

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2021

THÈSE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Prise en charge des personnes transidentitaires par les médecins
généralistes.**

Présentée et soutenue publiquement le 15 septembre 2021 à 16h
au Pôle Formation

par Justine Carpentier

JURY

Président :

Monsieur le Professeur BERKHOUT Christophe

Assesseurs :

Monsieur le Professeur BAYEN Marc

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur PONCHANT Maurice

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs

Liste des abréviations

ALD	Affection Longue Durée
APA	Association Américaine de Psychiatrie
ARS	Agence Régionale de la Santé
CIM	Classification Internationale des Maladies
CIS	Personne dite cisgenre
CNIL	Commission Nationale de l'informatique et des Libertés
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder
FSH	Hormone folliculo-stimulante
FtM	Individus assignés femme à la naissance qui changent ou ont changé leur corps et/ou leur rôle de genre vers le masculin
GnRH	Hormone de libération des gonadotrophines hypophysaires
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
LGBT	Lesbiennes, Gays, Bisexuel(le)s, Trans
LH	Hormone lutéinisante
HAS	Haute Autorité de Santé
HTA	Hypertension artérielle
MTEV	Maladie Thrombo-Embolique Veineuse
MtF	Individus assignés homme à la naissance qui changent ou ont changé leur corps et/ou leur rôle de genre vers le féminin.
NFS	Numération de Formule Sanguine
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
SDS	Standards De Soins
SoFECT	Société Française d'Études et de prise en Charge de la Transidentité
SOPK	Syndrome des Ovaires PolyKystiques
TDS	Troubles du Développement Sexuel
THS	Traitement Hormonal Substitutif
TRANS	Personne dite transgenre
VIH	Virus d'Immunodéficience Humaine
WPATH	World Professional Association for Transgender Health

TABLE DES MATIERES

Résumé	7
Introduction	9
A. Définitions et épidémiologie.....	9
B. Parcours de transition.....	10
1. Généralités.....	10
2. L'hormonothérapie.....	10
3. La chirurgie.....	13
4. Les autres intervenants dans un parcours de transition.....	14
5. La SoFect.....	14
C. Législation en France.....	15
1. Demande de changement de genre et de prénom à l'état civil.....	15
2. La parentalité.....	17
3. Sécurité sociale.....	17
D. Les recommandations de bonne pratique.....	18
1. La dysphorie de genre.....	18
2. L'hormonothérapie.....	19
3. La chirurgie.....	21
4. Santé de la reproduction.....	22
5. Santé et prévention globale.....	22
6. Les troubles du développement sexuel.....	22
E. Revendications des associations de personnes transidentitaires.....	23
F. Rationnel de l'étude.....	24
G. Objectifs de l'étude.....	24
Matériels et méthodes	26
A. Type d'étude.....	26
B. Population.....	26
C. Mode de recueil de données.....	26
D. Questionnaire utilisé.....	27
E. Méthode d'analyse statistique des données.....	27
F. Aspects légaux.....	28
Résultats	29
A. Population.....	29
1. Critères d'inclusion et d'exclusion à l'étude.....	29
2. Les refus de participation.....	29
3. Le nombre de réponses recueillies.....	29
4. Les critères sociodémographiques des participants.....	31
B. Formation sur la transidentité.....	31
C. Patientèle transidentitaire.....	31
D. Pratique clinique.....	32
1. Le questionnement de genre et d'orientation sexuelle.....	32
2. Les comorbidités psychiatriques.....	33
3. Le parcours de transition d'un patient transgenre.....	34
4. Profil des médecins ayant une patientèle transidentitaire.....	37
5. Diagnostic de dysphorie de genre et formation sur la transidentité.....	38
6. La recherche de comorbidités psychiatriques.....	39
7. Ajustements thérapeutiques du THS et formation sur la transidentité.....	39
8. Le questionnement de genre et profil des médecins participants.....	40

Discussion	42
A. Limites de l'étude	42
1. Représentativité de la population	42
2. Biais de sélection.....	42
3. Biais méthodologique	43
4. Biais de déclaration	43
5. Type d'étude	43
B. Les résultats.....	43
1. Formation sur la transidentité	43
2. Patientèle transidentitaire	44
3. Le questionnement de genre en consultation	45
4. Diagnostic de dysphorie de genre	47
5. Les comorbidités psychiatriques chez les personnes trans	48
6. Le questionnement sur l'orientation sexuelle	49
7. Opinions des médecins sur les intervenants dans un parcours de transition chez les patients transidentitaires	50
8. Réévaluation du traitement hormonal lors d'une transition	51
C. Perspectives de l'étude.....	51
Conclusion	53
Références bibliographiques	54
Annexes.....	59
Annexe 1 : Critères diagnostiques d'une dysphorie de genre d'après le DSM V..	59
Annexe 2 : Accord CNIL	60
Annexe 3 : Questionnaire thèse	61

RESUME

Contexte : Le médecin généraliste peut jouer de multiples rôles dans l'accompagnement des patients transidentitaires. Il est peut-être le premier recours lors d'un questionnement de genre, l'interlocuteur face à un souhait de transition de genre exprimé. Il peut être aussi le coordinateur de soins dans un parcours de transition avec des intervenants multiples. Cependant, peu d'études existent dans la littérature concernant cet accompagnement. L'objectif principal de ce travail était de décrire la prise en charge des patients transidentitaires par les médecins généralistes.

Méthode : Il s'agissait d'une étude transversale, observationnelle, descriptive, quantitative de type enquête de pratique. Un tirage au sort de 350 médecins généralistes exerçant dans la région des Hauts-de-France a été effectué à partir de la liste des praticiens retrouvés sur le site de l'annuaire téléphonique « les Pages jaunes ». Le lien d'un auto-questionnaire, dont les réponses étaient anonymes, leur a été envoyé par mail. Celui-ci abordait : leurs critères sociodémographiques, leur formation sur la transidentité, leur nombre de patients transidentitaires, leurs pratiques cliniques sur le questionnement de genre, les comorbidités recherchées, les intervenants d'un parcours de transition.

Résultats : 59 médecins généralistes ont répondu entièrement au questionnaire. 47,5% des médecins interrogés ont accompagné au moins un patient transidentitaire. La majorité des répondants soit 89,8% n'ont pas pu bénéficier d'une formation sur la transidentité. Le questionnement de genre n'est pas fait pour 54 d'entre eux lors d'une consultation et le genre défini par l'état civil est celui utilisé par 54,2% des médecins. Les critères DSM5 de la dysphorie de genre sont utilisés par un répondant et les comorbidités psychiatriques sont recherchées par 57,6% des médecins. Concernant la prise en charge d'un trouble de l'identité de genre, 88,1% des interrogés proposent un accompagnement avec des intervenants et des outils essentiellement adaptés à la demande de leur patient. 71,4% des médecins prenant en charge des patients trans ont adressé à un confrère et autant réévaluent le traitement hormonal substitutif.

Conclusion : L'accompagnement de personnes transidentitaires concernait 47,5% des médecins. Une formation sur la transidentité pourrait permettre une sensibilisation

aux questionnements de genre. La mise en place d'annuaires de confrères spécialisés sur le sujet serait utile pour orienter les patients. De même, l'accès simplifié à des protocoles de suivi de patient sous hormonothérapie serait utile à une réévaluation de celle-ci par les médecins.

INTRODUCTION

A. Définitions et épidémiologie

Le « genre » correspond au ressenti d'une personne concernant son identité sociale et ceci indépendamment de son identité biologique c'est-à-dire du sexe qui lui a été assigné à la naissance.

Il existe une « non-conformité de genre » lorsque l'expression du genre est différente de celle attendue pour un sexe déterminé. Il existe une discordance entre le sexe anatomique et le sentiment d'être un homme, une femme ou autre, la personne est dite transgenre ou transidentitaire.

Lorsque cette incongruence est source de souffrance, d'inconfort, on parle de dysphorie de genre. Ce phénomène est variable et inconstant tout au long de la vie. Les critères diagnostiques de la dysphorie de genre sont exposés dans le DSM-5, cinquième édition du manuel de psychiatrie (annexe 1)

Une personne dite « cisgenre » est une personne dont le sexe avec lequel elle est née correspond à son identité de genre.

Pour les personnes dont l'identité de genre ne correspond ni au masculin, ni au féminin, on parle de « non-binaire ». Cette personne peut se sentir entre les deux, aucun des deux (« agendre ») ou encore les deux à la fois (« genderfluid »). Le genre constitue une variable dont le champ ne cesse de s'étendre. Il n'existe donc pas une mais plusieurs transidentités.

Il convient de préciser que le genre est une construction en rapport à des normes, à des cultures dans un contexte social et historique précis.

L'orientation sexuelle est l'attraction sexuelle et/ou émotionnelle ressentie pour une autre personne indépendamment de son sexe biologique ou son genre. (Hétéro, homo, bi, a-sexuel(le)).

La transphobie est un ensemble de gestes, d'attitudes, de mots qui participent à une violence socioculturelle contre les personnes transidentitaires. Elle est bien évidemment condamnable par la loi. Le trans murder monitoring project³⁹ recense 350 personnes transgenres qui ont été tuées entre octobre 2019 et septembre 2020 dans le monde. Il existe une majoration de 6% de ces actes par rapport à l'année précédente.

Il n'existe pas d'étude récente représentative sur le nombre de personnes transgenres en France. En 2013, Erik Schneider, docteur en psychiatrie, a publié un rapport¹⁵ au conseil de l'Europe concernant « le respect des droits des enfants intersexes et trans en Europe ». Il y est estimé qu'une personne sur cinq cents serait transgenre dans l'union européenne.

D'après une étude canadienne⁴⁰ datant de 2015 auprès de jeunes personnes transgenres, une sur trois aurait fait une tentative de suicide.

B. Parcours de transition

1. Généralités

La transition est un ensemble de démarches propres au désir de chaque personne pour entreprendre un changement de son genre social et/ou son état civil et/ou son apparence physique.

Le changement d'état civil sera traité dans le paragraphe suivant : législation en France.

Pour le changement d'apparence physique il existe plusieurs possibilités.

2. L'hormonothérapie

L'hormonothérapie¹⁷ permet de bénéficier d'effets pubertaires masculins ou féminins et de réduire les effets des hormones produites naturellement dans le corps de la personne en cours de transition à un rythme et une intensité variables selon les personnes.

Il convient d'abord de trouver un praticien se sentant apte à prescrire un traitement hormonal substitutif. Dans le cadre d'un traitement hormonal masculinisant ou féminisant, la première ordonnance peut être faite par un endocrinologue, un gynécologue, un urologue ou un médecin généraliste. Pour trouver ces médecins, il est possible de se rapprocher des plannings familiaux, des associations de personnes transidentitaires de la région, d'annuaires de praticiens qui ont été créés par des personnes lors de leur parcours de transition. Pour la première ordonnance, certains d'entre eux demandent une attestation psychiatrique qui n'est pas obligatoire en France.

Des examens complémentaires peuvent également être demandés notamment un bilan sanguin, un bilan cardiologique, une imagerie mammaire, une imagerie abdomino-pelvienne, une imagerie testiculaire, une imagerie cérébrale, un caryotype. Le bilan sanguin suffit le plus souvent avant cette première prescription avec un dosage hormonal (testostérone, œstrogène, LH, FSH, prolactine), une NFS, une glycémie à jeûn, un bilan lipidique, un bilan hépatique et rénal. Les bilans hormonaux permettront d'ajuster régulièrement (généralement tous les trois mois) les dosages et les modalités de prise du traitement hormonal substitutif.

