On retrouve des associations LGBT+ dans la majorité des grandes villes de France, ce qui permet à beaucoup de personnes dans le besoin d'avoir un interlocuteur qui peut l'aider et l'accompagner que ce soit pour des questions concernant le genre, la santé, la sexualité, des conseils juridiques, un accueil en cas d'exclusion de la famille ou à l'inverse un accueil pour les familles avec des enfants LGBT+. Ces associations ont également un rôle de prévention, d'éducation et de sensibilisation à l'homophobie à destination de toutes personnes hors LGBT+.

DONNÉES DE LA LITTÉRATURE DES PARCOURS DE SOIN DANS LE MONDE

I. Etudes qualitatives sur la prise en charge d'une personne transgenre

A. Études françaises : place de la médecine générale

A ce jour, on retrouve peu de données cliniques concernant la prise en charge des personnes transgenres en France. Une thèse a été réalisée en 2019 à Grenoble, "Regards des personnes transidentitaires sur leur parcours de soins : quelle place pour la médecine générale ?" [17]. Il s'agit d'une étude qualitative par entretien semi-dirigé, neuf entretiens ont été réalisés. Il en ressort en premier lieu, une souffrance des personnes transgenres en lien avec leur identité, l'incompréhension de leur entourage, et la perception de la société vis-à-vis des personnes transidentitaires. Pour beaucoup, un accès au système de santé est important pour pouvoir transitionner rapidement, car c'est une source de souffrance psychique, d'addiction pour certain et d'isolement. Dans cette étude, il est reproché au corps médical un manque de connaissance et de formation, que ce soit le sujet de transidentités en lui-même, l'hormonothérapie, ou le parcours pouvant être proposé aux personnes transgenres. On retrouve une vision péjorative du milieu médical, souvent parsemé de remarques transphobes, sexistes ou des refus de discussion concernant le sujet de la transidentité.

Dans cette étude, l'attente envers le médecin généraliste est d'être à l'écoute, disponible pour une consultation en lien ou non avec la transidentité, être un interlocuteur privilégié. Mais pour une grande partie des répondants, le médecin manque de connaissance à ce sujet et se sent démunis, mais il est disponible pour les maux de la vie quotidienne (virose, traumatisme...). Il a également un rôle administratif notamment pour la demande d'ALD et de coordinateur des soins (reçoit les comptes-rendus, les dernières analyses).

Concernant l'accompagnement psychologique, il semblerait nécessaire selon plusieurs témoignages, sans pour autant être un passage obligatoire et contraint pour accéder à la suite de la prise de charge de la transition. Beaucoup de participants évoquent une relation médecin/patient.e asymétrique avec comme principal enjeu la délivrance d'une attestation autorisant la transition, la relation était peu basée sur l'honnêteté. On remarque une vision négative du parcours psychiatrique, décrit comme discriminant et pathologisant.

Les patients se tourneraient avec davantage de confiance vers un endocrinologue pour la prescription d'hormonothérapie, même s'il est reproché la difficulté d'accessibilité et les longs délais pour avoir une consultation. Même remarque concernant les chirurgiens, l'offre de soin est restreinte, les délais d'attente sont jugés beaucoup trop longs, les structures de soins réalisant certaines opérations sont concentrées dans quelques CHU.

Deux patients témoignent de coûts élevés concernant la transition, notamment parce que l'ALD n'existait pas à l'époque.

Globalement, l'attente vis-à-vis du corps médical est une écoute sans jugement, bienveillante, éviter d'être mé-généré. Une nécessité d'auto-diagnostic est décrite, d'être libre dans le choix du type de prise en charge et des professionnels de santé à consulter. Une attente vis-à-vis du médecin

généraliste qui pourrait devenir un intervenant central, disponible pour le renouvellement d'hormonothérapie et de la prise en charge globale.

Une autre thèse de médecine générale a été réalisée en 2021, à Paris, il s'agit d'une étude qualitative par entretien semi-dirigé de binôme "médecin généraliste et transgenre", six binômes ont été vu en entretien. Les différents champs explorés étaient le parcours de transition du patient, les connaissances du médecin traitant, la place du médecin généraliste dans l'accompagnement de la transition. [18]

Il en ressort en premier lieu que les patients transgenres ont vécu plusieurs mauvaises expériences avec des professionnels de santé avant de trouver un médecin traitant qui leur convenait. Les attentes principales étaient que leur médecin généraliste soit à l'écoute, bienveillant et travaillant avec un réseau de spécialistes.

Dans cette étude, on retrouve une certaine expertise sur la transidentité des patients concernés, ce qui contrastait avec le peu de connaissance des médecins généralistes. Les patients transgenre ne sont pas en demande d'une formation mais d'une sensibilisation pour les médecins ayant des contacts avec des personnes transgenres. Malgré le manque de formation reproché au médecin, la majorité des patients interrogés étaient satisfaits de leur relation avec leur médecin.

Le rôle du médecin généraliste semblait limité au suivi classique et à la demande d'ALD. L'initiation et le renouvellement d'ordonnance de l'hormonothérapie n'était pas une condition indispensable du médecin généraliste, certains patients voyaient ça comme une simplification de la prise en charge d'avoir un renouvellement par son médecin traitant mais d'autres patients préféraient différencier le médecin généraliste et l'hormonothérapie.

B. Expérience du parcours de soin

Une revue de littérature a été réalisée par une équipe irlandaise, "Experiences of transgender and non-binary youth accessing gender-affirming care: A systematic review and meta ethnography" [19], publiée en septembre 2021. Cette analyse regroupe dix études qualitatives réalisées dans différents pays (Etats-Unis, Canada, Royaume-Uni, Australie), pour la plupart de 2016 à 2020 et deux études réalisées en 2005 et 2007.

Les points qui en ressortent sont la difficulté à trouver un professionnel de santé compétent et adapté disponible, un temps d'attente très long pour la première consultation avec un spécialiste, et les longues listes d'attentes pour la prise en charge chirurgicale. Dans les études notamment aux Etats-Unis, on retrouve une inégalité territoriale très marquée, avec des répartitions de professionnels de santé/clinique inégalitaires entre urbain et rural, des témoignages rapportent de long trajet pour pouvoir consulter avec un spécialiste adapté à la prise en charge des personnes transidentitaire. Un point d'inquiétude est souligné, le coût de la prise en charge de la transition et du suivi, à maintes reprises identifiés comme l'obstacle majeur de l'accès aux soins. Les assurances ne permettant pas

d'être systématiquement couvert pour les consultations avec un spécialiste, la prise en charge hormonothérapie ou la chirurgie notamment au Canada et Etats-Unis.

Il existe, au Canada et à Washington par exemple, des cliniques spécialisées avec des équipes pluridisciplinaires prenant en charge les personnes transgenres. En dehors de ces cliniques, les patients se dirigent vers le médecin traitant ou des spécialistes "trans-friendly" malgré les long délais et le trajet à réaliser. Les professionnels de santé ne sont pas formés, ce qui peut engendrer de la défiance, des remarques déplacées, ou même des refus de soins. Il est également rapporté, le fait de devoir "prouver" son identité, de devoir rendre des comptes pour avoir accès à l'hormonothérapie ou certaines prises en charge chirurgicales. Dans l'étude américaine, il est précisé que plusieurs patients redoutent de consulter le médecin traitant même pour d'autre sujet que la transidentité, de peur d'être jugé. Dans toutes les études, les patients ont subi le fait d'être mégenré par un professionnel de santé.

Dans cette analyse d'études, on retrouve des récits positifs, notamment concernant les cliniques spécialisées qui ont une approche bienveillante, une équipe pluridisciplinaire formée au sujet. Avec parfois un médecin référent permettant le lien entre les différents spécialistes, l'aide au remplissage des documents administratifs.

Cette revue de la littérature regroupant dix études qualitatives publiées en 2021 est considérée comme la première revue systématique qualitative à ce sujet, ce qui met en lumière le manque d'étude clinique et de témoignage de l'expérience des personnes transgenres lié au soin. En conclusion, l'équipe de recherche décrit différents facteurs qui influencent l'accessibilité et la satisfaction de la prise en charge des personnes transgenres : l'acceptation de l'identité de genre, la continuité de soin, le coût, la relation patient-soignant, et le soutien de l'entourage. En général, pour permettre une prise en charge positive, les personnes transgenres ont besoin d'un espace sûr et respectueux où ils peuvent explorer leur identité de genre sans devoir "prouver" son genre par un schéma stéréotypé et normatif, des professionnels de santé à l'écoute avec un soutien psychosocial s'il est demandé, une assurance pour pouvoir accéder à certains soins (diffèrent entre chaque pays). Cependant, selon les auteurs une étude plus approfondie et plus large serait intéressante pour connaître les facteurs spécifiques à améliorer dans la prise en charge des personnes transgenres et non binaires.

II. Les différents parcours de soin transidentitaires

Au-delà des études qualitatives qui nous ont permis de réaliser le questionnaire, de plus en plus de recherches et d'études sont menées à travers le monde, bien que la plupart se concentrent dans les régions nord-américaines et occidentales. Ces lectures nous ont permis de dresser un état des lieux de la situation à l'échelle internationale et de mettre en évidence les principales critiques concernant la prise en charge des personnes transgenres, ainsi que les aspects liés aux soins.

A. Pluralité de la transidentité et des prises en charge

Tout d'abord, une étude allemande [20] soulève un point important en ce qui concerne les expériences et les besoins en matière de soin des personnes transgenres. Cette étude, réalisée au moyen d'un questionnaire en ligne, met en évidence la diversité des expressions des personnes transgenres ou non binaires. Il est crucial que les professionnels de santé comprennent que chaque personne ne souhaite pas nécessairement suivre une hormonothérapie, subir une chirurgie, etc. La question de la prise en charge binaire est sujette à débat, et il est essentiel de dispenser une formation aux professionnels de santé afin de leur expliquer la fluidité des différents genres et, par conséquent, la nécessité d'adapter les approches médicales en conséquence.

B. Le rôle des soins primaires

Une étude réalisée en Angleterre et Australie, rapporte des témoignages positifs concernant leur médecin traitant, soulignant l'appréciation d'être pris en charge dans leur globalité plutôt que d'être réduit à leur identité transgenre. Cependant, plusieurs témoignages critiquent le manque de connaissances et d'intérêt des médecins pour se renseigner sur le sujet de l'identité de genre, ce qui entraîne un manque de confiance, voire une défiance [21]. Ce problème est préoccupant car ces pays disposent de cliniques spécialisées dans l'identité de genre accessibles sur recommandation du médecin traitant. La méconnaissance de ce parcours peut inévitablement entraîner des délais de prise en charge plus longs, voire l'abandon des démarches.

En Suisse, un article publié en 2020 dans la Revue Médicale Suisse propose une approche et prise en charge pour les médecins de premier recours. Dans cet article, on retrouve l'importance de personnaliser chaque prise en charge en fonction des différentes dimensions d'identité de genre. Il encourage une approche de co-expertise avec le patient, en se basant sur le principe de l'auto-détermination. Les médecins de premier recours en Suisse jouent un rôle crucial dans la prise en charge des personnes transgenres. Ils doivent accompagner de manière empathique les patients, discuter et expliquer les différentes options de prise en charge pour obtenir un consentement éclairé. Ils doivent également orienter les patients vers les spécialistes nécessaires et les soutenir dans les questions légales et administratives [22].

C. Vécu du parcours de soin spécialisé

Dans différents pays, notamment l'Angleterre et l'Australie, on retrouve des cliniques spécialisées dans la prise en charge des personnes transgenres, regroupant les différentes spécialités intervenant dans la prise en charge. Ces équipes pluridisciplinaires sont appréciées car elles ont une certaine connaissance du sujet, une approche empathique et à l'écoute. Cependant, certains points négatifs sont rapportés, tels que la vision binaire encore présente chez des professionnels de santé, qui ne reconnaissent pas la diversité des personnes transgenres. De plus, il est parfois exigé une expérience en vie réelle avant de pouvoir accéder à des chirurgies ou à

l'hormonothérapie. Et la principale critique est le délai d'attente pour être pris en charge dans ce genre de clinique, la liste d'attente est très longue selon les différents témoignages. [21]

Plusieurs études montrent un risque accru en santé mentale, tels que l'anxiété, la dépression, et les addictions. Ces difficultés peuvent être liées aux obstacles rencontrés dans leur parcours, aux rejets de la part de leur propre famille et de leur entourage professionnel. Selon les études, plus de 50% de la population aurait des symptômes de dépression avant toute prise en charge médicale, et jusqu'à 40% éprouve des idées suicidaires. [23] Dans les témoignages des personnes transgenres, la demande de choisir une prise en charge psychologique ou psychiatrique est fréquente, jugée essentielle par les personnes concernées, sans pour autant que ce soit obligatoire et uniquement centré sur le sujet de la transidentité. Une étude provenant des Etats-Unis a montré la diminution du risque de dépression et d'idées suicidaires après 12 mois de prise en charge psychologique et globale de la transidentité. [23]

Une étude comparative réalisée en Norvège entre des étudiants transgenres et des étudiants cisgenres a examiné différents sujets à l'aide d'un questionnaire, notamment la sensation de solitude, la santé mentale, les idées suicidaires. Les analyses confirment une différence significative en matière de santé mentale, avec plus de 60% des personnes transidentitaires ayant un niveau élevé de symptômes d'anxiété et de dépression, contre 16% chez les hommes cisgenres et 32% chez les femmes cisgenres. De même que les pensées suicidaires allant jusqu'à 64% dans la population transgenre, comparé à 18% et 22% chez les hommes et femmes cisgenre. [24]

D. Prises en charge financière en fonction des pays

La question du coût de la prise en charge revient très régulièrement dans les études et dépend du système de santé de chaque pays. Aux Etats-Unis, où le système de santé est en majorité basé sur des assurances privées, la prise en charge des personnes transgenres semble différente en fonction de l'assurance de chacun. Selon une étude réalisée aux Etats-Unis, un répondant sur quatre a rencontré un problème avec son assurance lorsqu'il s'agissait de la transidentité, tels que le refus de changer le prénom de l'assurance, le refus du remboursement du traitement hormonal, le refus de prise en charge des soins primaires. Ce chiffre va jusqu'à 55% de refus de prise en charge chirurgicale. [25] Ces refus de prise en charge de la part des assurances poussent certaines personnes à abandonner les soins primaires et les soins liés à la transidentité, ou à se procurer des traitements médicamenteux sans ordonnance.

Au Canada, tous les résidents ont accès à une assurance de santé financée par l'Etat qui couvre les services hospitaliers et médicaux, mais les spécificités diffèrent en fonction des provinces et territoires. On observe une disparité entre les provinces, certaines ne couvrent pas systématiquement la prise en charge chirurgicale des personnes transgenres, ni les soins liés à la santé mentale. Cependant, il existe des régimes privés d'assurance maladie, qui en général sont

fournis par l'employeur, pouvant prendre en charge ce que l'assurance financé par l'Etat ne le couvre pas. [26]

E. Satisfaction globale

Un étude prospective réalisée à Hambourg, en Allemagne, auprès d'adolescents et jeunes adultes transgenres pris en charge dans une clinique spécialisée à la dysphorie de genre a analysé, au moyen d'un questionnaire, la satisfaction du résultat après une prise en charge pluridisciplinaire. Malgré de long délai d'attente entre les consultations et les différentes étapes de la prise en charge, 75% des participants à l'étude étaient globalement satisfaits de la prise en charge, terminées ou en cours, au sein de la clinique, ce score a tendance à augmenter lorsque la prise en charge est à un stade plus avancé. L'effet positif ressenti après l'instauration d'une hormonothérapie et le soutien psycho-social important ont influencé ce taux de satisfaction, bien que l'impact de la chirurgie n'ait pas pu être confirmé en raison du faible nombre de participants ayant subi une chirurgie au moment de l'analyse. [27]

Nous retrouvons un taux de satisfaction moindre dans une étude réalisée aux Etats-Unis, une étude quantitative sur la satisfaction des soins liés à l'identité de genre dans une vingtaine d'Etats. Cette étude incluait à la fois des personnes transgenres et des personnes non-binaires. On constate que 65,5% des personnes du panel sont "très satisfaites" de la prise en charge. Cette étude n'a pas recherché les raisons de ce taux de satisfaction. Concernant les personnes peu satisfaites, il est évoqué des expériences transphobes, un manque de connaissance du sujet de la part des professionnels de santé, et un difficile accès au centre de soin pluridisciplinaire spécialisé pour les personnes transgenres. [28]

MATERIEL ET METHODE

I. Objectif de l'étude

L'objectif principal de cette étude est de dresser un état des lieux du ressenti des personnes transgenres et de leur prise en charge médicale en Loire-Atlantique, ainsi que de recueillir les difficultés rencontrées sur le plan médical et/ou social.

II. Type d'étude

L'étude correspond à une étude descriptive, type quantitative réalisée sur la base d'un questionnaire. Elle concerne les personnes transgenres majeures de Loire Atlantique, sous ou sans hormonothérapie, ayant ou non réalisé une chirurgie de transition. Les questionnaires sont anonymisés, aucune information sur le nom et prénom n'est demandé. Seules la tranche d'âge et l'utilisation du pronom sont demandées afin de faciliter l'analyse des données.