Pour les mineurs, sur le plan légal, il faudra fournir une lettre signée de tous les tuteurs légaux autorisant le début de traitement hormonal ou de bloqueurs d'hormones (si le traitement est débuté avant le développement des caractéristiques sexuelles secondaires).

Le **traitement hormonal masculinissant** est la **testostérone** : sous forme d'injection intra musculaire à un rythme variant selon le produit (tous les quinze jours à plusieurs mois d'intervalle), sous forme de gel d'application quotidienne, de patch ou de comprimés. Tous les produits ne sont pas remboursés au même taux.

Les effets pouvant être recherchés sont l'augmentation de la pilosité, une voix plus grave, l'arrêt des menstruations, la réduction de la taille mammaire, la redistribution de la masse graisseuse et musculaire, la croissance du clitoris et l'atrophie vaginale.

Les effets secondaires possibles sont l'acné, la calvitie, la prise pondérale et notamment l'augmentation de la graisse viscérale, une cytolysse hépatique, une dyslipidémie (limitée par le patch), une polyglobulie, une augmentation du risque de symptômes psychotiques/maniaques/hypomaniaques s'il existe un terrain préalable.

D'autres effets indésirables¹ ont été rapportés mais avec un faible niveau de preuve comme : l'augmentation du risque de cancer de l'ovaire et du cancer de l'endomètre. Pour le cancer du sein et du col de l'utérus, il n'a pas été démontré de majoration de risque sous testostérone.

Un risque d'ostéoporose est décrit chez les patients après une ovariectomie si le traitement hormonal par testostérone est insuffisant.

Les risques d'HTA, d'événements cardiovasculaires et de diabète de type 2 sont présents s'il existe chez le patient des facteurs de risque préalables comme des

antécédents familiaux, un surpoids, un SOPK (syndrome des ovaires polykystiques).

Dans le traitement hormonal masculinisant, il peut être utilisé des **progestatifs** comme la médroxyprogestérone sur une courte période initiale pour arrêter les menstruations. Des **agonistes de GnRH** peuvent être associés pour limiter les saignements utérins.

Le **traitement hormonal féminisant** peut comprendre :

- Les **anti-androgènes** pour réduire les hormones masculines sous forme de comprimé ou d'injection. Les plus utilisés sont la spironolactone (antihypertenseur hyperkaliémiant) et la cyprotérone (hépatotoxicité). Les agonistes de la GnRH (goséréline, buséréline, triptoréline) qui bloquent les récepteurs libérant les gonadotrophines peuvent être utilisés mais sont coûteux. Enfin les inhibiteurs de l'alpha 5 réductase bloquant la conversion de la testostérone en alpha 5 dihydrotestostérone peuvent être utilisés.

- Les **œstrogènes** dont la prise est recommandée par voie cutanée avec des patches. En effet la forme per os majorerait le risque de MTEV et le risque de maladies cardio et cérébro-vasculaires chez les patients de plus de 50 ans avec des facteurs de risques. La majoration du risque d'hyperprolactinémie lors de la première année de traitement est décrite.

- De la **progestérone** en comprimé comme cyprotérone (sus-cité) mais dont l'utilisation d'autres molécules reste controversée avec des effets secondaires comme la dépression, la prise de poids, les modifications du profil lipidique, la majoration du risque cardiovasculaire et de cancer du sein.

Les effets pouvant être recherchés sont la diminution de la pilosité, l'augmentation de la taille mammaire, la réduction de la taille testiculaire, la redistribution des graisses et des muscles et la diminution des érections.

Les effets secondaires possibles sont la majoration du risque thromboembolique, la survenue de maladies cardiovasculaires comme l'hypertension artérielle, le diabète de type 2, la prise pondérale, une dyslipidémie (hypertriglycémie avec pancréatite). Il peut exister un risque de cytolysé hépatique, de calcul des voies biliaires et de méningiome (si utilisation prolongée pour l'androcure).

Dans ces deux traitements hormonaux masculinisant et féminisant, la fertilité est diminuée. Les différents effets secondaires sont variables et restent peu étudiés.

3. La chirurgie

La chirurgie peut faire partie d'un parcours de transition. Il est généralement attendu une stabilité hormonale sous traitement hormonal substitutif afin que les effets physiques de celui-ci soient atteints.

À visée masculinisante, il peut être réalisé une torsoplastie avec mammectomie, une création de poitrine masculine. Les chirurgies génitales peuvent être : une hystérectomie, une ovariectomie, une phalloplastie avec la possibilité de prothèse pénienne malléable, une reconstruction de l'urètre, une métaïodoplastie (utilisant les tissus génitaux modifiés par la testostérone par allongement du clitoris), des implants testiculaires, une vaginectomie, une scrotoplastie.

À visée féminisante, il peut s'agir d'une augmentation mammaire si le traitement hormonal n'a pas eu d'effet jugé suffisant, une réduction de la pomme d'Adam. Au niveau génital, il peut s'agir : d'une vaginoplastie ou une vulvoplastie (sans cavité vaginale), une orchidectomie, une pénectomie, une clitoroplastie.

Pour les chirurgies génitales, il existe un délai de réflexion d'environ un an imposé pour leur prise en charge financière. Il convient de préciser que ces chirurgies restent peu pratiquées puisque en 2016, la sécurité sociale en a comptabilisé 165. Pour la mammectomie, elle peut être prise en charge en partie sans traitement hormonal préalable s'il existe une reconnaissance en affection longue durée (ALD). Pour la chirurgie d'augmentation mammaire, elle est intégrée au protocole de soins en cas d'ALD. Pour les chirurgies génitales, elles sont prises en charge en partie s'il existe une ALD à l'exception de la prothèse pénienne malléable non remboursée. La métaïodoplastie, la vaginoplastie sont prises en charge intégralement avec une ALD. Seules les personnes majeures peuvent accéder à ces chirurgies génitales avec la nécessité d'une lettre d'un psychiatre.

Il existe également des chirurgies faciales pour « atténuer » les traits perçus comme non conformes à son genre.

La chirurgie des cordes vocales existe mais reste peu utilisée avec des risques et un taux d'échec importants.

4. Les autres intervenants dans un parcours de transition

Un **orthophoniste** peut être sollicité lors d'une transition de genre pour rééduquer, féminiser ou masculiniser la voix notamment lors de la prise d'une hormonothérapie et/ou suite à une intervention des cordes vocales.

Des coachs vocaux, des professionnels de théâtre, des professeurs de chant ou des experts en gestuelle peuvent intervenir dans une thérapie de la voix et de la communication pour aider les patients à affirmer l'expression des rôles de genre.

Un **dermatologue** peut pratiquer une épilation définitive pour les hommes souhaitant une féminisation avec la possibilité d'une prise en charge financière en cas d'ALD.

Les **médecins esthétiques** peuvent être contactés pour des implants capillaires et pour des injections de cosmétiques au visage par exemple.

Le recours à des **psychiatres et des psychologues**⁶ peut également s'intégrer dans un parcours de transition de genre. Les psychiatres peuvent être sollicités par certains médecins intervenant dans un parcours de transition pour attester de la dysphorie de genre. Les personnes transidentitaires peuvent souhaiter un suivi psychothérapeutique, un accompagnement psychologique et psychanalytique. Ceci pour diverses raisons et à différents moments comme pour le renforcement de leur détermination au changement de genre, un suivi face aux diverses modifications corporelles. Elles peuvent rechercher un soutien lors d'un parcours de transition et des questionnements engendrés par celui-ci. La psychothérapie familiale est parfois réalisée pour aider l'entourage.

Un **sexologue** peut également être consulté si des difficultés sont rencontrées.

5. La SoFect

La Sofect est la société française d'étude et de prise en charge de la transidentité et a été créée en 2010. Elle est composée de divers praticiens qui accompagnent les patients lors d'un parcours de transition. Ces spécialistes sont intégrés aux hôpitaux

publics et décident de la possibilité ainsi que de la chronologie des transitions médicales. Les patients sont d'abord pris en charge par des psychiatres qui diagnostiquent la dysphorie de genre et valident la transition médicale. S'il est en faveur, ce spécialiste oriente la personne vers un endocrinologue pour débiter un traitement hormonal après un bilan de santé. Des réunions de concertation pluridisciplinaires ont lieu à un rythme régulier pour étudier les dossiers des patients et répondre à leurs différentes demandes en donnant une réponse favorable ou non aux traitements médicaux et/ou chirurgicaux. Il s'agit d'un parcours dit « officiel » qui permet une prise en charge des différents soins. Certaines personnes transgenres privilégient d'autres parcours avec des spécialistes de leurs choix avec différents taux de remboursement. Il existe différentes équipes dans plusieurs villes de France.

Il existe une équipe pour la prise en charge des patients transidentitaires à Lille. Les différents spécialistes sont répertoriés sur divers sites.

C. Législation en France

1. Demande de changement de genre et de prénom à l'état civil

La demande de changement de genre à l'état civil est encadrée par la loi n°2016-1547 du 18 novembre 2016⁵, dite loi de modernisation de la justice du 21ème siècle.

Avant cette loi, il était nécessaire de remplir trois conditions cumulatives : le constat médical d'une dysphorie de genre, l'adhésion à un traitement médico-chirurgical dans un but « thérapeutique », une apparence physique et un comportement social conformes au sexe revendiqué. Cela a valu à la France une condamnation par la cour européenne des droits de l'homme le six avril 2017.

Depuis l'application de ce texte de loi, une demande doit être faite par requête au tribunal de grande instance du lieu de résidence ou de naissance. Il existe des modèles de requête⁵² pouvant être trouvés en ligne. Celle-ci doit préciser s'il y a un souhait de changement d'un ou plusieurs prénoms. Elle est à remettre sur place ou par courrier. Cette demande ne nécessite pas de faire appel à un avocat.

Pour les mineurs ou les majeurs protégés, la demande est remise par son

représentant légal mais pour l'enfant de plus de treize ans, son consentement est requis.

Il doit être joint au dossier les « preuves » c'est-à-dire les éléments pouvant démontrer que la mention du sexe du sujet dans l'acte de l'état civil ne correspond pas à celui sous lequel il se présente et est connu (témoignages de proches, photographies, documents, attestations médicales).

Le juge prendra sa décision après réception du dossier et peut, s'il le juge nécessaire, organiser une audience en chambre de conseil pour entendre la personne demandeuse et/ou une autre personne concernée. Une convocation est alors envoyée.

Si la demande est acceptée, la modification est en marge de l'acte de naissance et a lieu dans les quinze jours suivant la date de prise de décision définitive.

Si la demande est rejetée, il est possible de contester en faisant appel par déclaration ou lettre recommandée au greffe du tribunal qui a rendu la décision dans les quinze jours. Il est alors nécessaire d'être assisté par un avocat. Pour les mineurs ou majeurs protégés, l'officier de l'état civil saisit le procureur de la république en informant le demandeur. Si celui-ci refuse également, il est alors nécessaire de saisir le juge aux affaires familiales.