III. Logiciel de diffusion du questionnaire et d'analyse des données

Le questionnaire a été réalisé à l'aide du logiciel en ligne Limesurvey, conçu spécifiquement pour mener des enquêtes et des sondages. Cette plateforme permet de réaliser un questionnaire et d'en sortir des statistiques. L'un des avantages de ce logiciel est sa sécurité, chaque donnée sauvegardée est cryptée et stockée dans un serveur distinct. Le questionnaire sera diffusé par un lien menant directement au questionnaire ou un QRcode que nous avons inclus sur un flyer (voir annexe 2) qui pourra être scanné pour être dirigé au questionnaire.

IV. Population et recrutement

A. Critères d'inclusion

Le questionnaire était à destination des personnes transgenres quelque soit leur stade de transition, âgés de plus de 18 ans, vivant en Loire Atlantique.

B. Processus de recrutement

Le recrutement s'est déroulé sur la période du 15 août 2022 au 31 mars 2023, par différents moyens et sur différents lieux pour avoir une meilleure représentativité.

Le recrutement s'est fait via les associations de Loire Atlantique, notamment Contact44 à Nantes et EsAc à Ancenis qui ont accepté de diffuser notre questionnaire par le biais des réseaux sociaux. D'autres associations ont été contactées mais n'ont soit pas répondu, soit refusé de diffuser

le questionnaire. Plusieurs services hospitaliers ont accepté de distribuer des flyers auprès de leur patientèle, notamment le service d'endocrinologie du CHU de Nantes, le centre de planification Simone Veil de Nantes, le Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD) de Nantes, le centre de planning familial de Saint Nazaire et le CeGidd de Saint Nazaire. Des cabinets libéraux d'endocrinologie et médecin généralistes ont également accepté de mettre à disposition des flyers dans leur salle d'attente (Dr Edith Omon, Dr Jeanmougin Pauline, Dr Kerlo Véronique). Enfin, les réseaux sociaux ont été utilisés comme moyen de diffusion, notamment à travers des groupes Facebook de la communauté transgenre.

C. Réalisation du questionnaire

Grâce aux différentes études qualitatives décrites ci dessus, nous avons pu ressortir plusieurs problématiques centrales et récurrentes dans la prise en charge des personnes transgenres : le manque de formation des professionnels de santé, des discriminations de la part du corps médical et paramédical voire des refus de soins, la difficulté d'accès au soin et à certaines spécialités, les long délai d'attente de prise en charge, et le coût monétaire.

Nous avons décidé de compartimenter le questionnaire par spécialités médicales (médecine générale, endocrinologie, chirurgie, psychiatrie), en essayant de poser des questions centrées sur les mêmes thématiques : l'implication ou non de la spécialité, le ressenti vis-à vis de ce professionnel de santé, la difficulté d'accès à ces spécialités, le délai d'attente. Une autre partie du questionnaire est centré sur l'expérience au cours de la prise en charge : des refus de soin, des discriminations. La dernière partie concerne l'aspect financier de la prise en charge et la question de l'affection longue durée.

Nous avons donc fait le choix d'inclure plusieurs questions ouvertes, pour obtenir des réponses plus détaillées et de permettre aux répondants d'expliquer leurs choix de réponses, en particulier en ce qui concerne leur ressenti à l'égard des professionnels de santé. Le questionnaire est visible en annexe 3.

D. Méthode d'analyse

Après la clôture du questionnaire, nous avons réalisé une analyse purement descriptive des données. Avant de réaliser l'analyse des réponses, nous avons exclu les questionnaires partiellement remplis, au nombre de 35 au total. Ensuite le logiciel LimeSurvey nous a permis de créer des statistiques sur les 55 questionnaires complets.

RÉSULTATS

I. Données sociodémographiques

A. Âge

On note une prédominance de la tranche d'âge de 18 à 34 ans, avec 44 réponses au total. Neuf réponses dans la tranche de 35 à 54 ans, et seulement 2 pour les personnes âgées de 55 ans ou plus (**Figure 1**).

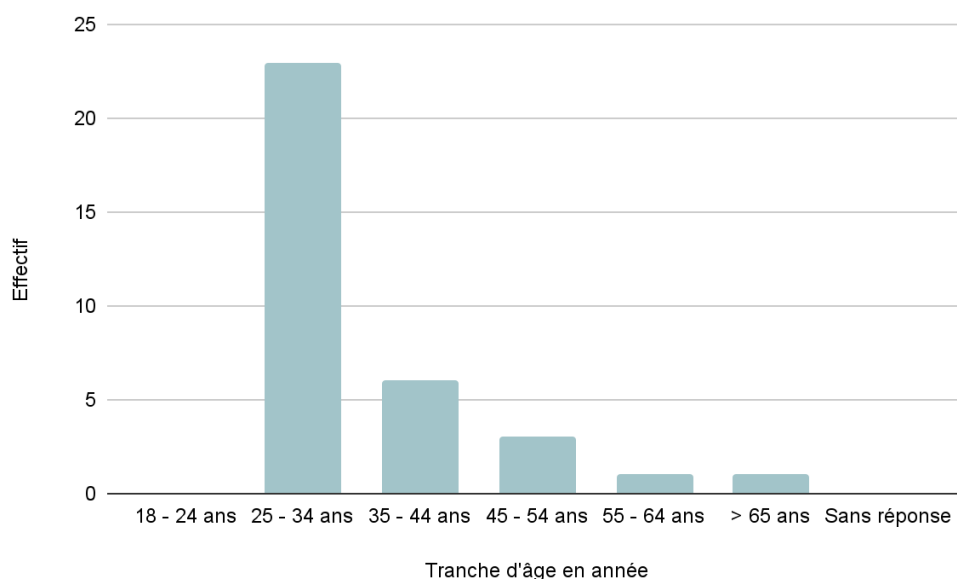


Figure 1 : Répartition des tranches d'âge des répondants, 55 répondants.

B. Genre

Concernant le genre attribué à la naissance, on retrouve une légère prédominance du genre féminin (**Tableau 2**). Puis concernant le genre actuel, on retrouve 21 transgenres féminins, 20 transgenres masculins, 10 personnes non binaire et 2 personnes genderfluid (**Tableau 3**).

Tableau 2 : Répartition des effectifs en fonction du genre attribué à la naissance, 55 répondants

Réponses	Nombre - n	Pourcentage - %
Féminin	29	52,73%
Masculin	25	45,45%
Autre	0	0%
Sans réponse	1	1,82%

Tableau 3 : Répartition des effectifs en fonction du genre actuel, 55 répondants

Réponses	Nombre - n	Pourcentage - %
Féminin	21	38,18%
Masculin	20	36,36%
Non-binaire	10	18,18
Genderfluid	2	3,64%
Autre	2	3,64%
Sans réponse	0	0%

II. Premier interlocuteur du parcours

Les premiers interlocuteurs pour une personne ayant des questionnements sur sa transidentité sont à 30,91% les associations, 29,09% le médecin généraliste, 9 personnes se sont orientés vers les "ami.e.s" (réponse précisée dans la catégorie autre). On retrouve divers interlocuteurs mais non majoritaires comme le planning familial, le psychologue, l'endocrinologue, la maison des adolescents, les réseaux sociaux (**Figure 2**).

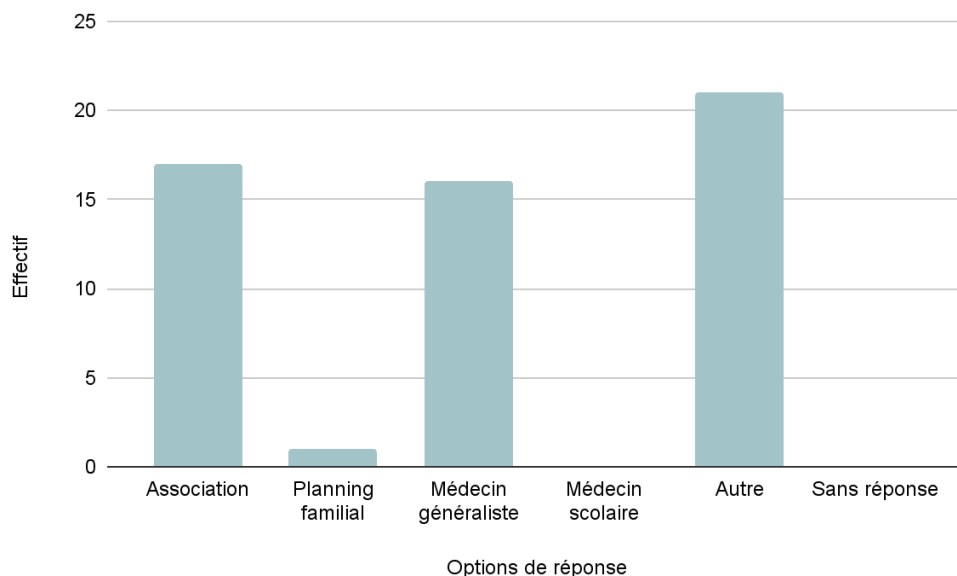


Figure 2 : Vers qui vous êtes-vous orienté(e) en premier dès la découverte de votre transidentité ? 55 répondants.

Plus de la moitié des répondants (52,73%) ont trouvé leur premier interlocuteur en ligne, tandis que 20% ont été recommandés par un proche. Les autres répondants ont mentionné leur médecin généraliste, une association ou ont choisi "autre". Une personne n'a eu aucun interlocuteur lorsqu'elle a découvert sa transidentité (**Figure 3**).

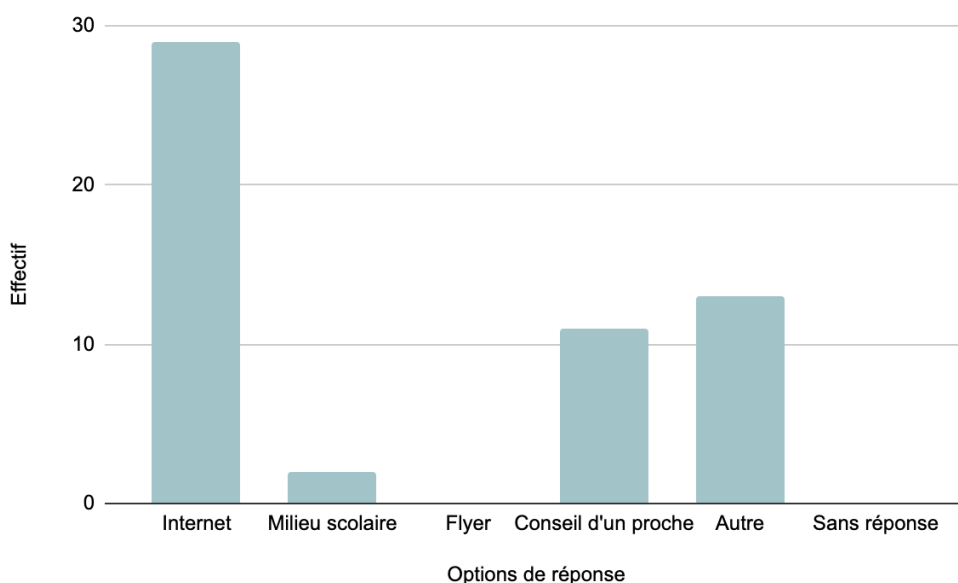


Figure 3 : Comment avez-vous trouvé votre premier interlocuteur ? 55 répondants.

III. Parcours de soin

A. Médecin traitant

Parmi les personnes interrogées, 80% ont impliqué leur médecin traitant dans leur parcours de transition, tandis que 16,36% n'ont pas fait appel à leur médecin traitant. Deux personnes ont déclaré ne pas avoir de médecin traitant (**Tableau 4**).

Tableau 4 : Avez-vous impliqué votre médecin généraliste concernant votre parcours de transition ? 55 répondants

Réponses	Nombre - n	Pourcentage - %
Oui	44	80%
Non	9	16,36%
Pas de Médecin généraliste	2	3,64%
Sans réponse	0	0,00%

Une majorité des répondants (81,82%) ayant un médecin traitant considère qu'il a un rôle dans le suivi de la transition d'une personne transgenre (**Figure 4**). Dans les réponses ouvertes, la place et le rôle du médecin traitant se veut surtout pour la mise en relation avec les spécialistes du parcours, l'accompagnement de la santé en dehors de la question de la transition, le renouvellement de l'hormonothérapie, le suivi des bilans (sanguins, psychologiques), le remplissage des documents administratifs notamment l'ALD.

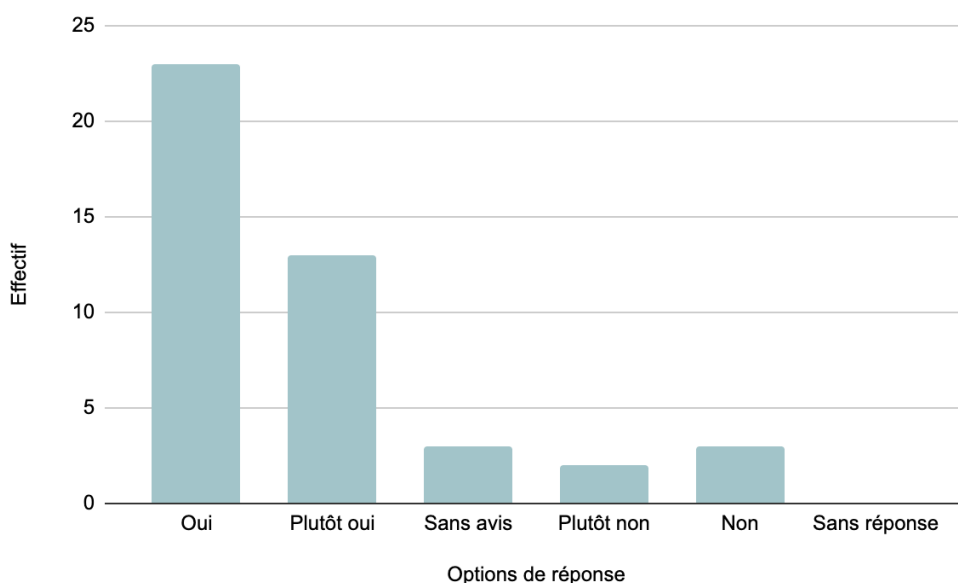


Figure 4 : Pensez-vous que votre médecin généraliste à une place dans le suivi de votre transition ? 44 répondants.

B. Endocrinologue

Parmi les 55 répondants, 48 ont déjà consulté un endocrinologue (87,27%) et 7 n'en ont jamais consulté (12,73%), (**Tableau 5**). Une majorité de personnes ayant consulté un endocrinologue affirme avoir eu des difficultés à avoir un premier rendez-vous, seulement 22,92% considèrent ne pas avoir eu de soucis (**Tableau 6**).

Tableau 5 : Avez-vous déjà consulté un endocrinologue ? 55 répondants

Réponses	Nombre - n	Pourcentage - %
Oui	48	87,27%
Non	7	12,73%
Sans réponse	0	0,00%

Tableau 6 : Etait-ce compliqué de trouver un premier rendez-vous avec un endocrinologue ? 48 répondants

Réponses	Nombre - n	Pourcentage - %
Oui	16	33,33%
Plutôt oui	16	33,33%
Sans avis	5	10,42%
Plutôt non	6	12,40%
Non	5	10,42%
Sans réponse	0	0,00%

Le rôle de l'endocrinologue semble important pour 72,92% des répondants, contre 22,92% qui estiment que l'endocrinologue ne devrait pas avoir de rôle dans la prise en charge. Deux personnes sont sans avis (**Figure 5**).

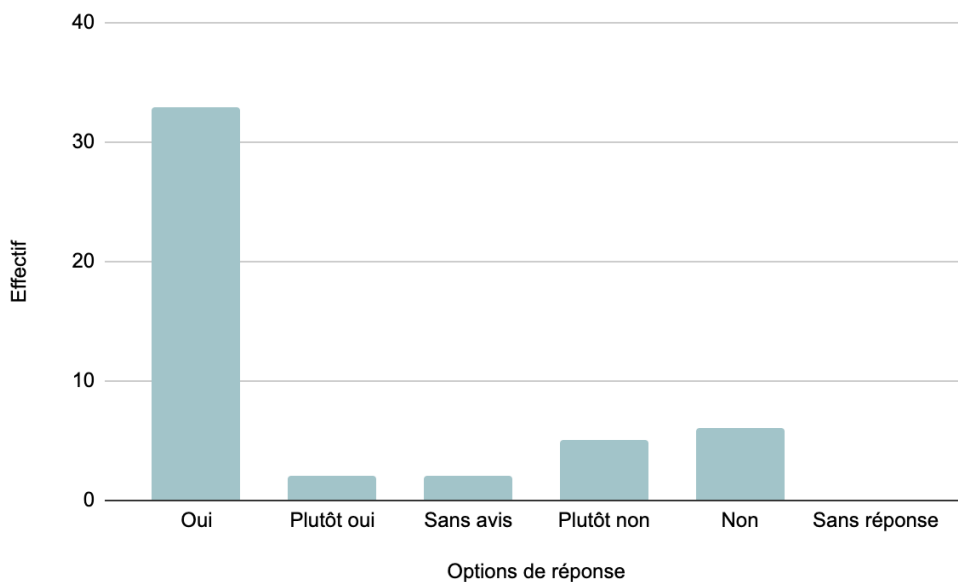


Figure 5 : Pensez-vous que ce spécialiste a une place dans le suivi de votre transition ? 48 répondants.