Pour la demande de changement de prénom, elle s'effectue au service d'état civil de la mairie de domiciliation ou de naissance. Un dossier doit y être retiré auprès de ce service et être retourné complété avec un certain nombre de documents à joindre (justificatif de domicile, copie de pièce d'identité, copie d'acte de naissance). Le dossier est ensuite examiné par une commission municipale. Si la validation est actée, cela peut prendre un délai d'un mois. Le renouvellement de la carte d'identité est ensuite possible et gratuit. Si la demande est refusée, il est possible de reformuler la demande ou de l'envoyer à la mairie qui n'a pas été contactée. Les associations de personnes transgenres peuvent être sollicitées pour faire appel et appuyer leur demande.

S'il existe une demande de changement de prénom, l'actualisation d'un acte de mariage et de naissance nécessite l'accord de l'époux au préalable. Ce qui n'est pas nécessaire en cas de PACS. Si la personne a des enfants, l'actualisation de leurs actes de naissance nécessite l'accord de l'enfant s'il majeur ou celui des deux parents s'il est mineur.

2. La parentalité

La filiation¹⁹ est le lien entre un parent et un enfant établi par la loi et qui crée pour chacun d'entre eux des droits et des devoirs.

Pour les filiations établies avant un changement de la mention du sexe sur l'état civil, la loi précise qu'il est sans effet et que la personne reste donc parent de ses enfants. Pour l'enfant majeur il reste légalement l'enfant de ses parents même si le changement est fait contre l'avis des parents.

Pour les filiations après changement d'état civil d'un ou des parents, la situation actuelle est plus compliquée. Si la personne qui accouche est identifiée « F » sur son acte de naissance, la personne pourra être reconnue comme mère. Si la personne qui accouche n'est pas identifiée « F », d'après la loi, rien ne permet d'établir alors la filiation. Pour le ou la partenaire si l'identification est « M » sur l'acte de naissance, il sera possible de reconnaître l'enfant en tant que père. S'il n'existe pas la mention masculine sur l'acte de naissance il ne sera pas possible d'établir la filiation.

Les solutions pour établir une filiation dans ces cas de figure sont l'adoption, la possession d'état (reconnaissance après une certaine période d'un comportement de parent), ou une demande au tribunal de jurisprudence.

Depuis la loi de 2016 explicitée au-dessus, une personne transidentitaire peut changer d'état civil sans chirurgie de stérilisation.

Concernant la procréation médicalement assistée elle n'est autorisée actuellement que pour un couple composé d'une femme cis et d'un homme trans ayant effectué son changement d'état civil en faisant appel à un donneur de sperme anonyme.

3. Sécurité sociale

Il est possible pour le médecin d'un patient transgenre de faire une demande de reconnaissance en affection longue durée hors liste (ALD31) auprès de la sécurité sociale. En effet, si le patient souhaite entamer un parcours de transition nécessitant des soins considérés comme coûteux, il peut être utile d'en faire la demande.

Dans la partie « diagnostic », il faut y renseigner transidentité. Pour les actes et

prestations concernant la maladie, il peut y être inscrit: hormonothérapie à vie(spécialités pharmaceutiques, classes thérapeutiques, dispositifs médicaux), des bilans sanguins et des examens d'imagerie médicale réguliers (suivi biologique prévu), des consultations régulières avec un psychiatre, un endocrinologue, un dermatologue pour l'épilation, des chirurgies (recours à des spécialistes), des séances de kinésithérapie, d'orthophonie, des soins infirmiers (recours à des professionnels de santé paramédicaux).

Pour la durée prévisible des soins, il peut convenir d'y inscrire « à vie ».

D. Les recommandations de bonne pratique

La WPATH¹ (world professional association for transgender health) a édité un texte concernant les « standards de soins pour la santé des personnes transsexuelles, transgenres et de genre non conforme ». Il s'agira donc d'une synthèse des éléments pouvant être utiles en médecine générale.

1. La dysphorie de genre

Différentes études ont été réalisées pour étudier les prises en charge pouvant atténuer le phénomène de dysphorie de genre. Il semblerait que prodiguer des soins pour changer les caractères sexuels primaires et secondaires ainsi que les rôles de genre, soit associé à une amélioration du phénomène. L'étude menée par Green et Fleury⁴² en 1990 retrouvait un taux de satisfaction de 87% pour les HtF (hommes changeant de genre en femmes) et 97% des FtM (femmes changeant de genre en hommes) ayant bénéficié d'une hormonothérapie et d'une chirurgie. Les regrets étaient exprimés par 1 à 1,5% des FtM et moins d'1% chez les MtF.

Ce traitement de la dysphorie de genre est bien sûr à individualiser. Les professionnels de santé sont incités à soutenir les personnes avec une dysphorie de genre dans l'expression de leur identité en explorant les différentes alternatives possibles.

De même, refuser un traitement adapté à la demande des adolescents par exemple, pourrait prolonger la dysphorie de genre et entretenir une apparence pouvant faire l'objet de violences, de stigmatisations et être source de souffrance.

Les SDS publiés par la WPATH comportent essentiellement des recommandations à l'égard des « professionnels de santé mentale ».

2. L'hormonothérapie

Les compétences des médecins prescripteurs d'hormonothérapies ont été précisées :

- Nécessité d'entreprendre cette démarche de prescription dans une approche globale du patient notamment avec son contexte psychosocial,
- Avoir une formation appropriée sur l'hormonothérapie féminisante et/ou masculinisante avec une mise à jour constante de ses connaissances et la nécessité de se référer à un praticien plus expérimenté s'il existe des doutes,
- Dépister et prendre en charge les comorbidités associées à l'utilisation d'un THS si elles existent comme les facteurs de risques cardiovasculaire et le dépistage de cancers,
- Communication du prescripteur du THS avec le médecin traitant s'ils sont différents.

Les responsabilités des médecins prescripteurs d'hormonothérapie ont été listées :

- Effectuer une évaluation initiale : objectifs du patient, anamnèse et antécédents, examen physique, évaluation des risques inhérents aux différents traitements, prescriptions et analyse de tests biologiques pertinents,
- Aborder les effets attendus et indésirables du THS notamment la diminution de la fertilité et les options de reproduction,
- Confirmer la capacité du patient à consentir au traitement,
- Effectuer une surveillance médicale : examens physiques, bilans biologiques réguliers, contrôler l'efficacité et les effets secondaires du traitement,
- Communiquer avec les intervenants du parcours de transition,
- Procurer au patient une attestation de prise en charge avec hormonothérapie féminisante ou masculinisante pour anticiper les difficultés avec les autorités.

Il est indispensable pour le prescripteur de renseigner dans le dossier médical du patient les informations relatives au THS qui ont été délivrées ainsi que les risques et bénéfices pouvant être attendus. L'impact sur la reproduction doit être abordé.

Des critères d'éligibilité à une hormonothérapie ont été décrits :

- Antécédent et persistance d'une dysphorie de genre,
- La capacité à donner un consentement éclairé par le patient,
- L'âge de la majorité dans le pays,
- Le contrôle des problèmes médicaux et/ou psychiatriques s'ils sont présents.

En cas de relai de prise en charge de l'hormonothérapie, il est nécessaire pour le médecin d'évaluer la sécurité et les interactions médicamenteuses des traitements pour les remplacer ou en modifier leur posologie. Il faut également obtenir les bilans initiaux effectués.

Il n'existe pas de protocole hormonal féminisant ou masculinisant compte tenu des grandes variations selon les patients et de l'accès aux différents traitements selon le contexte géographique, social et économique.

Il faut éliminer les contre-indications aux différents traitements. Pour la prise d'œstrogènes, les contre-indications sont formelles à savoir les antécédents de MTEV avec un état d'hypercoagulabilité, une néoplasie sensible aux œstrogènes, les stades terminaux de maladie du foie. La consommation de tabac nécessite une surveillance accrue. Pour les traitements hormonaux à la testostérone, des contre-indications absolues existent comme la grossesse avec la nécessité d'avoir recours à une contraception efficace, une coronaropathie instable et une polyglobulie non traitée avec une hématoците supérieure à 54%. S'il existe des antécédents de cancer du sein ou hormonodépendant, une consultation avec un oncologue est recommandée. Pour tous les traitements, s'il existe des facteurs de risque cardiovasculaire, il faut faire appel à une consultation cardiologique.

La WPATH indique qu'il existe une prévalence accrue de syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) chez les FtM. Cette pathologie augmente le risque de diabète, de maladie cardiaque, d'HTA, de cancer des ovaires et de l'endomètre. Ainsi donc, avant d'initier un traitement par testostérone, les signes et les symptômes de SOPK sont à évaluer.

Le protocole de surveillance clinique et biologique d'un patient sous traitement hormonal masculinisant ou féminisant est à adapter selon le patient avec une fréquence de suivi augmentée s'il existe des comorbidités.

3. La chirurgie

Des études longitudinales⁴³ ont également démontré un effet bénéfique de la chirurgie de réassignation sexuelle sur : le bien être subjectif, l'aspect esthétique et la fonction sexuelle.

D'un point de vue éthique, le concept « primum non nocere » met en exergue le fait de modifier des structures anatomiques considérées comme normales et saines par cette chirurgie. Pour autant les études sur le sujet sont claires, les potentiels dommages induits par un refus d'accès à un traitement approprié peuvent renforcer la dysphorie de genre et leur détresse psychologique.

Il convient pour le chirurgien d'aborder les différentes techniques, les avantages et inconvénients de chacune d'entre elles, leurs complications, les résultats de chacune des techniques avec des photographies. Il doit obtenir après un délai, le consentement éclairé du patient et établir un plan de soins post opératoire.

Différents critères d'éligibilité pour les chirurgies ont été présentés par la WPATH.

Pour la mastectomie ou la chirurgie de poitrine masculine :

- La dysphorie de genre persistante et documentée,
- Capacité de consentement éclairé,
- Âge de la majorité dans le pays,
- Contrôle des autres problèmes présents médicaux et psychiatriques.

Pour l'augmentation mammaire : mêmes critères sus cités et une hormonothérapie d'au moins 12 mois pour maximiser la croissance des seins.

Pour la chirurgie génitale, (hystérectomie et/ou ovariectomie chez les FtM et orchidectomie chez les MtF) les mêmes critères que l'augmentation mammaire sont retrouvés sauf s'il existe des contre-indication au THS.

Pour la métaïdoïoplastie ou la phalloplastie chez les FtM et la vaginoplastie chez les MtF, on retrouve les mêmes critères que les autres chirurgies génitales avec en plus douze mois de vie dans le rôle de genre congruent à l'identité souhaitée.

Pour tous les médecins susceptibles d'intervenir dans un parcours de transition, il est nécessaire de favoriser le suivi post opératoire et d'assurer la continuité et la coordination des soins.

4. Santé de la reproduction

Avant de débiter un traitement hormonal et/ou chirurgical, il est nécessaire d'exposer aux patients les options possibles concernant la reproduction compte tenu de la diminution de la fertilité engendrée par ceux-ci. Peu d'études existent sur le sujet.

Pour les MtF, il est possible d'effectuer une cryo-préservation du sperme. S'il existe une azoospermie, une biopsie testiculaire suivie d'une cryoconservation peut être proposée.

Pour les FtM, une congélation des ovocytes voire des embryons est envisageable.

Ces options peuvent amener à recourir à des pratiques non autorisées en France comme la gestation pour autrui et ont un coût non négligeable si cela est pratiqué à l'étranger.