C. Hormonothérapie

Une majorité des répondants (96,36%) sont sous hormonothérapie, seulement deux personnes n'ont pas de traitement (**Tableau 7**). Parmi les 53 personnes sous hormonothérapie, 94,34% y sont depuis moins de cinq ans et 5,66% depuis 6 à 10 ans (**Figure 6**).

Tableau 7 : Êtes-vous sous hormonothérapie ? 55 répondants

Réponses	Nombre - n	Pourcentage - %
Oui	53	96,36%
Non	2	3,64%
Sans réponse	0	0,00%

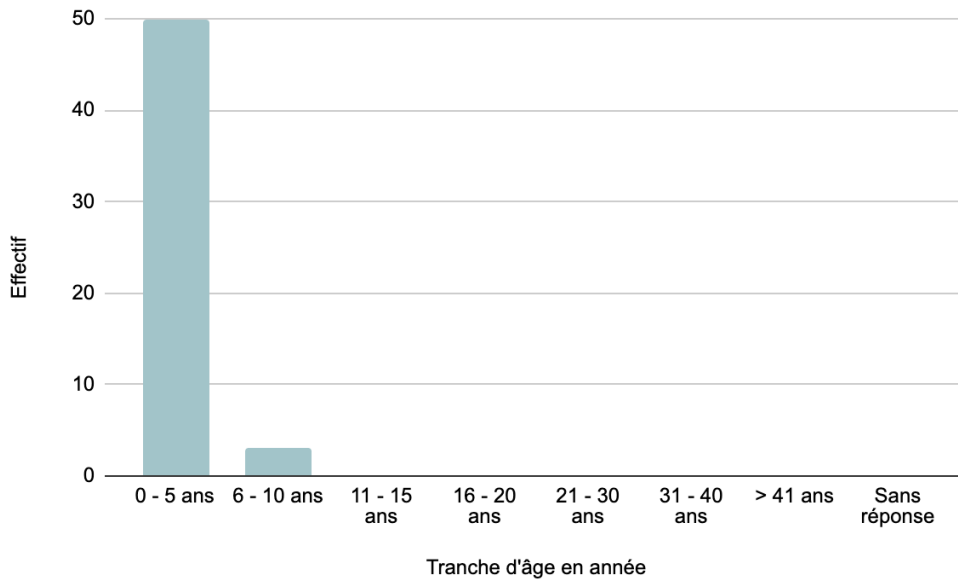


Figure 6 : Durée de la prise d'hormonothérapie par tranche d'année, 53 répondants.

L'endocrinologue est à l'origine de la primo-prescription pour 45 répondants, le médecin généraliste pour 6 répondants, et 2 personnes se procurent le traitement hormonal sans ordonnance (Figure 7).

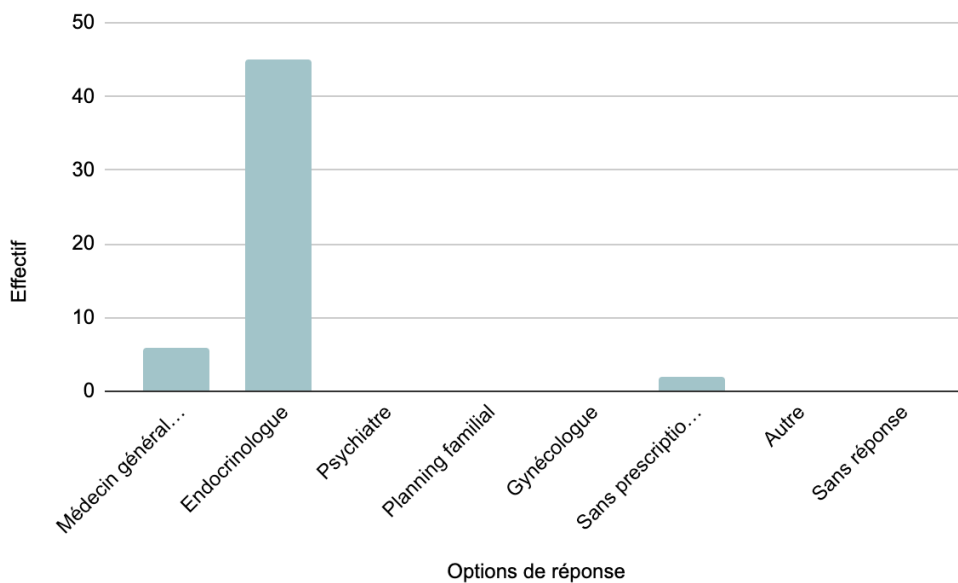


Figure 7 : Qui est-ce qui vous a prescrit la première ordonnance d'hormone ? 53 répondants.

Concernant le renouvellement, les répondants ne se dirigent pas systématiquement vers le même professionnel de santé, 42 répondants ont déjà renouvelé leur traitement avec l'endocrinologue, 16 par le médecin généraliste, 2 par le psychiatre, et 2 se procurent le traitement hormonal sans ordonnance (Figure 8).

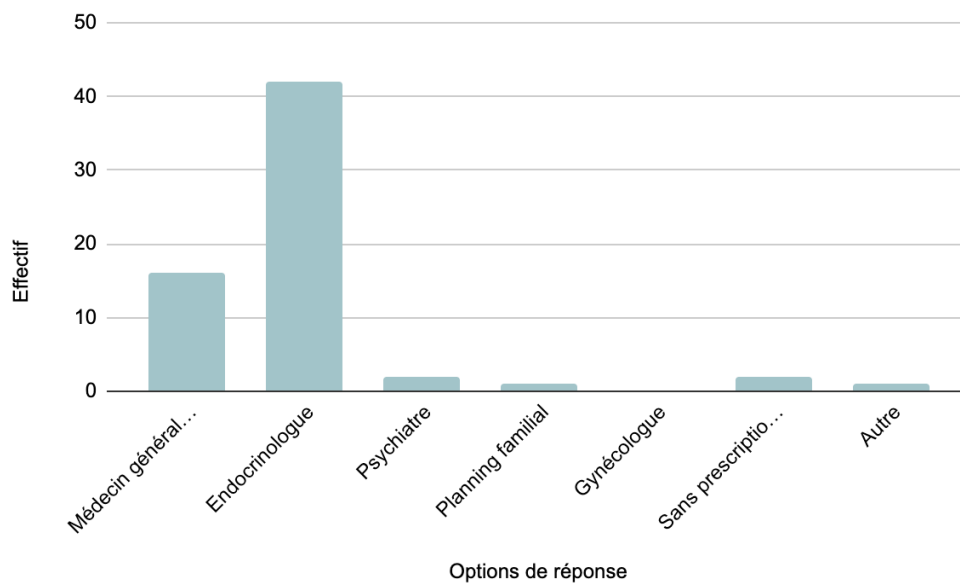


Figure 8 : Qui est-ce qui prescrit les renouvellements d'ordonnance d'hormonothérapie ? Réponse à choix multiples.

D. Psychiatre

Parmi les 55 répondants, 46 ont déjà consulté un psychiatre (83,64%) et 9 n'en ont jamais consulté (16,36%), (**Tableau 8**). Les consultations avec un psychiatre ont un lien avec la transidentité pour 67,39%, pour 13,04% ce n'est pas la seule raison de la prise en charge psychiatrique, et pour 17,39% il n'y a aucun rapport (**Figure 9**).

Tableau 8 : Avez-vous déjà consulté un psychiatre ? 55 répondants.

Réponses	Nombre - n	Pourcentage - %
Oui	46	83,64%
Non	9	16,36%
Sans réponse	0	0,00%

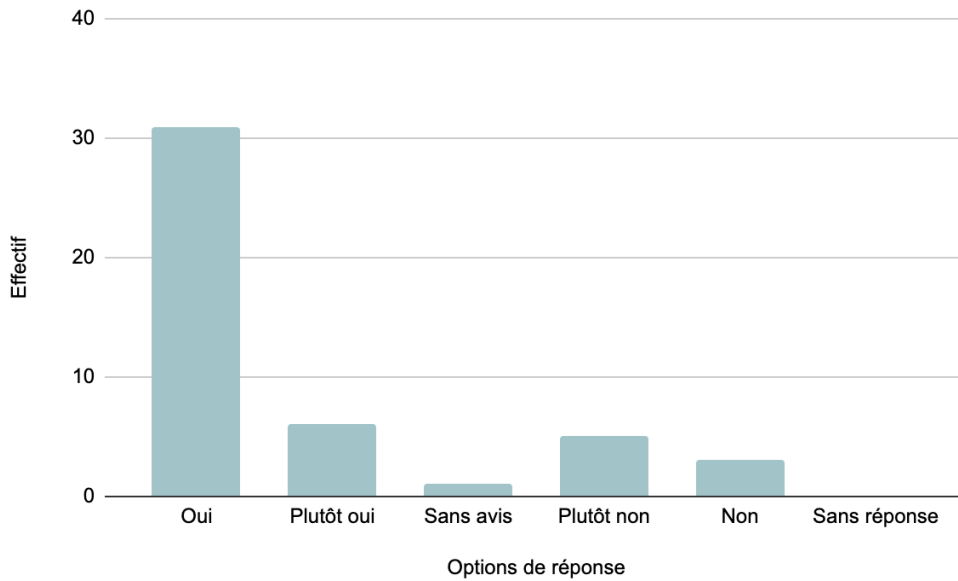


Figure 9 : Ces consultations étaient-elles en rapport avec votre transidentité ? 46 répondants.

Le rôle de la psychiatrie dans la prise en charge de la transidentité ne présente pas un rôle indispensable pour 54,35%. On retrouve 34,79% considérant que le psychiatre a un rôle dans la prise en charge. Et 10,87% sans avis (**Figure 10**).

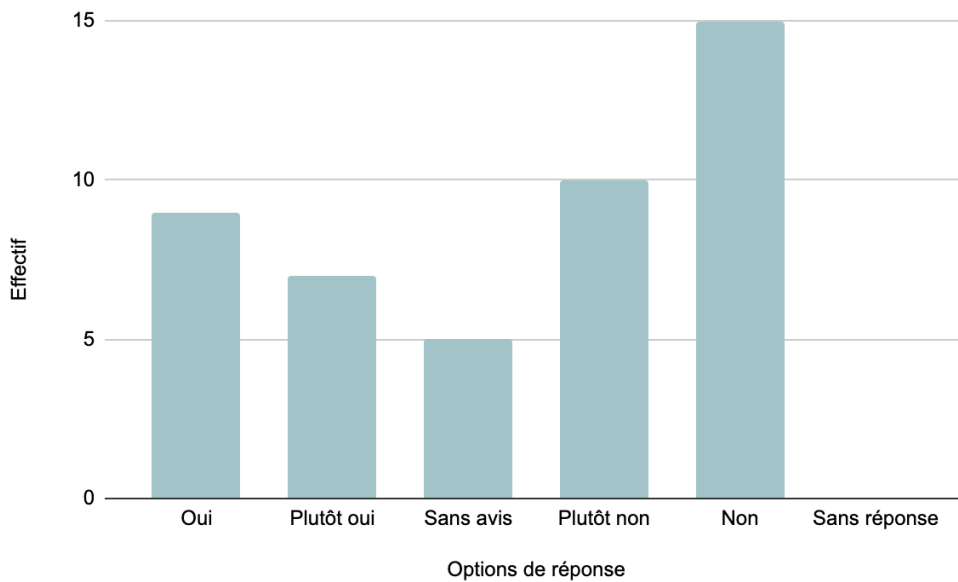


Figure 10 : Pensez-vous que votre psychiatre a une place dans le suivi de votre transition ? 46 répondants.

E. Chirurgie

Parmi les 55 répondants, 22 ont eu recours à de la chirurgie (40%) et 33 n'ont pas réalisé de chirurgie (60%), (**Tableau 9**). Les opérations réalisées sont en majorité la mastectomie (12 répondants), chirurgie génitale (6 répondants), féminisation du visage (5 répondants), réduction mammaire pour une personne et une chondrolaryngoplastie pour un répondant (**Tableau 10**).

Tableau 9 : Avez-vous eu recours à un chirurgien(ne) ? 55 répondants

Réponses	Nombre - n	Pourcentage - %
Oui	22	40,00%
Non	33	60,00%
Sans réponse	0	0,00%

Tableau 10 : Quelle(s) opération(s) avez-vous réalisée(s) ?

Réponses	Nombre - n	Pourcentage - %
Mastectomie (ablation des seins)	12	46,15%
Augmentation mammaire	0	0,00%
Chirurgie génitale	6	23,01%
Chirurgie de la voix	0	0,00%
Liposuction / Lipostructure	0	0,00%
Féminisation du visage	5	19,23%
Aucune	1	3,85%
Autre	2	7,69%

Parmi les 22 transgenres ayant eu recours à de la chirurgie, 72,73% n'ont pas eu de difficulté à trouver un service de chirurgie (**Figure 11**).

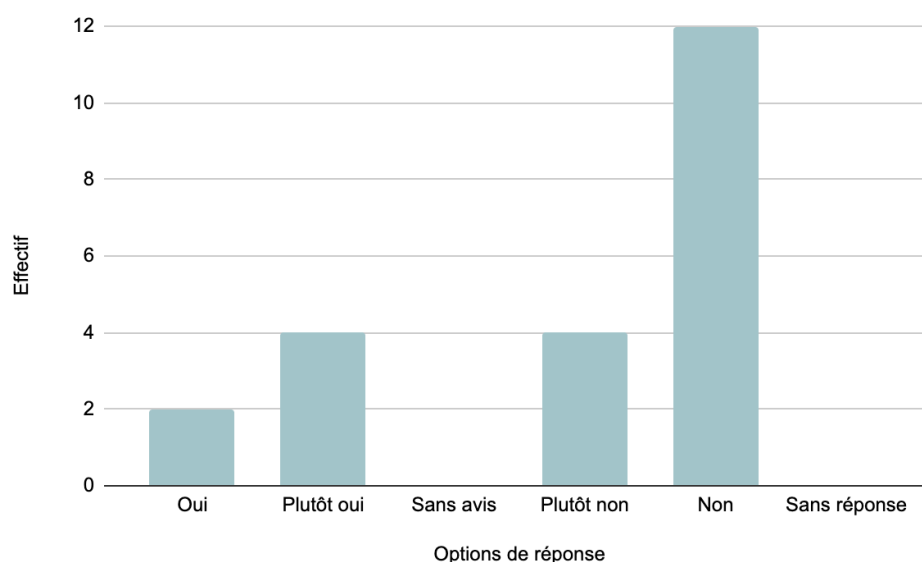


Figure 11 : Avez-vous eu des difficultés à trouver un service de chirurgie acceptant la ou les opération(s) ? 22 répondants.

F. Autres spécialistes

D'autres professionnels de santé ont participé à la prise en charge, 21 personnes transgenres ont eu recours à un.e orthophoniste, 12 ont consulté un.e dermatologue, 7 répondants ont vu un.e médecin de la reproduction, 2 ont consulté un.e gynécologue. Dans la section "autre", on retrouve 2 répondants ayant consulté un cardiologue, un urologue, un chirurgien maxillo-facial, un psychologue, une personne a noté "laboratoire d'analyse médicale" sans plus d'information et 11 personnes qui n'ont pas vu d'autres professionnels de santé (**Tableau 11**).

Tableau 11 : Avez-vous consulté d'autres spécialistes en rapport avec votre transidentité ?

Réponses	Nombre - n	Pourcentage - %
Dermatologue	12	21,82%
Orthophoniste	21	38,18%
Gynécologue	2	3,64%
Médecin de la reproduction	7	12,73%
Autre	17	30,91%
Sans réponse	7	12,73%

G. ALD

La demande d'ALD est largement demandée pour la plupart des personnes transgenres (89,09%), (**Tableau 12**). Parmi les personnes n'ayant pas fait de demande, une personne estime ne pas en voir l'utilité, 4 personnes ont peur de la stigmatisation dont une qui explique en question ouverte la possible difficulté dans les démarches d'un prêt bancaire. La demande en ALD a majoritairement été faite par le médecin généraliste (87,76%), 10,20% par l'endocrinologue et 2,04% par le psychiatre (**Tableau 13**).

Tableau 12 : Avez-vous fait les démarches pour une ALD (Affection de Longue Durée) ? 55 répondants

Réponses	Nombre - n	Pourcentage - %
Oui	49	49,09%
Non	6	10,91%
Sans réponse	0	0,00%

Tableau 13 : Avec qui avez-vous réalisé la demande d'ALD ? 49 répondants

Réponses	Nombre - n	Pourcentage - %
Médecin généraliste	43	87,76%
Endocrinologue	5	10,20%
Psychiatre	1	2,04%
Planning familial	0	0,00%
Chirurgien	0	0,00%
Autre	0	0,00%
Sans réponse	0	0,00%

Parmi les personnes ayant demandé une ALD, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) aurait accepté dès la première demande pour 95,92%. Il n'y a eu aucun refus d'ALD pour les répondants (**Tableau 14**). Concernant les personnes sans ALD, nous avons demandé si cela a engendré des difficultés financières concernant les soins, 4 répondants se sont trouvés en difficulté financière (**Figure 12**). Nous n'avons pas ajouté de question ouverte pour expliquer davantage ces difficultés.

Tableau 14 : Décisions de la CPAM concernant la demande d'affection longue durée, 49 répondants

Réponses	Nombre - n	Pourcentage - %
Acceptée dès la première fois	47	95,92%
Acceptée après plusieurs tentatives	2	4,08%
En cours	0	0,00%
Refusée	0	0,00%
Sans réponse	0	0,00%

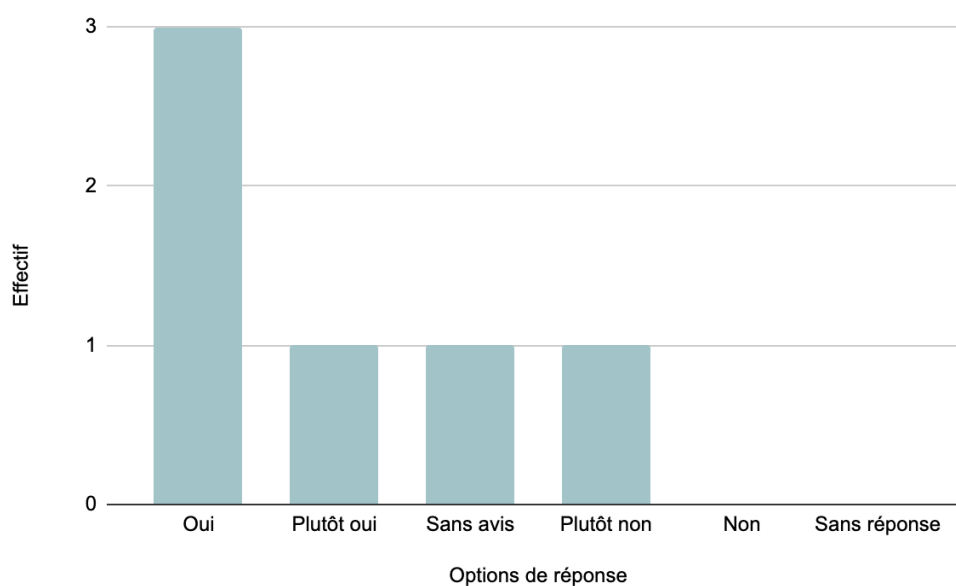


Figure 12 : Sans la demande d'ALD, avez-vous eu des difficultés financières concernant les soins ? 6 répondants.

IV. Ressenti et vécu de la prise en charge

A. Médecin généraliste

Parmi les 44 personnes ayant un médecin traitant, 79,54% se sentent à l'aise avec leur médecin généraliste pour parler de leur transidentité, 15,91% ne le sont pas et 4,55% sont sans avis

(Figure 13). Le médecin traitant est considéré comme à l'écoute pour 86,36% des répondants **(Figure 14).**

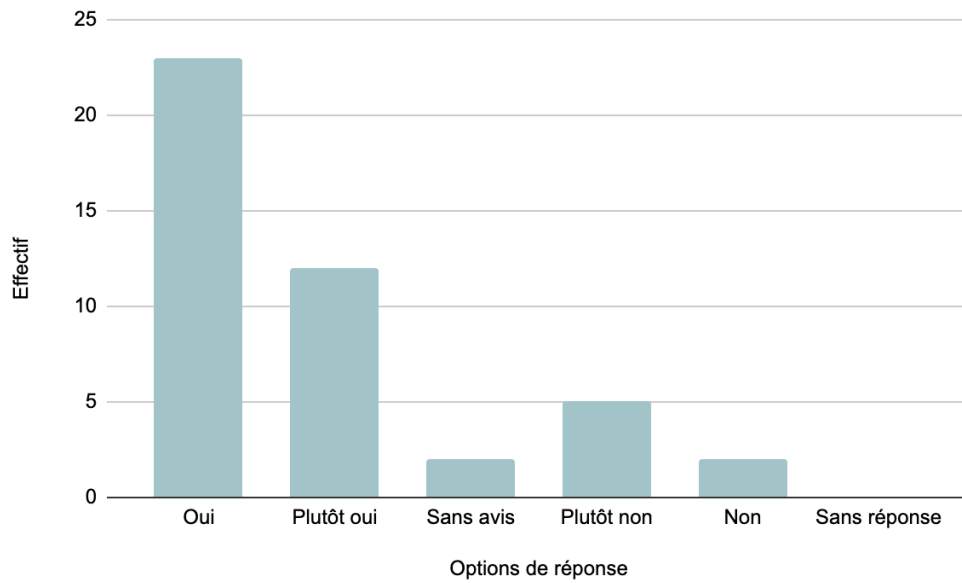


Figure 13 : Vous sentez-vous à l'aise de discuter de ce sujet avec votre médecin généraliste ? 44 répondants.

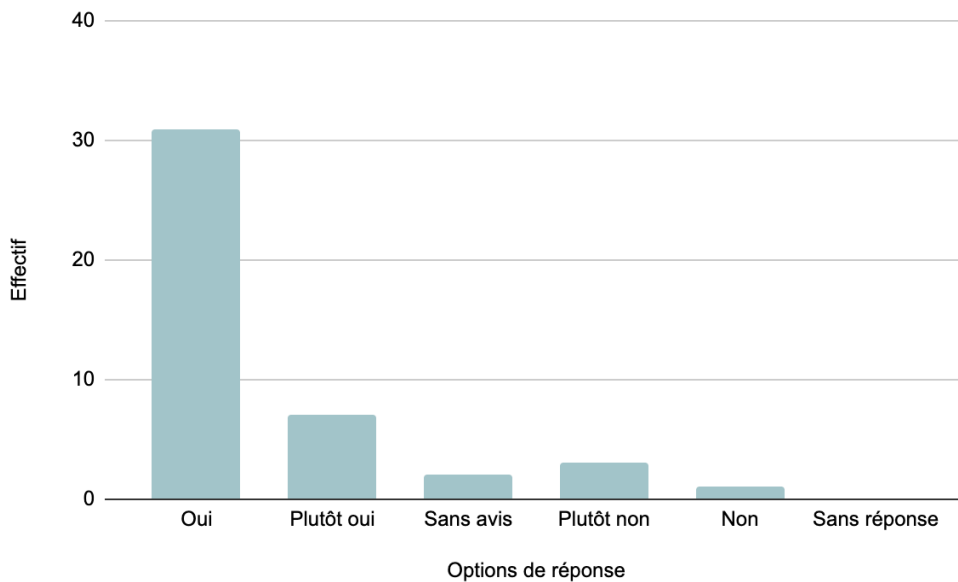


Figure 14 : Vous êtes-vous senti écouté(e) par votre médecin généraliste ? 44 répondants.

Concernant la prise en charge de la transidentité et le suivi par le médecin traitant, 81,82% des personnes avec un médecin traitant sont satisfaites et 9,09% ne le sont pas **(Figure 15).**

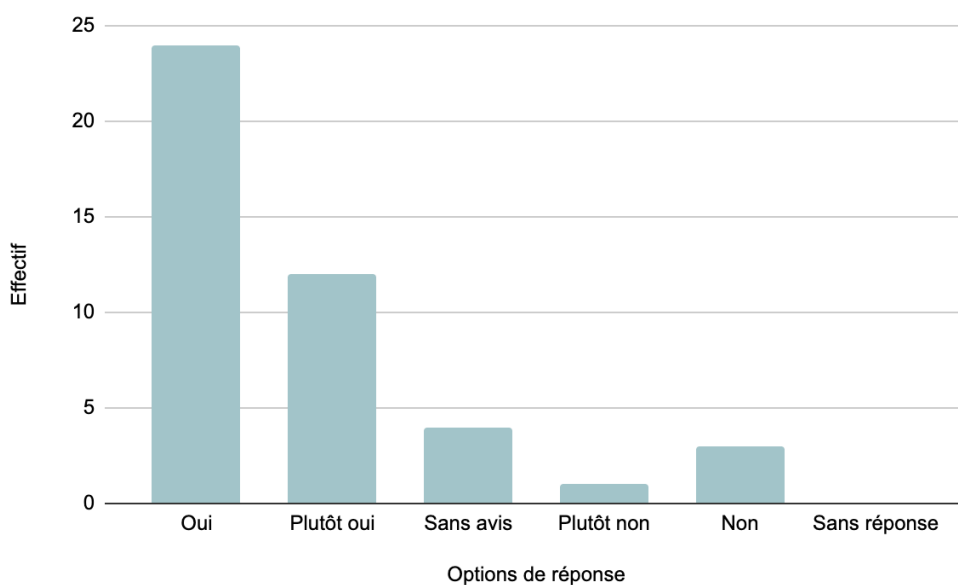


Figure 15 : Etes-vous satisfait(e) globalement du suivi par votre médecin généraliste concernant les sujets en lien avec votre transidentité ? 44 répondants.

B. Endocrinologue

Parmi les 48 transgenres ayant un endocrinologue, 72,91% sont satisfaits du suivi par ce spécialiste, 25% ne se trouvent pas satisfait, un répondant n'a pas d'avis sur la question (**Figure 16**).

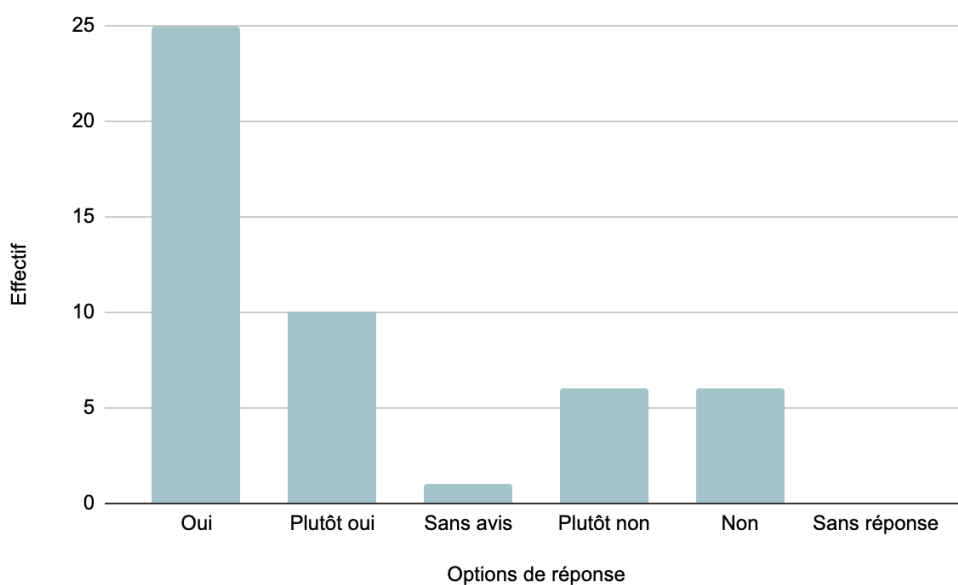


Figure 16 : Etes-vous satisfait(e) du suivi avec ce spécialiste sur le plan de votre transidentité ? 48 répondants.

En ce qui concerne le ressenti du délai entre la première consultation d'endocrinologie et la première prescription d'hormones, 45,28% des répondants estiment que le délai était trop long, le même pourcentage considère que l'attente était adéquate, et 9,43% n'ont pas d'avis (**Figure 17**).

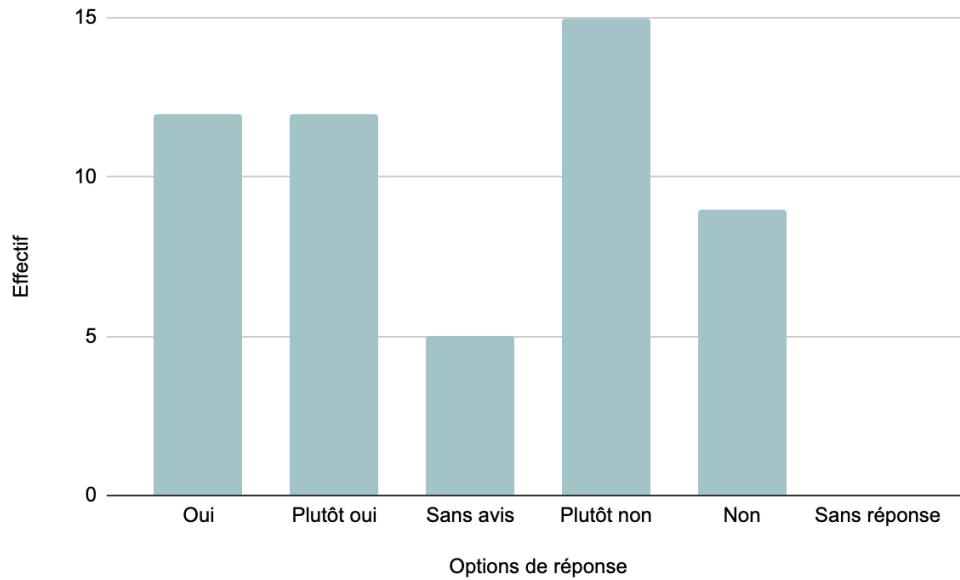


Figure 17 : Selon vous, l'attente entre la demande d'hormonothérapie et la prescription de l'hormonothérapie a-t-elle été longue ? 48 répondants.

C. Psychiatre

Parmi les 49 répondants suivis ou ayant été suivis par un psychiatre, 58,7% se sentent à l'aise avec le psychiatre pour discuter de leur transidentité, à contrario 32,61% ne se sentent pas à l'aise avec leur psychiatre (**Figure 18**).

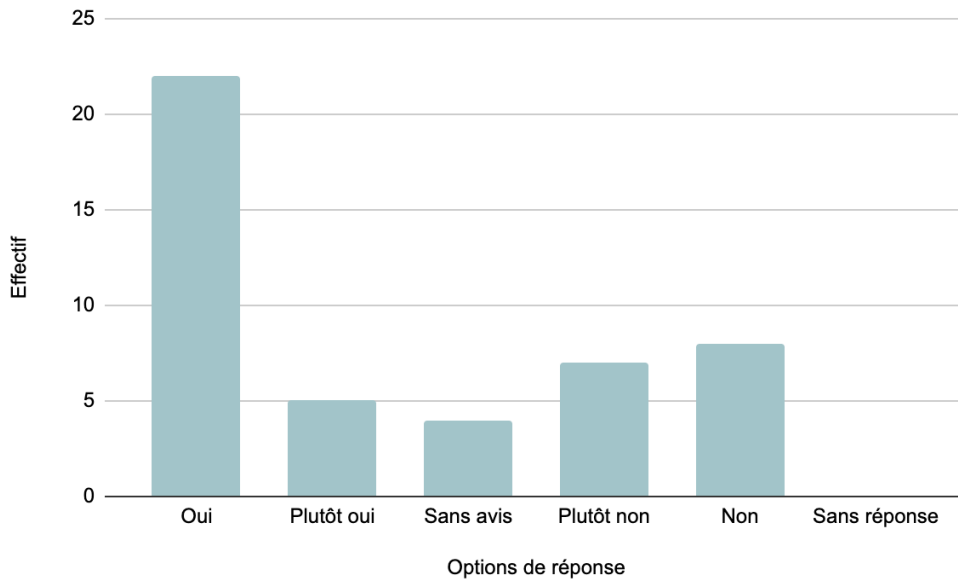


Figure 18 : Vous sentez-vous à l'aise de discuter de la transidentité avec votre psychiatre ? 46 répondants.

D. Chirurgien

Concernant le suivi du chirurgien, 81,82% des répondants ayant eu recours à de la chirurgie sont satisfaits du suivi (**Figure 19**). Quant au résultat de la chirurgie, 90,91% sont globalement satisfaits, contre 4,55% (**Figure 20**).

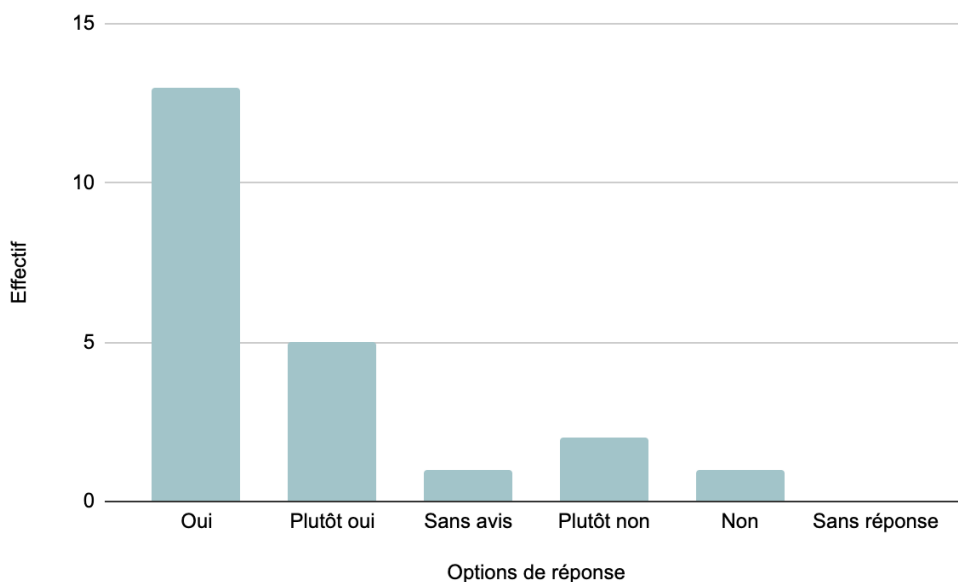


Figure 19 : Etes-vous satisfait(e) du suivi avec ce spécialiste sur le plan de votre transidentité ? 22 répondants.