5. Santé et prévention globale

Le dépistage des différents cancers est un enjeu médical et psychosocial. Les soins uro-génitaux le sont également. Les soins gynécologiques sont à promouvoir avec leurs spécificités notamment chez les FtM sans chirurgie génitale où une atrophie vaginale sous THS peut rendre difficile et douloureux l'examen. Il faut également porter une attention particulière aux patients MtF où les chirurgies génitales avec raccourcissement de l'urètre favorisent les infections urinaires basses mais aussi les troubles fonctionnels urinaires.

6. Les troubles du développement sexuel

Les TDS (troubles du développement sexuel) correspondent à un développement atypique du système reproductif. Le DSM5 expose les TDS comme une sous-catégorie possible de la dysphorie de genre. Ce trouble peut être constaté dès la naissance et faire l'objet d'investigations médicales à visée diagnostique pour établir, après concertation avec la famille et les professionnels, un sexe biologique assigné au nouveau-né.

Certains de ces patients vont développer dans les suites une dysphorie de genre.

Certains critères pour l'instauration d'un traitement hormonal et/ou chirurgical diffèrent notamment sur l'âge et la durée d'expérience de vie. Les changements sont autorisés à n'importe quel âge.

E. Revendications des associations de personnes transidentitaires

Un rapport de la HAS² en date de novembre 2009 a été réalisé sur « la situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge médicale du transsexualisme en France ». À partir de ce rapport, une étude a été réalisée auprès de 119 personnes quant aux données manquantes et discutables. Parmi les participants, on retrouve 46% de transsexuels, 19% de membres d'associations, 19% de personnes non trans et 16% de professionnels de la santé. Différentes revendications ont été abordées.

L'utilisation par les professionnels de santé d'un vocabulaire adapté et non stigmatisant doit être faite comme ici le terme « transsexuel » jugé inadéquat car il renvoie l'identité de genre aux organes génitaux et à une chirurgie de réassignation sexuelle non obligatoire.

Il est également nécessaire de ne plus considérer la transidentité comme une pathologie mentale et de remettre en cause la nécessité d'un certificat psychiatrique pour initier un traitement hormono-chirurgical parfois.

Les données et les études sont peu nombreuses et les participants décrivent l'intérêt d'étudier la prise en charge des proches de patients trans mais aussi de traiter de la problématique de parentalité en cas de parcours de transition.

Il est évoqué de simplifier et de diminuer le coût financier des démarches lors d'un parcours de transition (social, juridique et médical).

Pour les questionnements de genre, il faudrait mettre à disposition des informations de qualité, objectives sans conflit d'intérêt sur « la transsexualité » et l'offre de soins.

Une meilleure acceptation de « la non-conformité de genre » dans notre société via des actions de lutte contre la discrimination et la transphobie est sollicitée parmi les personnes interrogées.

Il y est également demandé une meilleure protection juridique contre les discriminations dont les personnes trans peuvent être victimes.

Sur le plan des revendications de la prise en charge médicale, des consultations d'un plus grand nombre de professionnels de santé n'appartenant pas aux équipes pluridisciplinaires seraient nécessaires pour avoir un plus grand choix de son médecin

et son lieu de soins. Un manque de moyens du système de santé Français avec des délais de rendez-vous importants, des parcours de soins allongés, des recours à une auto-médication et à des chirurgies à l'étranger sont évoqués. Il est conseillé de chercher une approche plus centrée sur le patient avec une adaptation constante à sa demande.

Parmi les revendications retrouvées aussi dans les associations de patients, faire intervenir des personnes transidentitaires dans les décisions les concernant, dans l'éducation de la population ainsi que dans les équipes pluri-disciplinaires pour l'accompagnement des patients serait indispensable.

Enfin aborder la thématique de la transidentité dans les congrès internationaux pour informer des dernières avancées serait utile à une amélioration de la prise en charge des patients trans.

F. Rationnel de l'étude

La transidentité est une question adressée à l'ensemble de la médecine et de ses praticiens.

Face à une médiatisation de plus en plus présente des parcours de transition et de leurs difficultés, l'accompagnement des personnes transidentitaires est un enjeu.

Le médecin généraliste en tant que premier recours apparaît comme un interlocuteur potentiel dans un questionnement de genre. La relation de confiance privilégiée, entre le médecin généraliste et son patient, peut amener ce dernier à évoquer son souhait de transition. Le médecin généraliste est également le coordinateur de soins et donc potentiellement intégré dans un parcours de transition où les intervenants peuvent être multiples. Il semble donc intéressant d'étudier les prises en charge des patients transidentitaires par les médecins généralistes.

G. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de l'étude est de décrire la prise en charge des personnes transidentitaires par les médecins généralistes.

Les objectifs secondaires sont :

- Estimer la proportion de personnes transidentitaires accompagnés par les médecins généralistes au sein de leur patientèle,

- De déterminer si les médecins prenant en charge des patients transidentitaires ont des caractéristiques socio-démographiques particulières,
- Savoir si bénéficier d'une formation sur la transidentité influe sur la prise en charge des médecins généralistes,
- Décrire les comorbidités recherchées chez ces patients par les médecins généralistes.

MATERIELS ET METHODES

A. Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale, observationnelle, descriptive, quantitative de type enquête de pratique. Son but est d'analyser les pratiques professionnelles actuelles de prise en charge des patients transidentitaires par les médecins généralistes.

B. Population

La population étudiée dans l'étude regroupait 350 médecins généralistes exerçant une activité libérale dans la région des Hauts de France. La liste de ces médecins généralistes a été trouvée sur l'annuaire des pages jaunes avec pour recherche : « médecin généraliste » et « région Hauts-de-France » et un tirage au sort a été effectué de 350 médecins sur le logiciel excel.

Ces médecins ont été joints par téléphone avec un maximum de trois tentatives. Ces appels avaient pour but de leur présenter l'étude et de leur demander leur accord pour y participer en me transmettant leur adresse mail pour leur envoyer le lien du questionnaire. Les différentes données personnelles à type d'adresse mail et noms des médecins contactés seront supprimées dès la soutenance de thèse.

C. Mode de recueil de données

Le questionnaire a été créé sur limesurvey et le lien a été envoyé par mail aux médecins donnant leur accord avec une lettre d'information. Les réponses des participants étaient accessibles avec un accès sécurisé au document avec identifiant et mot de passe que moi seule détenais. Une relance a été effectuée par mail à un mois du premier envoi. Les données ont été recueillies entre le 02 février 2021 et le 07 avril 2021. Le 07 avril 2021, le questionnaire a été désactivé par la modalité « expiration » ne donnant plus accès au lien du questionnaire et permettant la sauvegarde des réponses.

D. Questionnaire utilisé

Le questionnaire, présenté en annexe 3, a été élaboré après l'étude de la littérature concernant la prise en charge des personnes transidentitaires.

Le questionnaire comprenait 22 questions :

- La première partie comprenait les données sociodémographiques des médecins participants,
- La deuxième partie traitait de la formation sur la transidentité,
- La troisième partie recensait le nombre de patients transidentitaires accompagnés,
- La quatrième partie interrogeait les pratiques cliniques concernant : le questionnement de genre, l'abord psychologique, le parcours de transition.

Parmi les questions, certaines ont été créées « en conditionnel », c'est-à-dire qu'elles étaient accessibles au répondeur si la réponse était positive à la précédente. Par exemple la question 6 « Posez-vous la question du genre à vos patients ? », si la réponse était « oui », les questions 7 et 8 étaient affichées.

Pour certaines des questions, des définitions de termes étaient apportées.

E. Méthode d'analyse statistique des données

Les variables qualitatives ont été décrites par la fréquence et le pourcentage.

Si les effectifs étaient suffisants, les variables qualitatives ont été comparées entre les groupes grâce à des tests Khi-Deux. En cas de non validité de ces tests (effectifs théoriques < 5), des tests exacts de Fisher ont été utilisés.

Une analyse des correspondances multiples (ACM) cherchant à identifier des profils de répondants (au niveau de l'âge et de l'expérience) par rapport à la formation sur la transidentité et le genre officiel donné au patient a été lancée.

Le seuil de significativité a été fixé à 0.05. Les analyses ont été réalisées par le logiciel R version 3.6.2.

F. Aspects légaux

Un accord auprès de la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) a été demandé avant l'activation du questionnaire et obtenu après modification d'une question concernant l'âge des participants avec une réponse par tranche afin de préserver leur anonymat. Les modalités de conservation des données ont été précisées et il a été convenu que le tableur excel comprenant noms, numéro de téléphone et adresse mail des médecins participants serait supprimé dès la soutenance de thèse. Le récépissé de cet accord a été intégré à l'annexe 2 et porte le numéro 2020-206.

RESULTATS

A. Population

1. Critères d'inclusion et d'exclusion à l'étude

Parmi les médecins généralistes exerçant dans la région Hauts-de-France retrouvés sur les pages jaunes, 350 praticiens ont été tirés au sort. 54 d'entre eux ont été exclus de l'étude. En effet, certains n'avaient pas de pratique de médecine générale : deux gynécologues, trois médecins esthétiques, six médecins vasculaires, quatre allergologues, un ophtalmologue, deux médecins du sport, deux ostéopathes, un acupuncteur, et neuf praticiens hospitaliers. Ensuite six d'entre eux étaient retraités, deux étaient en arrêt maladie pour une durée indéterminée et une en congé maternité. Enfin quinze ne répondaient pas aux critères d'inclusion à l'étude puisque cinq n'avaient pas de numéro attribué et dix ne pouvaient pas être contactés par téléphone avec une prise de rendez-vous uniquement sur internet.

Le nombre de sujets inclus était donc de 296.

2. Les refus de participation

Le nombre de refus de participation à l'étude était de 167 soit un taux de 56,4%. Parmi les causes de ce refus, seize médecins exprimaient un manque de temps et deux praticiens déclaraient avoir déjà de nombreux questionnaires en cours. Trente et un d'entre eux ont refusé par manque d'expérience sur le sujet et cinquante-sept parce qu'ils n'avaient pas de personnes transidentitaires au sein de leur patientèle. Sept médecins n'ont pas donné de raison. Enfin cinquante-deux médecins n'ont pas donné suite après transmission par leur secrétariat et deux par leur remplaçant.