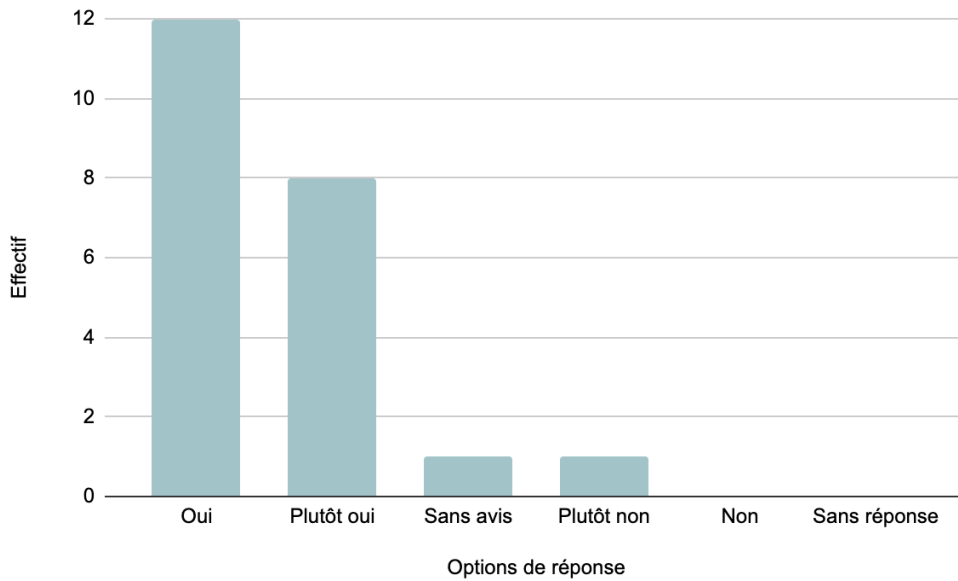


Figure 20 : Etes-vous satisfait(e) des résultats de ou des chirurgie(s) réalisée(s) ? 22 répondants.

Pour ce qui est du délai entre la première consultation avec un service de chirurgie et la réalisation de l'opération, 54,55% des répondants ont estimé que le délai était trop long, tandis que 40,91% considéraient que l'attente était raisonnable (**Figure 21**).

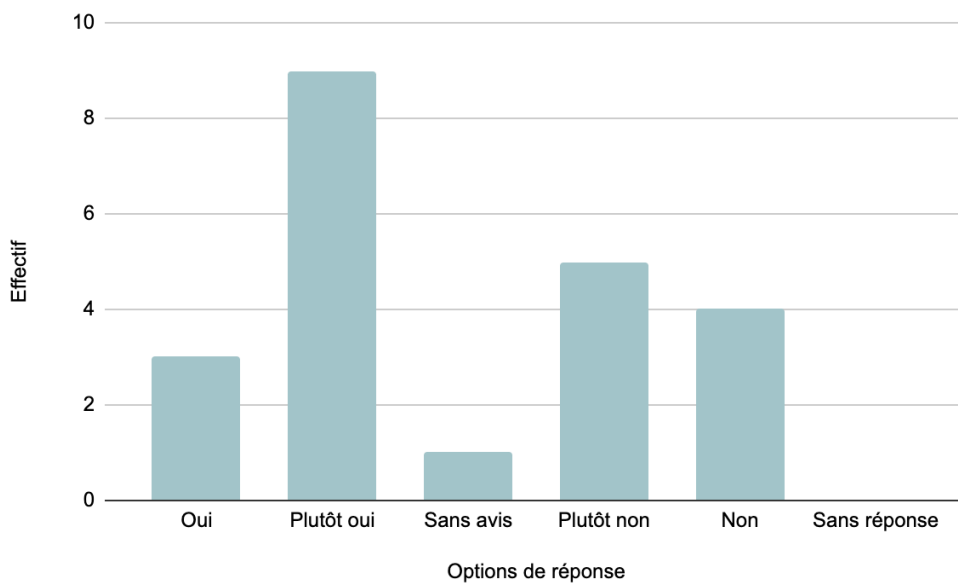


Figure 21 : Selon vous, l'attente entre la demande d'une chirurgie et l'opération a-t-elle été longue ? 22 répondants.

E. Déontologie et respect de la non discrimination

Tous professionnels de santé confondus, 47,27% des personnes transgenres déclarent avoir reçu au moins une fois une remarque déplacée de la part d'un soignant (**Figure 22**). Ce qui est le

plus souvent rapporté lors de la question ouverte est l'emploi du deadname (ancien prénom), le mégenrage, des questions déplacées concernant les attributs sexuels, des avis déplacés concernant leur choix de transition, des remarques sur le physique. Parmi les 55 répondants, on retrouve 23,64% de personnes ayant subi des refus de soins (endocrinologue, psychiatre, médecin traitant, infirmier/infirmière), (**Figure 23**).

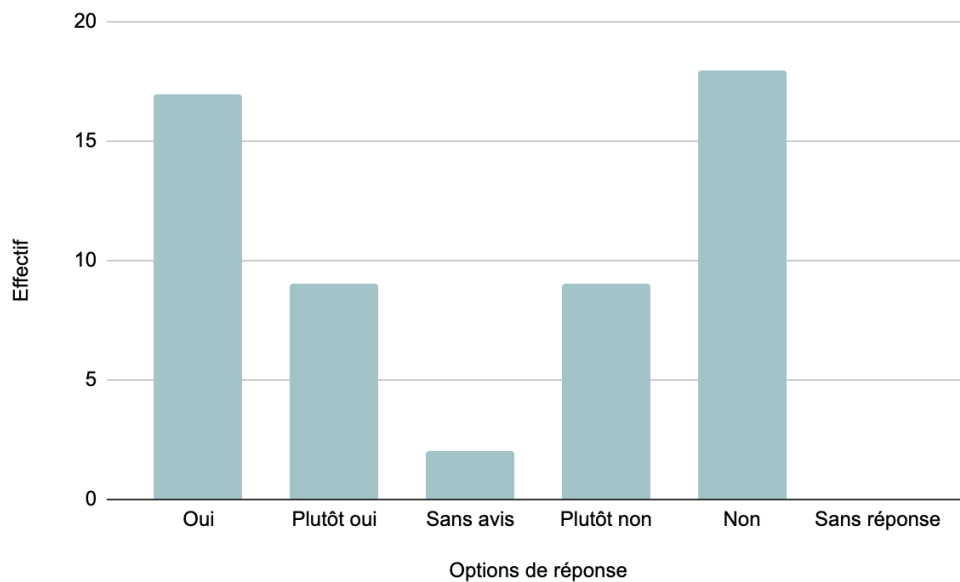


Figure 22 : Avez-vous eu des remarques concernant votre transidentité par n'importe quel spécialiste ? 55 répondants.

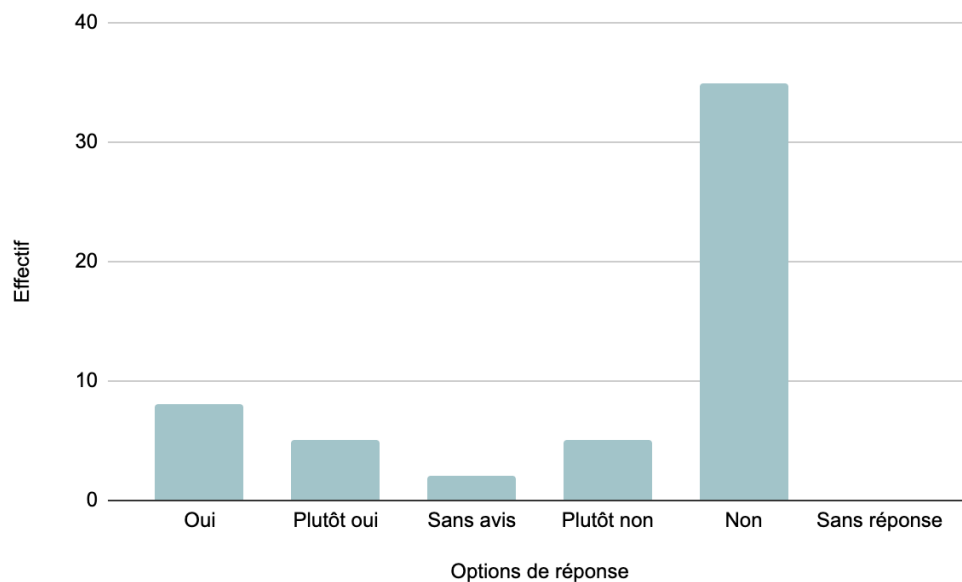


Figure 23 : Avez-vous eu des refus de prise en charge de votre transidentité par n'importe quel spécialiste ? 55 répondants.

DISCUSSION

I. Population variée et en évolution

A. Description de la population

L'objectif que nous nous étions fixés était de recueillir au minimum 50 questionnaires pour avoir une base de données suffisante et au moins comparables aux autres publications françaises. Le questionnaire était diffusé uniquement aux personnes majeures sans autre cible d'âge : la majorité des répondants ont entre 18 et 34 ans (80%). Cela peut s'expliquer par le choix de diffuser le questionnaire principalement via les réseaux sociaux, ce qui a permis une bonne circulation de celui-ci, mais également une sélection de classe d'âge "connectée". Le deuxième moyen de diffusion le plus important a été la distribution de flyers dans des cabinets d'endocrinologie : il est possible que ce moyen de recrutement ait sélectionné plus de personnes en début de parcours de transition.

En comparant avec les chiffres de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM) concernant le nombre de bénéficiaires d'ALD [6], on retrouve 68,7% de titulaires d'ALD en France en 2020 se trouvant dans la tranche d'âge de 18 à 35 ans. [6] En tenant compte du biais de diffusion plus important par internet, on observe que la population des répondants de cette étude se rapproche de la démographie de la population transgenre.

Dans cette étude, on retrouve un nombre de répondant transgenre femme et transgenre homme à peu près équivalents, respectivement 38,18% et 36,36%. Cela correspond aux différents articles de la littérature remarquant que l'écart d'incidence des femmes transgenres (majoritaires il y a quelques années) et homme transgenre diminue [6] [7] [8].

Parmi les répondants, 21,82% se considèrent non-binaire ou genderfluid. Bien qu'il n'y ait pas d'épidémiologie spécifique, des études récentes détaillées dans la 8e version du standard de soins suggèrent que 25 et 50% de la population transgenre se déclare non binaire [13] [29].

B. Mode d'entrée dans le parcours de soin

On remarque que les associations jouent un rôle très important, avec 30,91% des répondants se tournant vers elles lors de leurs premiers questionnements concernant la transidentité. Cela confirme leur rôle d'accueil et d'accompagnement. Le médecin généraliste joue également un rôle d'accompagnement et d'information, car 29% des répondants se sont tournés vers lui en tant que premier interlocuteur. Nous développerons ce point plus tard, mais cela va dans le sens où la médecine générale semble occuper une place centrale dans la prise en charge des personnes transgenres.

Dans notre étude, une grande partie des répondants (52,73%) ont trouvé leur premier interlocuteur via internet ou les réseaux sociaux. Toutefois, il convient de nuancer ces chiffres étant donné que la population des répondants du questionnaire est relativement jeune.

C. Une prise en charge par la sécurité sociale

En France, il est possible de faire une demande d'Affection Longue Durée (ALD) afin de bénéficier d'une prise en charge à 100% des soins liés à la transidentité. Dans notre étude, 89,09% des répondants ont effectué ces démarches. Parmi eux, 87,76% ont fait leur demande auprès de leur médecin généraliste, ce qui confirme l'image d'implication du médecin généraliste dans la prise en charge, notamment sur le plan administratif.

Concernant l'acceptation de la prise en charge en ALD, elle a été accordée dès la première demande pour 95,92% des répondants. Seules deux personnes ont dû refaire leur demande une seconde fois avant d'obtenir l'acceptation. Selon les données de la CNAM, l'ALD a été acceptée dans une proportion qui varie entre 62% et 74% selon les années. Cela démontre une disparité entre les différentes caisses d'assurance maladie. Dans le cas de la Loire-Atlantique, il ne semble pas y avoir de problèmes particuliers concernant l'acceptation de la prise en charge en ALD.

Parmi les 10,91% des répondants n'ayant pas entrepris les démarches pour une prise en charge en ALD, les raisons évoquées sont la crainte d'être stigmatisé, notamment en ce qui concerne les démarches bancaires, ainsi qu'une personne ne percevant pas l'utilité de cette démarche.

II. Prise en charge personnalisées

A. L'hormonothérapie, un passage de rigueur

L'hormonothérapie semble être une partie indispensable de la prise en charge de la transidentité, avec 96,36% de répondants sous hormonothérapie et 3,64% qui ne le sont pas, soit seulement deux répondants. Malheureusement nous ne disposons pas des raisons pour ces deux personnes, il est possible que cela soit dû au début de leur prise en charge ou à un choix personnel. Comme nous l'avons vu précédemment, la prise en charge d'une personne transgenre est unique pour chaque patient.

Parmi les personnes sous hormonothérapie, 94,34% ont commencé leur traitement dans un délai maximal de cinq ans. On peut donc considérer que les prises en charge sont relativement récentes, ce qui peut s'expliquer par la moyenne d'âge des répondants de notre étude.

Dans notre étude, 84,91% des répondants ont obtenu leur première prescription d'hormonothérapie de la part d'un endocrinologue, 9,43% l'ont obtenue auprès de leur médecin

généraliste et 3,77% n'ont pas eu d'ordonnance. En ce qui concerne le renouvellement de l'ordonnance, une proportion plus importante de médecins généralistes (30,19%) prescrivent l'hormonothérapie, tandis que deux répondants (3,77%) ont indiqué que le renouvellement était effectué par un psychiatre. Pour expliquer la faible proportion de prescriptions effectuées par les médecins généralistes, on peut supposer un manque de sensibilisation et de formation concernant la prescription d'hormonothérapie. La prescription de testostérone est encadrée pour limiter le mésusage de ce médicaments (dopage), et une ordonnance doit être renouvelée par un endocrinologue, gynécologue, urologue (ANSM). Le médecin généraliste peut renouveler l'ordonnance dans l'intervalle. Il n'y a par contre pas de restriction de primo-prescription ni pour le renouvellement des antagonistes, oestrogènes et progestérones.

Depuis 2017 en Angleterre, l'initiation de l'hormonothérapie et le renouvellement sont en pleine discussion pour modifier les pratiques. Les cliniques d'identité de genre sont submergées. Dans ce contexte, le General Medical Council (l'équivalent de l'ordre des médecins britanniques) a proposé des nouvelles recommandations, offrant la possibilité aux médecins généralistes d'initier un traitement par hormonothérapie en attendant qu'il soit pris en charge par les cliniques spécialisées. Il sera également proposé une formation ouverte au médecin généraliste concernant l'hormonothérapie. Une recommandation qui divise, notamment la peur que certains médecins se sentent obligés de prescrire des ordonnances qui dépassent leur champ de compétence [30]. Au Canada, les soins fonctionnent par province, les propositions de soins ne sont donc pas uniformisées, la prescription d'hormone peut se faire par plusieurs biais : dans des centres spécialisés, par un parcours simplifiés d'accès à l'hormonothérapie par des médecins de soins primaires formés sur le sujet de la transidentité, et par certains médecins de familles qui prennent la décision de prescrire une hormonothérapie en contrepartie d'une attestation d'un professionnel de santé mental. Malgré ces possibilités, il existe encore peu de médecins en soins primaires formés à la prescription de l'hormonothérapie [31].

Le délai de prescription de l'hormonothérapie est perçu comme relativement long pour 45,28%. Le délai aurait été de six mois à un an, voire deux ans pour une personne. Ces délais semblent différer en fonction de la pratique de chaque endocrinologue, plusieurs répondants ont dû obtenir une attestation auprès d'un psychiatre pour se voir prescrire une primo-ordonnance, ce qui rajoute une étape avant le début de la transition. Il est souvent précisé que le délai pour avoir un premier rendez-vous est long. Bien que la question ne portait pas précisément sur le délai pour obtenir un premier rendez-vous, il aurait été intéressant d'avoir la moyenne de ce délai et de le comparer à la population générale.

En revanche, pour la même proportion (45,28%), les délais ont été estimés satisfaisants, allant de 1 semaine à 2-3 mois. L'hormonothérapie est prescrite dès le premier rendez-vous pour les personnes ayant fait le bilan sanguin avec le médecin traitant, ou pour deux personnes qui s'automédiquaient. Dans certains cas, l'hormonothérapie a été prescrite à partir du deuxième

rendez-vous après la réalisation du bilan sanguin, parfois en tenant compte de la conservation des gamètes pour trois répondants.

B. La chirurgie, moindre recours

Le nombre de répondant ayant eu recours à la chirurgie est seulement de 40%. On peut se demander si cette proportion est due à l'âge relativement jeune de notre étude. Concernant les chirurgies effectuées, on retrouve principalement la mastectomie, féminisation du visage, chirurgie génitale. Pour 72,72% des répondants, l'accès au service de chirurgie n'a pas été difficile, souvent orienté par l'endocrinologue vers un CHU. Cependant, il est reproché le besoin d'un accord tripartite, entre le chirurgien, l'endocrinologue et le psychiatre pour obtenir l'autorisation d'une chirurgie. Ce certificat reste demandé dans de nombreuses régions de France par le médecin conseil dans le cadre du dossier de demande d'entente préalable à la chirurgie. Ce certificat est remis en cause par les associations et n'est plus nécessaire dans certaines régions, témoignant des difficultés d'homogénéisation de la prise en charge par les caisses de sécurité sociale.

En ce qui concerne les délais d'attente, un peu plus de la moitié des répondants (54,55%) dénoncent les longs délais pour la réalisation des chirurgies. Six personnes ont attendu un an, voire deux ans, après le premier rendez-vous avec le chirurgien pour accéder à la chirurgie. Pour les autres répondants ayant précisé le délai, on retrouve des délais allant de 4 à 7 mois. Ces chiffres sont difficiles à interpréter, car nous n'avions pas demandé de précision sur la chirurgie spécifique pour laquelle les délais ont semblé longs. Dans le cas des chirurgies génitales, cela peut s'expliquer par le manque d'équipes formées à ces techniques sur le territoire français.

C. Une prise en charge multidisciplinaire

Dans la prise en charge d'une personne transidentitaire, de nombreux professionnels de santé vont avoir un rôle, pas uniquement l'endocrinologue et le chirurgien. Cependant, une erreur a été commise dans la formulation de cette partie du questionnaire, le répondant pouvait cocher une seule réponse au lieu de choix multiples, ce qui signifie que les données sont probablement biaisées. Néanmoins, il est important de souligner les nombreux professionnels de santé qui ont participé à la prise en charge des répondants de notre étude.

En premier lieu, l'orthophoniste semble jouer un rôle important, notamment pour travailler sur l'adaptation de la voix. Vingt-deux répondants ont consulté un orthophoniste. Le dermatologue est un autre spécialiste qui a été consulté par douze répondants, principalement pour des séances d'épilation durable. D'autres professionnels de santé tels que le cardiologue (pour deux répondants), les gynécologues, les urologues ont également été sollicités.

Dans notre étude, seuls sept répondants ont consulté un médecin de la reproduction, ce chiffre semble étonnamment bas étant donné qu'une consultation pour la conservation des gamètes

est normalement proposée avant le début du parcours de transition de chaque patient. Est-ce dû à une mauvaise compréhension de la question ou du terme "médecin de la reproduction", ou bien la consultation n'a-t-elle pas été systématiquement proposée avant le début de la transition ? Cependant, dans une étude allemande de 2018 portant sur le désir d'avoir un enfant chez les personnes transgenres, sur un échantillon de 186 femmes et hommes transgenres, il a été constaté que 53,4% des répondants envisageaient d'avoir des enfants à l'avenir, mais seulement 12,7% ont entrepris des démarches pour la conservation des gamètes. [32] Ce chiffre concorde finalement avec les 12,72% de répondants de notre étude qui ont consulté un médecin de la reproduction. On pourrait discuter d'un manque d'information concernant l'utilité de la conservation des gamètes, ou de la difficulté à envisager l'avenir lorsqu'on entame une transition à un jeune âge.

III. Ressenti de la relation médecin - patient

A. Médecin généraliste au centre de la relation

Une grande partie des répondants ont impliqué leur médecin généraliste dans la prise en charge de la transidentité, soit 80%. Parmi ces personnes, 79,54% se sentent à l'aise de discuter de ce sujet avec leur médecin traitant et 86,36% estiment être écoutées par celui-ci. Ce qui ressort le plus souvent lorsqu'on demande ce qu'ils apprécient chez leur médecin généraliste, c'est l'importance de l'écoute, l'absence de jugement, la bienveillance, le fait de ne pas être mégenré, et le fait que toutes les consultations ne soient pas centrées sur la transidentité. On retrouve également plusieurs médecins qui se seraient renseignés, informés ou même formés auprès d'association après avoir eu un patient transgenre en consultation, ce qui est fortement apprécié par le patient. Des médecins généralistes avouent ne pas connaître et ne pas être formé à la prise en charge des personnes transgenres et demande des informations auprès du patient lui-même. De nombreuses personnes transgenres mentionnent également la demande de prise en charge en Affection de Longue Durée (ALD) effectuée par leur médecin traitant, et certaines ne consultent leur médecin généraliste que pour cet aspect administratif. Les quatre répondants qui ne se sentent pas correctement accompagnés par leur médecin traitant mentionnent un mégenrage constant et une implication faible dans leur prise en charge. Une patiente a même préféré changer de médecin traitant suite à un jugement porté sur sa décision.

Ces données correspondent aux études discutées précédemment, notamment en Angleterre et en Australie, où les soins primaires sont considérés comme importants pour le suivi des personnes transgenres, avec une approche bienveillante et une reconnaissance du fait que tous les problèmes de santé ne sont pas liés à la transidentité. Cependant, contrairement à ces études, il est souligné dans notre étude que certains médecins généralistes se sont formés aux traitements substitutifs, ont recherché des informations auprès d'associations ou se sont renseignés auprès de leurs collègues, ce qui va à l'encontre du manque d'envie de se former ou de se renseigner mentionné dans d'autres études.

Le médecin traitant joue un rôle ou devrait jouer un rôle dans la prise en charge des personnes transgenres, selon 81,82% des patients ayant un médecin traitant. Les réponses des répondants mettent souvent en avant les termes d'écoute, d'accompagnement, de conseil et d'orientation vers les différents spécialistes. Le médecin traitant est perçu comme un coordinateur entre tous les professionnels de santé, capable de renouveler l'hormonothérapie, d'orienter vers des spécialistes et de prendre en charge tous les problèmes de santé non liés à la transidentité. Il est mentionné à plusieurs reprises que le médecin traitant est plus accessible que les spécialistes, et qu'il est plus rapide d'obtenir un rendez-vous avec lui. Un répondant souligne que lors des premières démarches, il est moins angoissant de consulter dans un cabinet médical où l'on est habitué à se rendre, car cela peut être perçu comme une "démarche commune". De nombreux répondants évoquent également la demande d'ALD effectuée par leur médecin traitant. Trois répondants estiment qu'il n'est pas nécessaire de consulter un autre médecin en dehors de la demande d'ALD.

Au final, on retrouve 81,82% de répondants satisfaits de leur médecin traitant et des attentes vis-à-vis de celui-ci. Seulement 9,09% de personnes ne sont pas satisfaites de leur médecin généraliste et la même proportion sont sans avis, les raisons rapportées le plus souvent sont la méconnaissance du sujet, le suivi par le spécialiste plutôt que le médecin traitant, et trois répondants ont été sujets à des discriminations (transphobie, mégenrage et jugement).

Une erreur a été retrouvée dans la sortie des statistiques après clôture du questionnaire, à la question "Êtes-vous satisfait(e) du suivi par votre médecin généraliste concernant les autres sujets de la santé (prévention, suivi de maladie, soin d'urgence) ?", seules 9 personnes ont répondu. Il est probable que la question ait été mal comprise ou comprise comme doublon de la précédente, et nous avons choisi de ne pas analyser ces réponses.

B. Endocrinologue

Une grande partie des répondants (87,27%) ont déjà consulté un endocrinologue. Parmi ces répondants, 66,66% ont rencontré des difficultés pour obtenir un premier rendez-vous. Malheureusement, les raisons de ces difficultés n'ont pas été développées dans le questionnaire, il est donc impossible de les préciser. Cependant, dans les commentaires liés à d'autres questions, il est souvent mentionné la difficulté de trouver un endocrinologue "trans-friendly" qui n'exige pas forcément une attestation psychiatrique. Seulement 22,92% des répondants estiment ne pas avoir rencontré de difficultés.

Les patients suivis par un endocrinologue sont satisfaits à 72,91% du suivi par ce spécialiste. Les principales appréciations évoquées dans les questions ouvertes sont le professionnalisme de l'endocrinologue, les explications claires fournies sur l'hormonothérapie et ses effets secondaires. Une bonne partie des répondants se sentent à l'aise avec leur spécialiste, globalement "sans tabou" et à l'écoute. L'endocrinologue est davantage vu pour son côté technique et médical, il semblerait

que l'écoute et la bienveillance soit important mais pas le principal critère retenu par les patients, contrairement à la vision du rôle d'un médecin généraliste.

Parmi les 25% des répondants qui estiment ne pas avoir un suivi satisfaisant, les raisons évoquées sont principalement les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous et une réticence perçue à augmenter le dosage de l'hormonothérapie. Certains répondants mentionnent également des commentaires grossophobes ou déplacés, notamment lors des discussions sur les effets secondaires de l'hormonothérapie. Plusieurs personnes rapportent avoir eu des expériences négatives avec des endocrinologues exigeant une attestation psychiatrique avant de commencer un traitement hormonal.

Globalement, 22,92% des répondants estiment que l'endocrinologue n'est pas indispensable dans la prise en charge d'une personne transgenre. Les répondants n'avaient pas la possibilité de détailler leur réponse, il n'est donc pas possible d'approfondir cette perception. Il est intéressant de noter que ce chiffre se rapproche du pourcentage de personnes insatisfaites du suivi endocrinologique, bien qu'aucun lien direct ne puisse être établi.

La comparaison est difficile avec les pays pour lesquels des cliniques spécialisées regroupant plusieurs professionnels de santé, mais la principale critique de ces cliniques est le délai d'attente pour une prise en charge [19] [21] [27], ce qu'on peut retrouver également dans de nombreux commentaires de notre étude. Dans les études menées dans d'autres pays, les chiffres se concentrent davantage sur la satisfaction générale vis-à-vis de l'ensemble des spécialistes impliqués dans la prise en charge de la transition. Par exemple, une étude allemande rapporte une satisfaction de 75% [27], tandis qu'une étude américaine mentionne un taux de satisfaction de 65,5% [28]. Ces chiffres sont en accord avec notre étude, qui révèle que 72,91% des répondants sont satisfaits de leur endocrinologue.

C. Le suivi psychiatrique contesté

Dans le cadre de notre étude, une grande majorité des répondants (83,64%) ont déjà consulté un psychiatre. Pour un peu plus de 80% d'entre eux, ces consultations étaient directement liées à leur transidentité. Le rôle de ce spécialiste suscite des opinions divergentes, car 54,35% estiment que la psychiatrie n'a pas sa place dans la prise en charge de la transidentité, la considérant comme une forme de psychiatrisation. La demande d'une attestation par un psychiatre pour pouvoir réaliser la suite de la prise en charge est encore demandée par certains spécialistes et CPAM pour le remboursement des soins. Treize répondants précisent avoir vu un psychiatre uniquement pour avoir le certificat. A l'inverse, 34,79% voit le psychiatre comme un soutien, un accompagnement dans ce parcours qui peut être psychologiquement éprouvant, une écoute nécessaire face à la discrimination et la transphobie vécue au quotidien, une aide face au changement du corps et de la perception de

soi qui peut être vécue difficilement. Cependant, ce passage ne devrait pas être imposé mais optionnel et proposé systématiquement sans contrepartie d'un certificat.

Nous l'avons vu précédemment, plusieurs études ont révélé des taux d'anxiété, de dépression et de risque suicidaire plus élevés que dans la population générale. [11] [23] [24] Une enquête sur les comportements à risques des lycéens aux Etats-Unis a été réalisée, en comparant les individus cisgenres et transgenres. Dans la population transgenre, il a été retrouvé un taux de tentative de suicide à 34,6% comparé à un taux de 5,5% chez les hommes cisgenres et 9,1% chez les femmes cisgenres. On retrouve également un taux de harcèlement à l'école élevé chez les personnes transgenres, 34,6% ont rapporté un harcèlement et 23,8% ont subi des menaces ou été blessé par une arme. [11] Une étude américaine souligne également cette tendance et met en avant l'importance d'une prise en charge psychologique/psychiatrique sans pour autant la rendre obligatoire dans le parcours de soins des personnes transidentitaires. [23] On a vu également que le nouveau standard de soin (version 8) indique que la présentation d'un certificat psychiatrique n'est pas une condition préalable pour accéder à la suite de la prise en charge, mettant plutôt l'accent sur l'autodétermination. [13]

D. Le chirurgien

On peut constater de manière encore plus marquée que pour l'endocrinologue, le chirurgien est plus attendu et apprécié en fonction des résultats des opérations, sans qu'il soit nécessairement fait référence à la présence ou au manque d'empathie ou de bienveillance de la part du chirurgien. Ainsi, 90,91% des répondants se déclarent globalement satisfaits des résultats de l'opération et 81,82% semblent satisfaits du suivi effectué par le chirurgien. Nous n'avons pas trouvé d'étude centrée sur la satisfaction ou le vécu du parcours chirurgical par les personnes transgenres, nous n'avons pas de comparaison avec d'autres pays.

IV. Des améliorations à prévoir

A. Des discriminations trop fréquentes

Lors du parcours de soin d'une personnes transgenre, 47,27% ont rapporté avoir eu des remarques ou subi des discriminations de la part des professionnels de santé. Le plus fréquent est le mégenrage du patient, l'utilisation du deadname malgré le changement d'état civil. Certains professionnels de santé se permettraient des remarques sur le physique, l'apparence. Des répondants expliquent avoir subi des réflexions sur leur pilosité, la taille de leur sein, beaucoup de remarques sur le poids, sur le fait d'être "trop féminine", des questions inappropriés sur la sexualité ou le sexe de la personne. La pathologisation et la psychiatrisation ressortent souvent dans les commentaires. Il est souvent tout rapporté à la transidentité, même lors des soucis de santé qui n'ont pas de lien. Beaucoup de professionnels de santé se permettraient de sous-entendre un problème

psychologique ou psychiatrique dans la démarche d'une transition. Un répondant évoque avoir été insulté de "folle" par un praticien.

La transidentité n'étant pas une maladie, le traitement hormonal est souvent très attendu et souhaité, il n'est pas vécu comme un médicament habituel, il peut être parfois plus difficile dans ce contexte d'évoquer les effets secondaires au patient. Ce que font remarquer certains répondants dans les réponses libres, avec un sentiment "d'infantilisation", "d'exagération des risques" lorsqu'il est question d'évoquer les effets secondaires. La relation médecin-patient est unique concernant la prise en charge de la transidentité, le patient est davantage acteur de sa prise en charge, dans l'auto-soin. Le médecin doit s'adapter pour pouvoir aborder des sujets comme les effets secondaires.

Dans la majorité des cas, les répondants n'ont pas subi de refus de soins de la part des professionnels de santé consultés. Mais ce n'est pas le cas pour treize répondants qui se sont vus refuser des soins, notamment par des endocrinologues, des psychiatres, des médecins généralistes, un.e pharmacien.ne, un.e infirmier.e, un.e cardiologue et un.e échographiste. Les raisons ne sont pas toutes détaillées concernant ces refus, mais pour ceux qui sont précisés on retrouve un manque de connaissance, et deux psychiatres refusant de donner une attestation.

B. Une prise en charge plus réactive

Comme nous l'avons vu précédemment, une des remarques faite régulièrement est le délai d'attente pour les prises de rendez-vous chez un spécialiste. Même si ce n'est pas la majorité, certains patients auraient attendu plus de six mois voir un à deux ans pour un rendez-vous avec un endocrinologue ou un chirurgien. Au vu de la possible détresse psychologique et des troubles anxieux plus fréquent chez les personnes transgenres, il semble important qu'une amélioration soit faite à ce sujet. Ces points d'améliorations peuvent venir tout d'abord par la formation de nouvelles équipes de chirurgie pour pouvoir proposer les chirurgies dans davantage de centre hospitalier, et de former également tous les endocrinologues à l'hormonothérapie. En plus de former les spécialistes, il convient d'envisager une prise en charge renforcée par les médecins généralistes, qui seraient sensibilisés et formés à l'hormonothérapie et au suivi. Cette approche permettrait d'améliorer l'accessibilité des soins pour les patients transgenres.

V. Limites de l'étude

A. Manque de partenariat

Lors de mes contacts avec les différentes associations transgenres et LGBT+, j'ai contacté une des associations bien présente sur Nantes qui a refusé de partager le questionnaire pour cause de "regard cisgenre dommageable à la communauté", selon l'association il aurait été souhaitable que la participation de l'association se fasse à toutes les étapes du projet de thèse y compris la réalisation

du questionnaire. Ce qui est un bon argument face aux multiples demandes de projet concernant leur communauté qu'ils doivent recevoir. Les échanges par mail semblaient peu ouverts à la discussion, je n'ai pas répondu, en retenant le principe d'un travail de recherche basé sur des études qualitatives réalisées précédemment. Une autre association n'a pas répondu à mes demandes malgré les relances. La diffusion de notre questionnaire par ces associations, nous aurait permis d'avoir probablement une plus grande visibilité et un plus grand nombre de réponses.

B. Longueur du questionnaire

En réalisant le questionnaire, il a été difficile de trouver un équilibre entre le but d'explorer tous les champs du parcours de soin et du vécu, et la nécessité de permettre un accès à tou.te.s avec un temps de réponse raisonnable. Nous avons recentré le questionnaire qui comprenait malgré tout 50 questions. Nous sommes conscients que la longueur du questionnaire a pu être un frein à l'adhésion. Ceci s'est confirmé lors de la clôture de l'étude, il y a eu 90 questionnaires remplis au total, dont 35 remplis partiellement, que nous avons exclus des analyses pour maintenir uniquement les 55 questionnaires répondus en totalité.