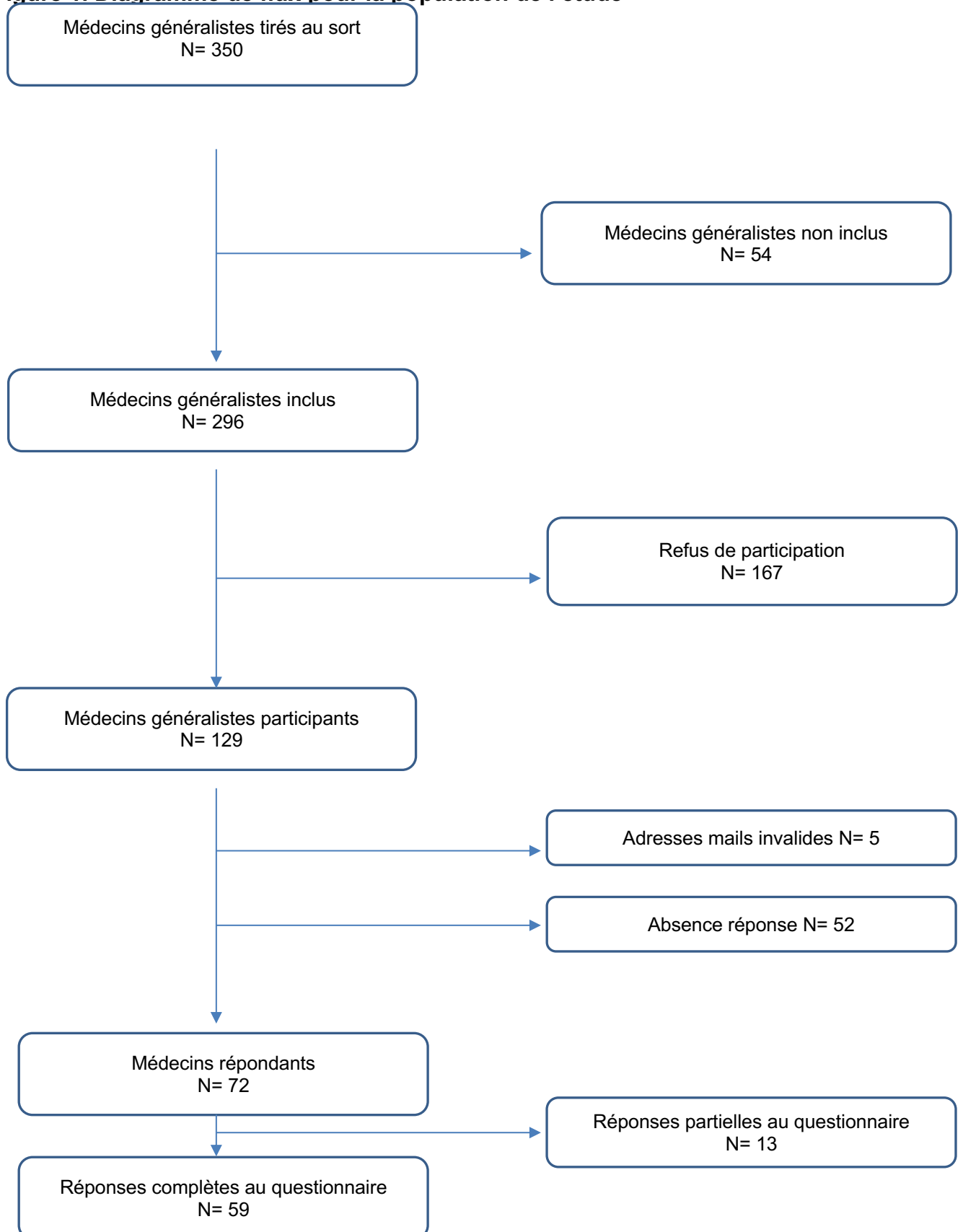
3. Le nombre de réponses recueillies

129 médecins ont accepté de me transmettre leur adresse mail pour l'envoi du lien du questionnaire. Parmi ces médecins, cinq avaient transmis une adresse mail introuvable et cinquante-deux n'ont pas répondu. Le nombre de médecins généralistes ayant répondu était de 72. Parmi ces médecins répondants, treize ont répondu

partiellement au questionnaire et leurs données n'ont donc pas été prises en compte.

Au total, 59 médecins ont donc répondu entièrement au questionnaire.

Figure 1. Diagramme de flux pour la population de l'étude



4. Les critères sociodémographiques des participants

Parmi les 59 médecins généralistes ayant répondu au questionnaire, 52,5% étaient des hommes et 47,5% des femmes. 66% des répondants avaient moins de 56 ans. Parmi les médecins, 47,5% étaient installés depuis moins de 10 ans et 39% depuis plus de 20 ans. Les caractéristiques étudiées de la population sont présentées dans le tableau 1.

Tableau 1. Caractéristiques de la population

Paramètre	Modalité	Global N=59
Quel âge avez-vous ?	< 35ans	11 (18.6%)
	35 à 45ans	18 (30.5%)
	46 à 55ans	10 (16.9%)
	56 à 65ans	16 (27.1%)
	> 65ans	4 (6.8%)
Quel est votre genre ?	Femme	28 (47.5%)
	Homme	31 (52.5%)
Depuis combien d'années êtes-vous installé ?	<10 ans	28 (47.5%)
	10-20 ans	8 (13.5%)
	>20 ans	23 (39%)

B. Formation sur la transidentité

53 participants soit 89,8 % n'ont pas pu bénéficier d'une formation concernant la transidentité.

C. Patientèle transidentitaire

31 des médecins participants soit 52,5% n'ont pas accompagné de personne transidentitaire depuis leur installation. 26 d'entre eux soit 44,1% ont pris en charge entre un à dix patients transidentitaires et 2 médecins soit 3,4% en ont accompagné plus de dix.

D. Pratique clinique

1. Le questionnement de genre et d'orientation sexuelle

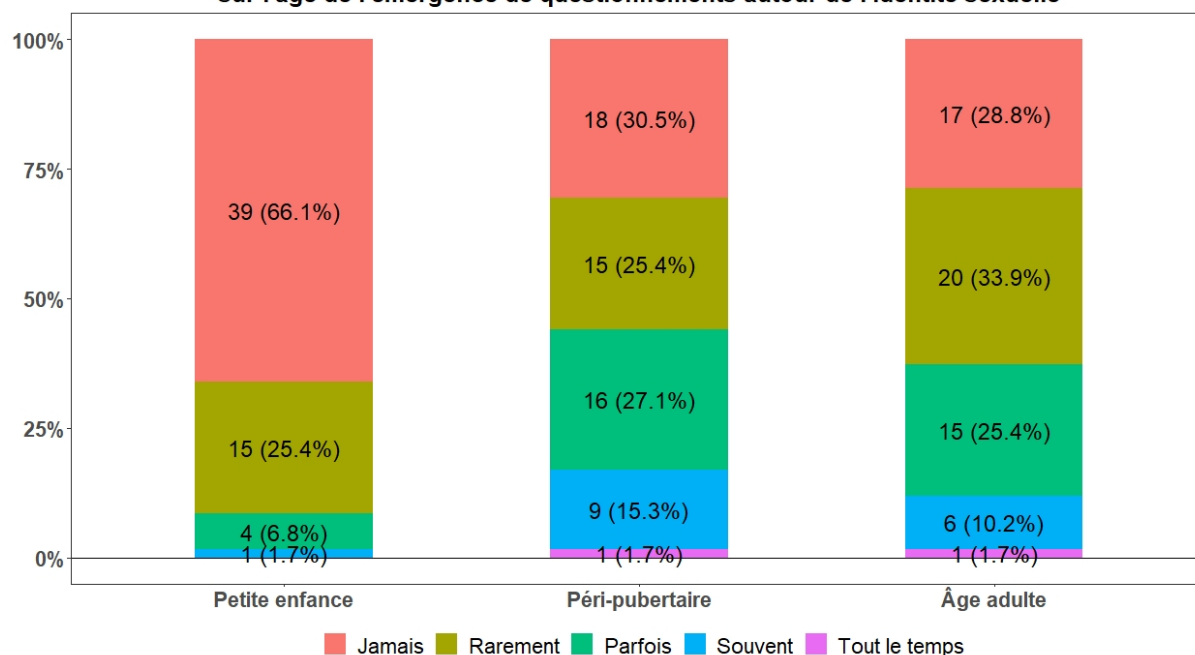
54 des répondants soit 91,5% ne questionnent pas leur patient sur leur genre. Pour ceux posant la question du genre (5 médecins correspondant à 8,5% de la totalité des répondants), 80% ne le font « jamais » ou « rarement » lors d'un premier contact. En dehors d'un premier contact, 60% d'entre eux le font « rarement » et 40% le font « parfois ».

Dans l'exercice de leur pratique, 54,2% soit 32 répondants définissent le genre de leur patient comme celui de leur état civil, 33,9% soit 20 médecins l'attribuent selon le vécu de celui-ci et 11,9% soit 7 participants évitent de poser un genre à leur patient.

Pour les médecins ayant au moins un patient transidentitaire (47,5% soit 28 médecins), le questionnement de leur orientation sexuelle est fait chez la moitié d'entre eux.

Pour l'âge des patients concernant l'émergence de questionnement autour de son identité de genre, la petite enfance est « jamais » ou « rarement » constatée à 91,5%. En péri-puberté, le questionnement est « jamais » à 30,5%, « rarement » à 25,4%, « parfois » à 27,1%, « souvent » à 15,3%. A l'âge adulte, le questionnement est « jamais » pour 28,8% des médecins, « rarement » pour 33,9%, « parfois » pour 25,4%, « souvent » pour 10,2%.

**Répartition des 59 répondants selon les réponses aux questions
sur l'âge de l'émergence de questionnements autour de l'identité sexuelle**



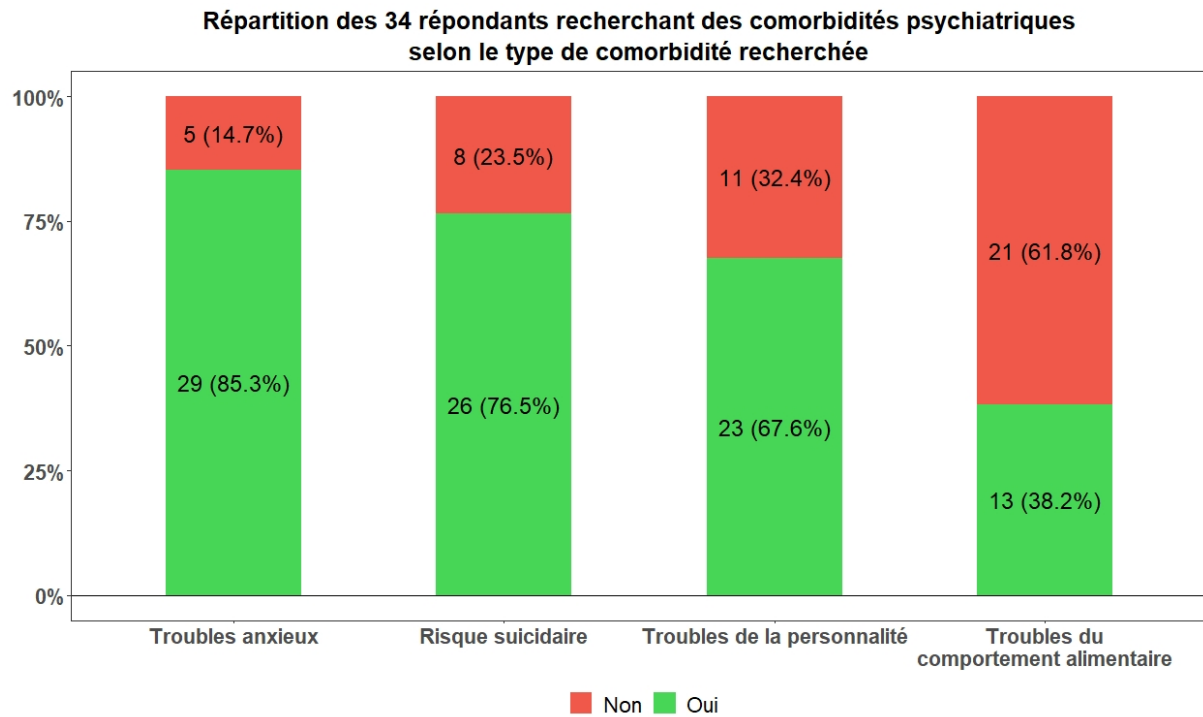
2. Les comorbidités psychiatriques

L'utilisation des critères du DSM5 dans le diagnostic de dysphorie de genre est faite par un médecin.

Les comorbidités psychiatriques chez un patient en questionnement de genre sont recherchées par 57,6% d'entre eux soit 34 médecins.

Parmi ces comorbidités psychiatriques chez les médecins répondants (soit 34 personnes), le risque suicidaire est recherché à 76,5%, des troubles anxieux à 85,3%, des troubles du comportement alimentaire à 38,2%, des troubles de personnalité à 67,6%. Pour les autres comorbidités renseignées librement par les médecins :

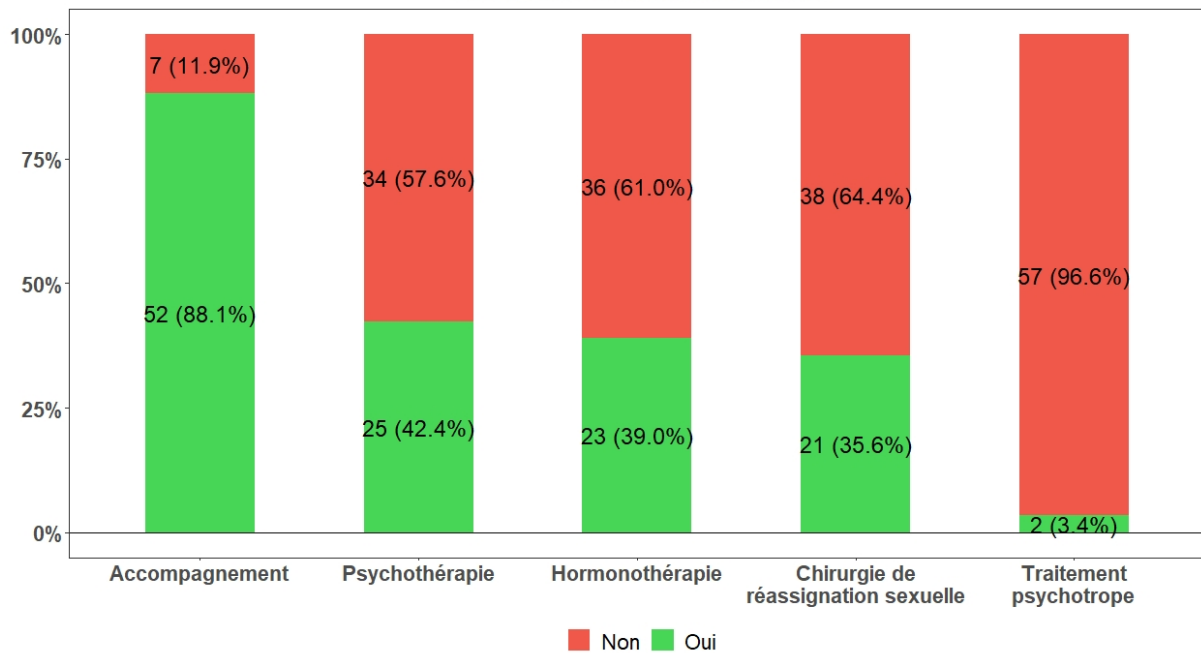
syndrome dépressif pour 3 médecins a été écrit.



3. Le parcours de transition d'un patient transgenre

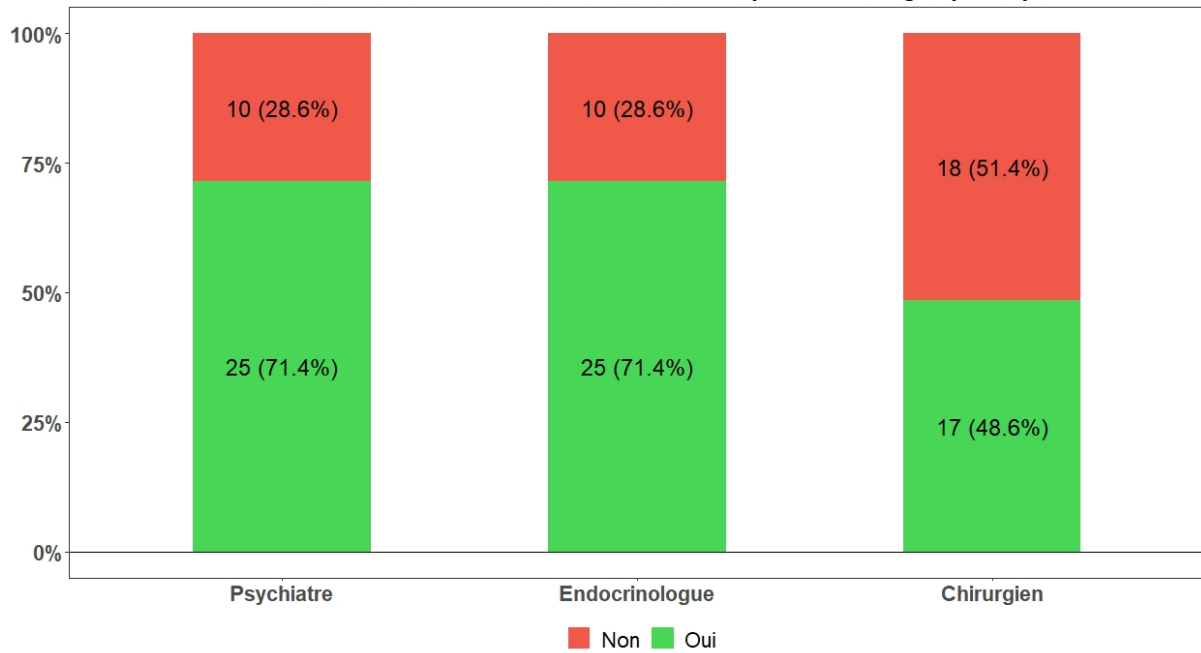
Concernant la prise en charge, lors d'un parcours de transition, d'un trouble de l'identité de genre : 88,1% des médecins proposent un accompagnement, 42,4% pensent à une psychothérapie, 3,4% pensent à un traitement psychotrope, l'hormonothérapie peut être utilisée pour 39% d'entre eux, la chirurgie de réassignation peut intervenir dans la prise en charge pour 35,6%. 7 médecins précisent : « en fonction de la souffrance du patient », « en fonction de sa demande » à deux reprises, « de ses besoins », « multidisciplinarité », « recherche étiologique avec prise en charge en conséquence », « ne pas savoir ».

Répartition des 59 répondants sur la prise en charge d'un trouble de l'identité sexuelle



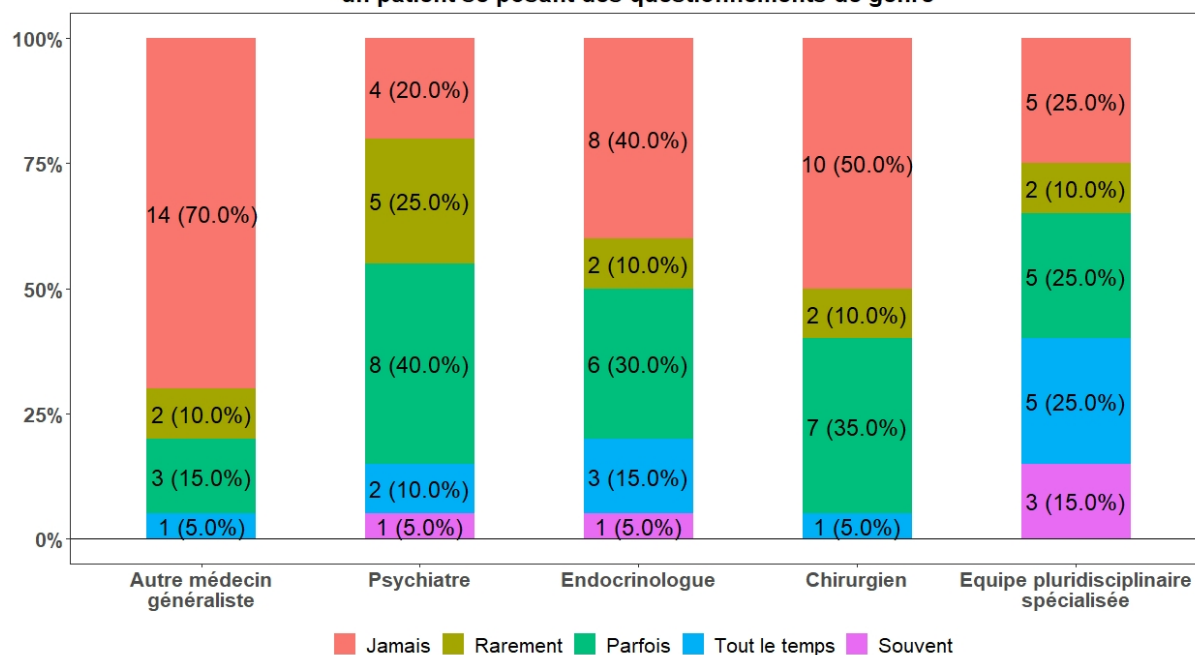
Concernant les intervenants possibles dans une prise en charge d'un trouble de l'identité de genre : 59,3% des médecins soit 35 pensent que cela relève d'une prise en charge spécifique. Le recours à un psychiatre chez ces 35 médecins est envisagé pour 71,4% d'entre eux, l'endocrinologue pour 71,4%, un chirurgien pour 48,6%. 11 médecins ont proposé d'autres intervenants : « l'équipe pluridisciplinaire/spécialisée » chez 6 médecins, « un médecin généraliste » pour 2 d'entre eux, un « psychologue », un « sociologue », « selon besoin ».

Répartition des 35 répondants estimant que la prise en charge d'un trouble de l'identité sexuelle relève d'une prise en charge spécifique



Parmi les médecins répondants, 20 sur les 28 médecins ayant au moins un patient transidentitaire ont adressé un patient ayant un questionnement de genre à des confrères. Cela représente donc 71,4% des répondants. Voici le graphique des confrères pouvant être sollicités :

Répartition des 20 répondants adressant à un confrère un patient se posant des questionnements de genre



Pour les réponses libres, 4 médecins ont précisé : « psychologue », « psychologue/sexologue », « sexologue », « dermatologue, orthophoniste, kinésithérapeute ».

Parmi les 28 médecins ayant au moins un patient transidentitaire, 20 d'entre eux soit 71,4% réévaluent le traitement hormonal de leur patient dans un contexte de transition. Des ajustements thérapeutiques sont réalisés « parfois » par 7 d'entre eux, « souvent » par 2 d'entre eux, « rarement » par 3 et « jamais » par 8 médecins.

4. Profil des médecins ayant une patientèle transidentitaire

Il n'a pas été mis en évidence de différence significative entre les différents groupes de médecins selon leurs critères socio-démographiques (âge, genre, durée d'installation) et le nombre de personnes transidentitaires accompagnées.