C. Le choix des questions ouvertes

Les avantages d'une étude quantitative sont évidemment la possibilité de recueillir un plus grand nombre de réponses, ainsi que la facilité de l'analyse des réponses, ce qui la différencie d'une étude qualitative. Cependant, une étude quantitative ne permet pas d'approfondir certains éléments qui me semblaient important à détailler, que ce soit pour avoir davantage matière à analyser les réponses que pour permettre au répondant de développer leur réponse et recueillir leur vécu. Nous avons donc fait le choix d'ajouter des questions ouvertes au sein de notre étude. Ces questions ont apporté également des limites, notamment sur l'analyse des réponses parfois longues et fastidieuses, chaque répondant est libre de s'exprimer et peut parfois détailler des aspects qui vont au-delà de la question. Dans un questionnaire comprenant beaucoup de questions, il était risqué d'ajouter des questions ouvertes, mais dans notre étude la participation à ces questions était très satisfaisante.

VI. Les perspectives

A. Actualisation des recommandations en France

Compte tenu des nouvelles recommandations internationales, de la nouvelle CIM 11 et du besoin de diversité des parcours de soin des personnes transgenres, le ministre de la santé a saisi la Haute Autorité de Santé (HAS) pour actualiser ces recommandations datant de 2009. Un document a été publié en septembre 2022 par l'HAS sous la forme d'une Note de Cadrage, "Recommandations de bonne pratique pour Parcours de transition des personnes transgenres". [14] Il s'agit d'une note de cadrage préalable à la publication attendue en septembre 2023, de l'ensemble des nouvelles

recommandations de l'HAS pour la prise en charge des personnes transgenres. Le groupe de travail en cours comprend une vingtaine de personnes dont des représentants des différentes spécialités médicales et des représentants des usagers, le groupe de relecture comprendra entre 30 et 60 personnes, professionnels de terrain, représentants des usagers et représentants de l'HAS.

En parallèle un rapport a été réalisé à la demande du ministère des Affaires sociales et de la santé, par un médecin généraliste Dr Picard Hervé et un membre de l'association ACCEPTESS-T Jutan Simon. Ce rapport a été demandé pour réaliser un état des lieux de la prise en charge des personnes transgenres et du parcours de transition médicale. [6] Celui-ci permettra d'orienter la HAS pour la réalisation de ces nouvelles recommandations de la prise en charge des personnes transgenres.

Ces documents soulignent d'ores et déjà le fait que chaque prise en charge est unique et que le parcours de transition peut varier en fonction des besoins individuels.

Une approche pluridisciplinaire est soulignée, et il est recommandé que les professionnels de santé impliqués travaillent ensemble dans la prise en charge globale (médecins généralistes, chirurgiens, psychiatre/psychologues, gynécologues, urologues, dermatologues, orthophonistes...). La formation et la sensibilisation des équipes médicales et paramédicales est un point essentiel sur le sujet de la transidentité pour éviter toute discrimination ou mégenrage lors de la prise en charge. [6] [14]

L'accès au parcours de soin veut se baser vers une auto-détermination du genre, et un suivi par chaque professionnel de santé pour expliquer les enjeux et conséquences de chaque étape pour aboutir à un consentement éclairé. [6] [14]

Ces travaux ouvrent largement la place à la médecine générale, pour pallier la difficulté d'accès vers les spécialistes et pour rappeler la place centrale du médecin généraliste dans la prise en charge : évaluer les éventuelles vulnérabilités du patient, évaluer les attentes du patient, expliquer les bénéfices/risques de chaque traitement, faire le lien entre les différents professionnels de santé, réaliser le suivi au long cours, être l'aidant pour la prise en charge en ALD... [6] [14]

Les documents confirment également une direction vers la dépsychiatriation du parcours de soins sans pour autant être "apsychiatrié". L'accompagnement psychiatrique est décrit comme important pour aider les personnes transgenres à explorer leur identité de genre et à comprendre les implications de la transition, il est recommandé tout au long du parcours. [6] [14]

L'hormonothérapie doit être accessible à toutes personnes transgenre et se faire après information des bénéfices/risques et recueillement d'un consentement éclairé. Il est conseillé aux équipes endocrinologiques de produire des protocoles de soins en fonction des données scientifiques

actuelles pour guider les pratiques de prescription. Il est également discuté de réaliser des formations, webinar à destination des médecins généralistes pour renforcer la place des médecins généralistes dans la prescription de l'hormonothérapie et notamment ouvrir la possibilité de la primo-prescription. [6]

Concernant les chirurgies d'affirmation de genre, il ne sera plus nécessaire d'avoir l'accord d'un médecin conseil. Dans des cas particuliers (situations complexes, patient mineur), le chirurgien peut demander une évaluation pluriprofessionnelle au vu des impacts lourds et irréversibles pour la personnes, notamment par un examen en Réunion de Concertation Pluriprofessionnelle (RCP). Un des objectifs est de former de nouvelles équipes à ces pratiques chirurgicales pour permettre un accès moins difficile à la chirurgie d'affirmation. [6]

Ces mesures impliquent notamment de ne plus conditionner l'accès à l'ALD par la production d'un certificat psychiatrique. L'accès à l'ALD se ferait sur la base du diagnostic par le médecin traitant, et celle ci regrouperait plusieurs soins pris en charge à 100% (hormonothérapie, chirurgie de réassignation ainsi que l'épilation définitive, l'orthophonie, l'accompagnement psychologique, la conservation des gamètes). Il est précisé l'importance de l'harmonisation des décisions de la CPAM sur tout le territoire français, pour éviter le refus de prise en charge dans certaines régions. [6] Il est important de redéfinir les actes dans la Classification Communes des Actes Médicaux (CCAM) concernant la prise en charge des personnes transgenres, car certains actes ne sont plus adaptés. Notamment permettre la cotation des actes indépendamment du genre, modifier les conditions d'accès à certaines chirurgies après une période d'observations de minimum 2 ans. [6] [14]

A son échelle, notre étude valide du côté des personnes concernées les attentes de changement en termes de parcours de soin. Dans notre travail, on retrouve la notion d'autodétermination, de prise en charge unique et personnalisée, les attentes sur une place plus importante du médecin traitant, la dépsychiatisation du parcours de soin, le recours à un endocrinologue et chirurgien, et l'importance de la sensibilisation des professionnels de santé s'inscrivent clairement dans les objectifs des différents groupes de travail.

Ces nouvelles recommandations sont donc très attendues. Elles devraient légitimer, simplifier, faire connaître et reconnaître le parcours de soin, aider à lever les tabous et freins qui entravent la fluidité du parcours, et harmoniser les pratiques.

B. Formation en développement

Nous l'avons constaté au cours de notre étude et de la revue de littérature, le manque de sensibilisation et de formation des professionnels de santé est un aspect crucial à développer. Cela permettrait une meilleure prise en charge et une réduction des remarques déplacées et transphobes envers les personnes transidentitaires. Ces formations pourraient être principalement destinées aux

futurs professionnels de santé pendant leurs études de médecine, ainsi qu'à tous les professionnels de santé susceptibles d'être en contact avec des personnes transgenres.

Face à l'augmentation du nombre de professionnels de santé se sentant démunis lorsqu'il s'agit de prendre en charge une personne transgenre, il a été créé un Diplôme Inter-Universitaire (DIU) visant à former les soignants à l'accompagnement, aux soins et à l'amélioration de la santé des personnes transgenres. Ce DIU est accessible à toutes les professions du soin médical ou paramédical, et également aux personnes concernées et personnes hors soin (légistes, associations).

En Loire atlantique, des formations non officielles commencent à se développer ou des endocrinologues présentent des formations auprès des médecins généralistes volontaires, par le biais notamment de cours sur l'hormonothérapie, les effets secondaires, le suivi etc. Deux heures de cours sur la prise en charge des personnes transgenres sont réalisées chaque année depuis 3 ans pour les étudiants de la faculté de pharmacie de Nantes, animés par un endocrinologue, sociologue et une personne pair-aidante. Pour la première fois cette année, 5 heures de formation commune ont été proposées aux internes des DES de gynécologie médicale, endocrinologie, médecine de la reproduction et psychiatrie. Il n'y a pas encore de temps consacré à ce sujet dans le parcours des études médicales avant spécialisations sur Nantes.

CONCLUSION

L'accès au parcours de soin reste complexe, long. Les efforts de formation des étudiants et des soignants initiés depuis quelques années devraient permettre à terme une offre de soin plus large et une amélioration du maillage territorial.

Les personnes transgenres ont globalement confiance dans les différents professionnels du parcours de soin mais rapportent également des situations d'échec de la relation patient/soignant et l'existence de discriminations qui témoignent de la stigmatisation persistante et spécifique à ce parcours de soin. La formation des soignants, la diffusion des connaissances, les changements sociétaux en cours pourront permettre une meilleure compréhension et intégration de la question du genre dans les soins.

Le troisième point clé est le plébiscite en faveur du rôle du médecin traitant dans le parcours. Ce résultat est en adéquation avec le cadrage proposé en septembre 2022 par la Haute Autorité de Santé [14], document proposant une ligne directrice pour la prise en charge des personnes transgenres. Nous attendons en septembre 2023 la publication des propositions finales des groupes de travail de l'HAS auxquels participent entre autres, 2 médecins généralistes et 5 usagers concernés, sur l'accompagnement de la transidentité. La place du médecin généraliste dans le parcours de soin devrait être précisée dans ces futures recommandations. Ce rôle central du médecin traitant pourrait avoir un effet positif sur les long délais de prise en charge des personnes transgenres.

L'association Trans Santé France propose le terme d'autodétermination éclairée : c'est aux personnes concernées de définir par elle-même leur genre et de prendre en responsabilité et en connaissance de causes les décisions de prise en charge médicale d'affirmation de leur genre. Tout au long de l'enquête, cette notion d'autodétermination, qui n'a pas été directement questionnée, transparaît dans les réponses ouvertes et dans le ressenti exprimé. La question centrale de l'autodétermination bouscule la classique position du médecin « sachant » et interroge fondamentalement le partage des savoirs et des expériences, l'éclairage de l'information et la décision partagée, l'alliance et la confiance thérapeutique.

Notre étude éclaire à l'échelle locale les difficultés et les succès du parcours et les attentes des personnes concernées. Une prise en charge respectueuse et adaptée aux besoins des personnes transgenres, en favorisant leur autonomie et en luttant contre la stigmatisation. Le système de soin est en décalage temporel et organisationnel sur les changements sociétaux qui imposent des questionnements (genre) et positionnement (relation usager-médecin, spécificité médico-chirurgicales) nouveaux, mais la transition est en cours.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] American Psychiatric Association. DSM-5, Gender dysphoria [Internet]. 2013. Disponible sur : www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM-5-Gender-Dysphoria.pdf
- [2] World Health Organization. WHO/ Europe brief – transgender health in the context of ICD-11 [Internet]. 2019. Disponible sur : www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/gender/gender-definitions/whoeurope-brieftransgender-health-in-the-context-of-icd-11
- [3] Frisch M, Moseholm E, Andersson M, Andresen JB, Graugaard C. Sex in Denmark, Key findings from Project SEXUS 2017-2018 (2019). Disponible sur : https://files.projektsexus.dk/2019-10-26_SEXUS-rapport_2017-2018.pdf
- [4] Organisation de coopération et de développement économiques. Panorama de la société 2019 : Les indicateurs sociaux de l'OCDE. 2019. Disponible sur : <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/e9e2e91e-fr.pdf?expires=1643371263&id=id&accname=guest&checksum=4E391C326220B9A642CD28196FC58167>
- [5] Registre national Belge. Personnes transgenres ayant fait une demande de changement de la mention officielle de leur sexe en Belgique. 2021. Disponible sur : https://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/trans_cijfers_rijksregister_2021_fr.pdf
- [6] Picard H, Jutant S. Rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans. Paris: Ministère des Solidarités et de la Santé. 2022.
- [7] Collin L, Reisner SL, Tangpricha V, Goodman M. Prevalence of Transgender Depends on the "Case" Definition: A Systematic Review. *J Sex Med.* 2016 Apr;13(4):613-26.
- [8] Leinung MC, Joseph J. Changing Demographics in Transgender Individuals Seeking Hormonal Therapy: Are Trans Women More Common Than Trans Men? *Transgend Health.* 2020 Dec 11;5(4):241-245.
- [9] Coleman E, Bockting W, Botzer M, et al. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7, *International Journal of Transgenderism,* 2012, 13:4, 165-232.
- [10] Haute Autorité de Santé. Situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge médicale du transsexualisme en France. 2009.
- [11] Johns MM, Lowry R, Andrzejewski J, et al. Transgender Identity and Experiences of Violence Victimization, Substance Use, Suicide Risk, and Sexual Risk Behaviors Among High School Students

- 19 States and Large Urban School Districts, 2017. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2019 Jan 25;68(3):67-71.

[12] Hanna B, Desai R, Parekh T, Guirguis E, Kumar G, Sachdeva R. Psychiatric disorders in the U.S. transgender population. Ann Epidemiol. 2019 Nov;39:1-7.e1.

[13] Coleman E, Radix AE, Bouman WP, Brown GR, et al. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. Int J Transgend Health. 2022 Sep 6;23(Suppl 1):S1-S259.

[14] Haute Autorité de Santé. Parcours de transition des personnes transgenres. Septembre 2022.

[15] Code civil français. Article 60. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000033460997/2022-04-01

[16] Code civil français. Articles 61-5 à 61-8. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006070721/LEGISCTA000033437635/#LEGISCTA000033437635

[17] Montpied A, Vernier C. Regards des personnes transidentitaires sur leurs parcours de soins : quelle place pour la médecine générale ? Etude qualitative par entretiens semi-dirigés. Thèse de doctorat. Grenoble: Université Grenoble Alpes. Avril 2019.

[18] Tecquert L. La relation médecin-patient dans la construction identitaire de patients trans : étude qualitative auprès de patients et leurs médecins généralistes. Thèse de doctorat. Créteil: Université Paris Est Créteil. 2021.

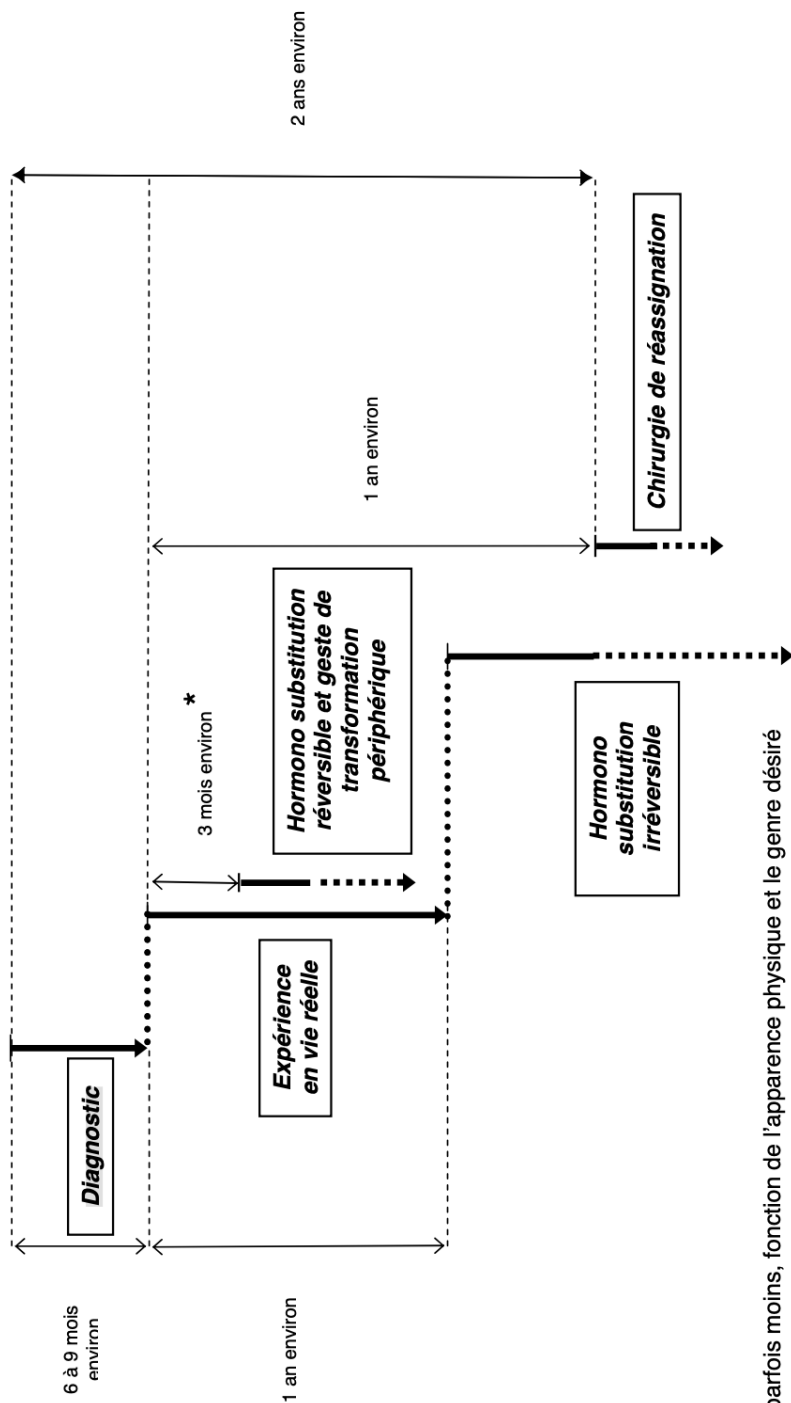
[19] Kearns S, Kroll T, O'Shea D, Neff K. Experiences of transgender and non-binary youth accessing gender-affirming care: A systematic review and meta-ethnography. PLoS ONE. 2021;16(9):e0257194.

[20] Koehler A, Eyssel J, Nieder TO. Genders and Individual Treatment Progress in (Non-)Binary Trans Individuals. J Sex Med. 2018 Jan;15(1):102-113.

[21] Wright T, Nicholls EJ, Rodger AJ, Burns FM, Weatherburn P, Pebody R, McCabe L, Wolton A, Gafos M, Witzel TC. Accessing and utilizing gender-affirming healthcare in England and Wales: trans and non-binary people's accounts of navigating gender identity clinics. BMC Health Serv Res. 2021 Jun 28;21(1):609.

- [22] Wahlen R, Brockmann C, Soroken C, Bertholet L, Yaron M, Zufferey A, Ambresin A, Merglen A. Adolescents transgenres et non binaires : approche et prise en charge par les médecins de premier recours. *Revue Médicale Suisse*. 2020;691(6):789-793.
- [23] Tordoff DM, Wanta JW, Collin A, Stepney C, Inwards-Breland DJ, Ahrens K. Mental Health Outcomes in Transgender and Nonbinary Youths Receiving Gender-Affirming Care. *JAMA Netw Open*. 2022 Feb 1;5(2):e220978.
- [24] Anderssen N, Sivertsen B, Lønning KJ, Malterud K. Life satisfaction and mental health among transgender students in Norway. *BMC Public Health*. 2020 Jan 30;20(1):138.
- [25] James SE, Herman JL, Rankin S, et al. The report of the 2015 U.S. transgender survey. Washington, DC: National Center for Transgender Equality; 2016.
- [26] Pullen Sansfaçon A, Temple-Newhook J, Suerich-Gulick F, Feder S, Lawson ML, Ducharme J, Ghosh S, Holmes C; Stories of Gender-Affirming Care Team. The experiences of gender diverse and trans children and youth considering and initiating medical interventions in Canadian gender-affirming speciality clinics. *Int J Transgend*. 2019 Aug 30;20(4):371-387.
- [27] Nieder TO, Mayer TK, Hinz S, Fahrenkrug S, Herrmann L, Becker-Hebly I. Individual Treatment Progress Predicts Satisfaction With Transition-Related Care for Youth With Gender Dysphoria: A Prospective Clinical Cohort Study. *J Sex Med*. 2021 Mar;18(3):632-645.
- [28] Ferrucci KA, Walubita T, Beccia AL, Ding EY, Jesdale BM, Lapane KL, Streed CG Jr. Health Care Satisfaction in Relation to Gender Identity: Behavioral Risk Factor Surveillance Survey, 20 States (2014-2018). *Med Care*. 2021 Apr 1;59(4):312-318.
- [29] Surya Monro. Non-binary and genderqueer: An overview of the field, *International Journal of Transgenderism*, 2019, 20:2-3, 126-131
- [30] Joseph A, Cliffe C, Hillyard M, Majeed A. Gender identity and the management of the transgender patient: a guide for non-specialists. *J R Soc Med*. 2017 Apr;110(4):144-152.
- [31] Bourns A. Sherbourne. Guidelines for gender-affirming primary care with trans and nonbinary patients, 4th edition. 2021.
- [32] Auer MK, Fuss J, Nieder TO, Briken P, Biedermann SV, Stalla GK, Beckmann MW, Hildebrandt T. Desire to Have Children Among Transgender People in Germany: A Cross-Sectional Multi-Center Study. *J Sex Med*. 2018 May;15(5):757-767.

Figure 2 : Présentation schématique des principales étapes du parcours de soins



* parfois moins, fonction de l'apparence physique et le genre désiré
NB : Ce parcours de soins est à adapter au cas par cas.

Appel à témoignages



Bonjour,

Interne en médecine générale, j'ai choisi de réaliser ma thèse sur **le ressenti et le vécu du parcours de santé des personnes transgenres en Loire Atlantique.**

Via ce questionnaire, je vous invite à donner votre point de vue !

Votre participation est importante, afin de donner à ce sujet le plus de représentativité possible !

ANNEXE 3

Questionnaire : Vécu et ressenti de la prise en charge des personnes transgenres en Loire-Atlantique

Bonjour,

Je me présente : je m'appelle Kevin Ducomman, je suis interne en médecine générale. J'ai choisi de réaliser ma thèse sur le ressenti et le vécu du parcours de santé en Loire Atlantique.

Via ce questionnaire, je vous invite à donner votre point de vue.

Votre participation est importante, afin de donner à ce sujet le plus de représentativité possible ! Merci à vous !

Il y a 50 questions dans ce questionnaire.

Partie 1 : Identité

1/ Âge ? (choix unique)

- 18 - 24 ans
- 25 - 34 ans
- 35 - 44 ans
- 45 - 54 ans
- 55 - 64 ans
- > 65 ans

2/ Genre attribué à la naissance ? (choix unique)

- Féminin
- Masculin
- Autre :

3/ Genre actuel ? (choix unique)

- Féminin
- Masculin
- Non-binaire
- Genderfluid
- Autre :

4/ Pronom vous correspondant ? (choix unique)

- Elle
- Il
- le/
- Autre :

Partie 2 : Première approche

1/ Vers qui vous êtes-vous orienté(e) en premier ? (choix unique)

- Association
- Médecin généraliste
- Médecin scolaire
- Planning familial
- Autres

2/ Comment avez-vous trouvé votre premier interlocuteur ? (choix unique)

- Internet
- Milieu scolaire
- Flyer
- Conseil d'un proche
- Autres

Partie 3 : Médecin généraliste

1/ Avez-vous impliqué votre médecin généraliste concernant votre parcours de transition ? (choix unique)

-
- Oui
 - Non
 - Pas de médecin généraliste

Si oui à la question 1 :

1.1/ Vous sentez vous à l'aise de discuter de ce sujet avec votre médecin généraliste ? (choix unique)

Oui	Plutôt oui	Plutôt non	Non	Sans avis
-----	------------	------------	-----	-----------

1.2/ Vous êtes-vous senti écouté(e) par votre médecin généraliste ? (choix unique)

Oui	Plutôt oui	Plutôt non	Non	Sans avis
-----	------------	------------	-----	-----------

1.3/ Question ouverte : Développez votre réponse, qu'est ce que vous avez apprécié ou non dans son approche ?

1.4/ Pensez-vous que votre médecin généraliste à une place dans le suivi de votre transition ? (choix unique)

Oui	Plutôt oui	Plutôt non	Non	Sans avis
-----	------------	------------	-----	-----------

1.5/ Question ouverte : Développez votre réponse, selon vous quel rôle devrait avoir votre médecin généraliste au cours de votre transition ?

1.6/ Etes-vous satisfait(e) globalement du suivi avec votre médecin généraliste sur le plan de votre transidentité ? (choix unique)

Oui	Plutôt oui	Plutôt non	Non	Sans avis
-----	------------	------------	-----	-----------

Si non à la question 1 :

2/ Êtes-vous satisfait(e) du suivi avec votre médecin généraliste sur le plan autre que la transidentité (prévention, suivi maladie, soin d'urgence) ? (choix unique)

Oui	Plutôt oui	Plutôt non	Non	Sans avis
-----	------------	------------	-----	-----------

Partie 4 : Endocrinologue

1/ Avez-vous déjà consulté un endocrinologue ? (choix unique)

-
- Oui
 - Non

Si oui à la question 1 :

1.1/ Était-ce compliqué de trouver un premier rendez-vous avec un endocrinologue ? (choix unique)

Oui	Plutôt oui	Plutôt non	Non	Sans avis
-----	------------	------------	-----	-----------

1.2/ Êtes-vous satisfait(e) du suivi avec ce spécialiste sur le plan de votre transidentité ? (choix unique)

Oui	Plutôt oui	Plutôt non	Non	Sans avis
-----	------------	------------	-----	-----------

1.3/ Question ouverte : Développez votre réponse, qu'est ce que vous avez apprécié ou non dans son approche ?

1.4/ Pensez-vous que ce spécialiste à une place dans le suivi de votre transition ? (choix unique)

Oui	Plutôt oui	Plutôt non	Non	Sans avis
-----	------------	------------	-----	-----------

2/ Êtes-vous sous hormonothérapie ? (choix unique)

-
- Oui
 - Non

Si oui à la question 2 :

2.1/ Depuis combien de temps êtes-vous sous hormonothérapie ? (choix unique)

- 0 - 5 ans
- 6 - 10 ans
- 11 - 15 ans
- 16 - 20 ans
- 21 - 30 ans
- 31 - 40 ans
- > 41 ans

2.2/ Qui est-ce qui a prescrit la première prescription d'hormonothérapie ? (choix unique)

- Médecin généraliste
- Psychiatre
- Endocrinologue
- Gynécologue
- Planning familial
- Sans prescription médicale
- Autre :

2.3/ Qui est-ce qui prescrit les renouvellements d'ordonnance de l'hormonothérapie ? (choix unique)

- Médecin généraliste
- Psychiatre
- Endocrinologue
- Gynécologue
- Planning familial
- Sans prescription médicale
- Autre :

2.4/ Selon vous, l'attente entre la demande d'hormonothérapie et la prescription de l'hormonothérapie a-t-elle été longue ? (choix unique)

Oui	Plutôt oui	Plutôt non	Non	Sans avis
-----	------------	------------	-----	-----------

2.5/ Question ouverte : Développez votre réponse, combien de temps ou/et rendez-vous entre votre demande d'hormonothérapie et la prescription ?

Partie 5 : Psychiatre

1/ Avez-vous déjà consulté un psychiatre ? (choix unique)

-
- Oui
 - Non

Si oui à la question 1 :

1.2/ Ces consultations étaient-elles en rapport avec votre transidentité ? (choix unique)

Oui	Plutôt oui	Plutôt non	Non	Sans avis
-----	------------	------------	-----	-----------

1.3/ Vous sentez-vous à l'aise de discuter de ce sujet avec votre psychiatre ? (choix unique)

Oui	Plutôt oui	Plutôt non	Non	Sans avis
-----	------------	------------	-----	-----------

1.4/ Vous êtes-vous senti écouté(e) par votre psychiatre ? (choix unique)

Oui	Plutôt oui	Plutôt non	Non	Sans avis
-----	------------	------------	-----	-----------

1.5/ Pensez-vous que votre psychiatre a une place dans le suivi de votre transition ? (choix unique)

Oui	Plutôt oui	Plutôt non	Non	Sans avis
-----	------------	------------	-----	-----------

1.6/ Question ouverte : Développez votre réponse, selon vous quel rôle devrait avoir ce spécialiste au cours de votre transition ?

Partie 6 : Chirurgien

1/ Avez-vous eu recours à un chirurgien(ne) ? (choix unique)

-
- Oui
 - Non

Si oui à la question 1 :

1.1/ Quelle(s) opération(s) avez-vous réalisée(s) ? (choix multiples)

- Mastectomie (ablation des seins)
- Augmentation mammaire
- Chirurgie génitale
- Chirurgie de la voix
- Liposuccion / Lipostructure
- Féminisation du visage
- Autre :
- Aucune

1.2/ Avez vous eu des difficultés à trouver un service de chirurgie acceptant la ou les opération(s) ? (choix unique)

Oui	Plutôt oui	Plutôt non	Non	Sans avis
-----	------------	------------	-----	-----------

1.3/ Question ouverte : Précisez si certaines opérations ont été plus difficile d'accès.

1.4/ Selon vous, l'attente entre la demande d'une chirurgie et l'opération a-t-elle été longue ? (choix unique)

Oui	Plutôt oui	Plutôt non	Non	Sans avis
-----	------------	------------	-----	-----------

1.5/ Question ouverte : Développez votre réponse, combien de temps ou/et rendez-vous entre votre demande et l'opération ?

1.6/ Etes-vous satisfait(e) du suivi avec ce spécialiste sur le plan de votre transidentité ? (choix unique)

Oui	Plutôt oui	Plutôt non	Non	Sans avis
-----	------------	------------	-----	-----------

1.7/ Etes-vous satisfait(e) des résultats de ou des chirurgie(s) réalisée(s) ? (choix unique)

Oui	Plutôt oui	Plutôt non	Non	Sans avis
-----	------------	------------	-----	-----------

Partie 7 : Autres

1/ Avez-vous consulté d'autres spécialistes en rapport avec votre transidentité ? (choix multiples)

- Dermatologue
- Orthophoniste
- Gynécologue
- Médecin de la reproduction
- Autres

2/ Avez-vous eu des remarques concernant votre transidentité par n'importe quel spécialiste ? (choix unique)

Oui	Plutôt oui	Plutôt non	Non	Sans avis
-----	------------	------------	-----	-----------

2.1/ Question ouverte : Si vous l'acceptez, pouvez-vous raconter le genre de remarque ou geste dont vous avez été témoin/victime ?

3/ Avez-vous eu des refus de prise en charge de votre transidentité par n'importe quel spécialiste ? (choix unique)

Oui	Plutôt oui	Plutôt non	Non	Sans avis
-----	------------	------------	-----	-----------

3.1/Question ouverte : Précisez la ou les spécialité(s).

Partie 8 : Sur le plan social

1/ Avez-vous fait les démarches pour une ALD (Affection Longue Durée) ? (choix unique)

- Oui
- Non

Si oui à la question 1 :

1.1/ Avec qui avez-vous rempli le dossier de demande d'ALD ? (choix unique)

- Médecin traitant
- Endocrinologue
- Psychiatre
- Planning familial
- Chirurgien
- Autre

1.2/ Votre demande a-t-elle été ? (choix unique)

- Acceptée dès la première fois
- Acceptée après plusieurs tentatives
- Refusée
- En cours

1.3/ Question ouverte : Développer votre réponse, quelle difficulté avez vous rencontré ?

Si non à la question 1 :

2.1/ Pour quelle raison n'avez vous pas demandé une ALD ? (choix unique)

- N'en voit pas l'utilité
- On ne m'a jamais proposé
- Peur d'être stigmatisé
- Autre :

2.2/ Avez-vous eu des difficultés financières concernant les soins ? (choix unique)

Oui	Plutôt oui	Plutôt non	Non	Sans avis
-----	------------	------------	-----	-----------

Merci pour votre participation !

NOM : DUCOMMAN

PRÉNOM : KEVIN

Titre de Thèse : Ressenti et vécu de la prise en charge des personnes transgenres en Loire-Atlantique

Objectif de l'étude : Les personnes transgenres font face à de multiples discriminations au quotidien, y compris dans le secteur de la santé, ce qui entraîne une inégalité d'accès aux soins. Cette étude vise à recueillir les perceptions de la prise en charge des personnes transgenres en Loire-Atlantique et à comprendre les difficultés auxquelles elles sont confrontées.

Méthode : Il s'agit d'une étude descriptive de type quantitative par questionnaire, menée auprès de personnes transgenres majeures de Loire-Atlantique, sans critère de traitement par hormonothérapie ou chirurgie. Le recrutement des participants s'est effectué par le biais d'associations en Loire-Atlantique, de cabinets médicaux et des réseaux sociaux. Le questionnaire, élaboré à l'aide du logiciel en ligne LimeSurvey, est divisé en plusieurs parties, chaque partie étant dédiée à un professionnel de santé impliqué dans la prise en charge (médecin traitant, endocrinologue, psychiatre, chirurgien), permettant ainsi une collecte et une analyse différenciée des expériences vécues avec chaque professionnel de santé.

Résultats : La population de l'étude présente une grande diversité, avec des parcours et des stades de prise en charge différents pour chaque répondant. Dans l'ensemble, la relation avec le médecin traitant est perçue comme positive, et il est considéré comme un acteur clé et un coordinateur essentiel dans la prise en charge des personnes transgenres. Cependant, un manque de connaissances spécifiques sur la transidentité est rapporté par les personnes interrogées. Les principales remarques concernant les spécialités sont le délai d'attente relativement long pour un rendez-vous, un manque de structures existantes et de professionnels de santé formés au sujet de la transidentité, que ce soit pour l'endocrinologue et les chirurgiens. Il est souligné l'importance de la dépsychiatriation de la prise en charge, tout en reconnaissant la nécessité d'un soutien psychologique ou psychiatrique lorsque cela est nécessaire.

Conclusion : Les résultats de l'étude mettent en évidence l'importance de reconnaître et de respecter l'autodétermination des personnes transgenres dans leur parcours de transition. Il est essentiel que chaque prise en charge soit personnalisée, en permettant à chaque individu de prendre des décisions autonomes quant aux étapes de sa transition. Toutefois, les résultats soulignent également des lacunes de connaissances et de compétences chez de nombreux professionnels de santé, ce qui peut conduire, de manière inconsciente ou non, à des attitudes stigmatisantes ou discriminatoires. Pour remédier à cette situation, des initiatives de formation émergent afin de sensibiliser et de former les professionnels de santé, contribuant ainsi à la mise en place de davantage d'équipes compétentes pour offrir un meilleur accès aux soins aux personnes transgenres.

Mots clés : Transgenre, transidentité, prise en charge, parcours de soin, accès aux soins, hormonothérapie, chirurgie, autodétermination, stigmatisation, formation.