Croisement des caractéristiques socio-démographiques avec le fait d'avoir accompagné des personnes transidentitaires

Paramètre	Modalité	Avez-vous accompagné des personnes transidentitaires depuis le début de votre installation ?		
		Oui N=28	Non N=31	pvalue
Depuis combien d'années êtes-vous installé ?	<10 ans	11 (39.3%)	17 (54.8%)	0.48
	10-20 ans	4 (14.3%)	4 (12.9%)	
	>20 ans	13 (46.4%)	10 (32.3%)	
	Données manquantes	0	0	
Quel âge avez-vous ?	< 35ans	4 (14.3%)	7 (22.6%)	0.96
	35 à 45ans	9 (32.1%)	9 (29%)	
	46 à 55ans	5 (17.9%)	5 (16.1%)	
	56 à 65ans	8 (28.6%)	8 (25.8%)	
	> 65ans	2 (7.1%)	2 (6.5%)	
	Données manquantes	0	0	
Quel est votre genre ?	Femme	15 (53.6%)	13 (41.9%)	0.37
	Homme	13 (46.4%)	18 (58.1%)	
	Données manquantes	0	0	

5. Diagnostic de dysphorie de genre et formation sur la transidentité

Il n'a pas été mis en évidence de différence significative entre les groupes avec ou sans formation sur la transidentité concernant l'utilisation des critères du DSM5 pour le diagnostic de dysphorie de genre.

Croisement de l'utilisation des critères DSM5 et la formation sur la transidentité

Paramètre	Modalité	Utilisez-vous les critères diagnostiques du DSM5 pour la dysphorie de genre ?	
		Non N=58	Oui N=1
Avez-vous eu une formation concernant la transidentité ?	Non	52 (89.7%)	1 (100%)
	Oui	6 (10.3%)	0 (0%)
	Données manquantes	0	0

6. La recherche de comorbidités psychiatriques

Le croisement des « données socio-démographiques » des médecins participants et la « recherche de comorbidités psychiatriques » n'a pas donné de résultat statistiquement significatif.

Croisement des caractéristiques socio-démographiques avec la recherche de comorbidités psychiatriques

Paramètre	Recherchez-vous des comorbidités psychiatriques chez un patient se questionnant sur son identité sexuelle ?			
	Modalité	Oui N=34	Non N=25	pvalue
Depuis combien d'années êtes-vous installé ?	<10 ans	15 (44.1%)	13 (52%)	0.63
	10-20 ans	6 (17.6%)	2 (8%)	
	>20 ans	13 (38.2%)	10 (40%)	
	Données manquantes	0	0	
Quel âge avez-vous ?	< 35ans	7 (20.6%)	4 (16%)	0.60
	35 à 45ans	11 (32.4%)	7 (28%)	
	46 à 55ans	7 (20.6%)	3 (12%)	
	56 à 65ans	8 (23.5%)	8 (32%)	
	> 65ans	1 (2.9%)	3 (12%)	
	Données manquantes	0	0	
Quel est votre genre ?	Femme	19 (55.9%)	9 (36%)	0.13
	Homme	15 (44.1%)	16 (64%)	
	Données manquantes	0	0	

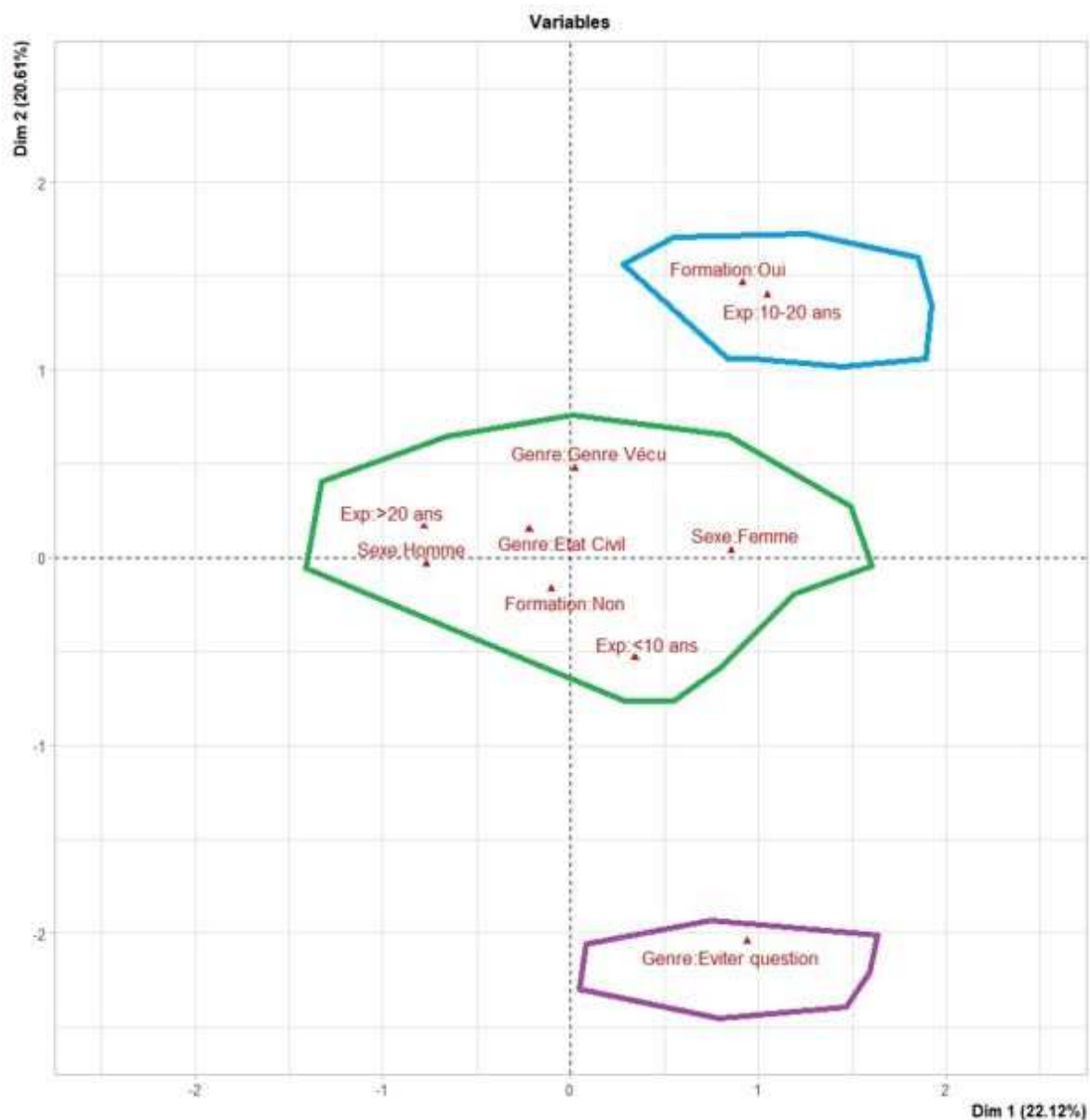
7. Ajustements thérapeutiques du THS et formation sur la transidentité

Le croisement des données entre « ajustements thérapeutiques du THS » et « formation sur la transidentité » n'a pas donné de résultat statistiquement significatif.

Croisement de l'ajustement thérapeutique avec la formation transidentitaire

Paramètre	Lorsque vous suivez un patient sous traitement hormonal dans un contexte de transition sexuelle, réévaluez-vous celui-ci ?			
	Modalité	Oui N=20	Non N=8	pvalue
Avez-vous eu une formation concernant la transidentité ?	Non	15 (75%)	8 (100%)	0.31
	Oui	5 (25%)	0 (0%)	
	Données manquantes	0	0	

8. Le questionnement de genre et profil des médecins participants



Une analyse des correspondances multiples pour rechercher si éviter le questionnement de genre était associé à des caractéristiques des participants comme le genre, la durée d'installation et le bénéfice d'une formation sur la transidentité a été réalisée.

Les répondants évitant la question du genre représentés dans le groupe violet sont différents du groupe bleu qui regroupent les personnes ayant une formation sur la transidentité et une durée d'installation entre 10 et 20 ans pouvant être statistiquement significatifs comme n'évitant pas le questionnement de genre.

Par contre, les autres répondants situés dans le groupe vert étant au centre du graphique, on ne peut pas conclure de façon significative.

Ce graphique regroupe 22,12%+ 20,61% soit 42,73% des informations totales disponibles.

DISCUSSION

L'objectif principal de cette étude était de décrire la prise en charge des personnes transidentitaires par les médecins généralistes.

A. Limites de l'étude

1. Représentativité de la population

L'étude est limitée par le nombre de refus de participation initiale qui était de 167 sujets soit 56,4% des médecins contactés. Elle est ensuite limitée par le taux de non-répondants qui était de 40,3%.

Parmi les médecins répondants, 13 n'ont pas répondu totalement au questionnaire et ont été exclu de l'étude correspondant à un biais de non-réponse.

Les médecins contactés exerçaient en région Hauts-de-France limitant la représentativité à l'ensemble du territoire français.

Pour ce qui est de l'âge des participants, il semblerait qu'il soit plus bas que la moyenne d'âge des médecins généralistes français qui est de 56,2 ans en 2020 lors du dernier rapport démographique²⁴ du conseil national de l'ordre des médecins. La proportion de femmes dans les participants semble supérieure de 2,5% à la moyenne française.

L'étude inclus des médecins généralistes installés et ne prend donc pas en compte les médecins remplaçants. Pourtant lors d'échanges téléphoniques avec certains d'entre eux, il semblerait qu'ils sont également amenés à prendre en charge des patients transidentitaires.

2. Biais de sélection

Le tirage au sort des médecins contactés pour l'étude permet de minimiser les biais de sélection. Pourtant il est possible que les médecins répondants soient plus intéressés par le sujet de l'étude ce qui correspond à un biais de volontariat.

3. Biais méthodologique

Le taux de médecins n'ayant pas répondu complètement au questionnaire était de 18%. Cela peut orienter vers un défaut de formulation des questions. De même, l'utilisation de conditions pour l'ouverture à certaines questions entraîne une réduction des effectifs et une sélection des médecins répondants.

4. Biais de déclaration

Comme beaucoup d'études, un sujet interrogé peut inconsciemment orienter ses réponses pour « plaire » ou répondre à des normes sociales en vigueur ou ici à des recommandations de bonne pratique. L'anonymisation des réponses permet de limiter ce sentiment chez le médecin participant mais le questionnaire en ligne peut lui, être source de doute sur cet anonymat.

5. Type d'étude

L'étude quantitative a été choisie pour explorer les prises en charges des médecins généralistes. Au vu des effectifs, une étude qualitative aurait pu être envisageable mais se serait limitée à des médecins accompagnant des personnes transidentitaires et non la population globale des médecins généralistes des Hauts-de-France. De même, le questionnaire a été réalisé pour permettre à l'ensemble des médecins d'y participer mais l'interprétation des statistiques prend donc en compte les réponses de médecins n'accompagnant pas de personne transidentitaire. Ce phénomène a pu être limité par les questions conditionnelles. L'étude qualitative aurait pu permettre d'explorer les difficultés ressenties par les médecins généralistes dans leur accompagnement et donc de proposer des pistes d'amélioration.

B. Les résultats

1. Formation sur la transidentité

La majeure partie des médecins répondants n'a pas pu bénéficier de formation sur la transidentité puisque seulement 6 des 59 participants ont répondu positivement.

Les formations possibles sur cette thématique sont peu nombreuses et interviennent essentiellement à la fin du DES de médecine générale. Il a été retrouvé des Diplômes universitaires (DU) traitant de la prise en charge de la transidentité avec notamment les bonnes pratiques médicales face à un patient trans. Cet enseignement se déroule sur une année universitaire avec un volume global de 80 heures. OTrans est une association nationale proposant des ateliers de formation à l'accueil de personnes trans et de sensibilisation sur le sujet mais ne fait pas partie des formations « officielles » avec un contenu pouvant être moins exhaustif notamment sur l'hormonothérapie.

De même, les stages lors du premier et second cycles prenant en charge des patients transidentitaires sont peu nombreux.

Les études ⁴⁵ concernant la santé des médecins généralistes en ville, suggèrent un épuisement professionnel d'une prévalence de 3-4% avec une représentativité discutable puisque le taux de réponse est faible à 20%.

De même l'ARS³⁴, a étudié le temps de travail chez 3 300 praticiens. La moyenne est de 54h par semaine dont 2h par semaine dédiées aux activités autres que les consultations. 60% des répondants déclaraient que leur temps de travail était en adéquation avec leur mode de vie.

On peut donc imaginer que face à une demande de soins croissante et une charge de travail déjà conséquente, s'engager dans une formation chronophage peut sembler difficile. De plus la faible prévalence de patients transidentitaires au sein de la patientèle, peut constituer un frein à cet investissement alors jugé « faiblement rentable ».

2. Patientèle transidentitaire

Les médecins accompagnant depuis leur installation au moins un patient transidentitaire représentent 47,5% des répondants dans notre étude.

Dans la région Hauts-de-France, la moyenne du nombre de patients déclarés par médecin traitant est de 1974 en 2019 d'après un communiqué de l'assurance maladie³⁵.

Le nombre de patients transidentitaires estimé en France est peu étudié. La

représentativité des études sur l'incidence et la prévalence des patients transidentitaires est très discutée. De nombreuses études se basent en effet sur les données de personnes transgenres avec dysphorie en demande de transition médicale. Ainsi en 2007, une synthèse⁴⁵ de dix études réalisées au sein de huit pays estimait le taux de prévalence de 1 :11 900 à 1 :45 000 pour les MtF et 1 : 30 400 à 1 :200 000 pour les FtM. Des études plus récentes⁴⁶ notamment au Royaume Uni en 2009 concluaient à une demande de soins croissante c'est-à-dire doublant tous les 4 à 5 ans.

Il est donc difficile de conclure sur cette thématique. Il convient de rappeler que le taux de refus de participation de l'étude est élevé à 56,4% avec 34,1% d'entre eux qui déclaraient ne pas avoir de patient transidentitaire.

Le pourcentage ici élevé de médecins accompagnant des patients transidentitaires peut donc s'expliquer par : un manque d'estimation récente claire de la prévalence des personnes transidentitaires dans la population et le biais de sélection avec une participation probablement plus élevée de médecins prenant en charge des patients transidentitaires.

3. Le questionnement de genre en consultation

Seuls 8,5% des médecins ont déjà questionné des patients sur leur genre et le genre de l'état civil est celui le plus utilisé en consultation de médecine générale (par 54,2% des médecins).

L'ACM effectuée montre que les médecins ayant une formation sur la transidentité sont plus susceptibles d'aborder le questionnement de genre. Ce résultat est à nuancer compte tenu des faibles effectifs de l'étude. La formation a sans doute sensibilisé les médecins sur la problématique du genre. En effet, les différents programmes des formations « officielles » abordent cette problématique du genre.

Le rapport au genre est une construction culturelle évoluant dans les différentes périodes de l'Histoire. Une des revendications des patients transgenres³⁶ ou de genre non conforme est une analyse des normes associées au genre. De plus en plus de variabilités de genre sont décrites mais restent peu ou mal connues. Rappelons que l'utilisation d'un vocabulaire adapté est avancée comme piste d'amélioration à la prise en charge des patients trans dans le rapport de l'HAS. Il en

est de même dans notre discipline dont l'un des principes communicationnels est l'utilisation de termes adaptés.

Le questionnement de genre apparaît donc comme une problématique avec peu de visibilité et surtout s'inscrivant dans notre société où les normes du genre sont bien enracinées.

Concernant la question sur l'âge d'émergence des questionnements autour de l'identité sexuelle constaté par les médecins, les résultats sont disparates. La petite enfance n'est jamais rapportée par 66,1% des répondants. L'âge péri pubertaire l'est jamais pour 30,5% des cas et parfois pour 27,1% des médecins. L'âge adulte l'est rarement pour 33,9% des médecins. Cette question était posée à l'ensemble des médecins y compris ceux n'ayant pas de patient transidentitaire pouvant expliquer l'absence de résultat plus significatif.

Peu d'études récentes épidémiologiques existent sur cette thématique. La WPATH décrit une phénoménologie, une trajectoire développementale et des approches thérapeutiques différentes de la dysphorie de genre chez les enfants, les adolescents et les adultes. Il a été constaté qu'à partir de l'âge de 2 ans, des traits pouvant évoquer une dysphorie de genre, pouvaient être exprimés. L'intensité et l'expression semblent très variables. La dysphorie de genre exprimée dans l'enfance ne semble pas toujours persister à l'âge adulte et semble en lien avec une orientation sexuelle pour le même sexe. En effet, des études longitudinales^{48,49} chez les enfants pré pubères réalisées montrent 6 à 23% de persistance de dysphorie de genre à l'âge adulte pour les garçons et 12 à 27% pour les filles. Le ratio garçon/fille est de 6 :1 à 3 :1 soit plus de garçons chez les enfants dysphoriques de moins de 12 ans. Les études suggèrent qu'une forte non-conformité de genre dans l'enfance est associée à la persistance d'une dysphorie de genre à l'adolescence et l'âge adulte. Chez les adolescents, une étude longitudinale⁴⁷ de 70 sujets ayant un diagnostic de dysphorie de genre et un traitement bloqueur de la puberté a été réalisée. Tous semblent avoir poursuivi leur parcours de transition. Le ratio garçon/fille était de 1 :1. Pour beaucoup d'adolescents ou d'adultes souffrant de dysphorie de genre, aucun signe n'était rapporté lors de la petite enfance.

Chez ces enfants et adolescents, il existe une fréquence élevée de troubles anxieux, dépressifs⁵⁰, voir du spectre autistique⁵¹ et des troubles oppositionnels chez les adolescents.

Ces différentes données orientent vers un âge d'émergence de questions autour du genre très difficile à appréhender. Cependant, certains signes cliniques (sus-cités) pouvant être la conséquence d'une dysphorie de genre, peuvent être repérés par les médecins aux différents âges. Des équipes spécialisées pour la prise en charge de ces enfants ou adolescents existent et leur orientation par le médecin généraliste pourrait être une piste pour limiter le développement d'une dysphorie de genre.

4. Diagnostic de dysphorie de genre

L'utilisation des critères DSM5 pour la dysphorie de genre n'est réalisée que par un seul médecin.

La dysphorie de genre est une complication de la transidentité. Elle peut être présente à différents moments de la vie et de manière inconstante. Sa prévalence en population générale est faible comme déjà dit.

La classification des troubles mentaux par le DSM5 fait l'objet de débats notamment en appliquant des normes à des symptômes cliniques sans tenir compte de l'approche globale du patient. De plus, l'évolution des définitions apportées par le DSM de l'APA et la CIM de l'OMS peut être à l'origine de confusions. En effet, les termes « travestissement », « transsexuel » faisaient partie du chapitre des déviations sexuelles au sein du DSM 2 (1968) et de la CIM 9 (1975), où l'on retrouvait également « l'homosexualité ». La CIM 10 (1990) et le DSM4 (1994) ont changé ces termes sources de stigmatisations pour « trouble de l'identité de genre » appartenant au chapitre « troubles du comportement et de la personnalité de l'adulte ». Le DSM5 (2013) fait apparaître la notion de « dysphorie de genre » où seule la souffrance générée par l'inadéquation entre sexe de naissance et l'identité de genre est reconnue comme pathologique avec des critères diagnostiques détaillés. La CIM11 (2018) aborde la question dans le chapitre « santé sexuelle » et sous le terme de « incongruence de genre ».

Ces éléments peuvent expliquer un frein à l'utilisation des critères DSM5 pour le diagnostic de dysphorie de genre par les médecins généralistes.

5. Les comorbidités psychiatriques chez les personnes trans

La plus grande partie des répondants soit 57,6% semble rechercher des comorbidités psychiatriques chez les patients se questionnant sur leur identité de genre.

Une étude⁸ a été réalisée au CHRU de Lille auprès de patients accueillis en consultation au sein du dispositif Transidentité. Cette structure a été créée en janvier 2016 et comprend de multiples spécialistes permettant l'évaluation diagnostique de dysphorie de genre et l'accompagnement de parcours de transition. 43 patients ont été inclus dans l'étude avec une dysphorie de genre, un âge entre 15 et 25 ans et étant en demande d'accompagnement. Le diagnostic de dysphorie de genre a été établi à partir des critères du DSM5 et les éventuelles autres pathologies psychiatriques par des critères de la CIM10. 72,1% des patients ont au moins une comorbidité psychiatrique associée à la dysphorie de genre. 34,9% d'entre eux ont présenté des symptômes de dépression, 14% des symptômes d'anxiété et 9,3% des troubles de l'adaptation. Chez cette population jeune étudiée, un lien a été démontré entre l'existence de ces comorbidités et le statut professionnel et/ ou social pouvant mettre en évidence des hypothèses de difficultés d'intégration, relationnelles voire de stigmatisations.

Une autre étude européenne¹³ a été réalisée entre janvier 2007 et octobre 2010 auprès de 305 individus ayant un trouble de l'identité de genre (utilisation des critères DSMIV). Il s'agissait de patients adultes ayant entamé un parcours de transition au sein de 4 cliniques situées à Oslo pour la Norvège, à Gand pour la Belgique, à Amsterdam pour les Pays Bas et à Hambourg pour l'Allemagne. 60% des patients présentaient des troubles affectifs, 28% des troubles anxieux, 30% un risque suicidaire et enfin 15% de troubles de personnalité (chiffre semblable à la population générale pour les troubles de personnalité). Les comorbidités anxio-dépressives semblent donc fréquentes chez cette population.

Dans notre étude, cette question est posée à l'ensemble des participants y compris ceux n'ayant pas de patient transidentitaire pouvant expliquer ce chiffre. Ce qui semble intéressant est d'interroger les patients sur leur intégration sociale, familiale et professionnelle afin de repérer d'éventuels facteurs de risque à des troubles anxio-dépressifs.

6. Le questionnement sur l'orientation sexuelle

Les 28 médecins accompagnant au moins un patient transidentitaire questionnent ces personnes sur leur orientation sexuelle pour 50% d'entre eux.

Une étude qualitative³⁷ publiée dans la revue « exercer » en 2020 traitait de l'abord de l'orientation sexuelle par les médecins généralistes. Elle incluait 11 praticiens de la région Hauts-de-France entre 2017 et 2018. Ces médecins généralistes déclaraient avoir des difficultés à aborder l'orientation sexuelle de leurs patients avec comme principaux freins : le temps de consultation, les connaissances sur le sujet, les craintes et représentations vis-à-vis des patients. L'utilisation de questions ouvertes était une des solutions comme « Avez-vous un, une ou des partenaires sexuel(le)s ? ».

Une revue critique¹² de la littérature internationale sur les infections VIH et IST dans les populations « trans » a été réalisée. Elle regroupait 124 articles publiés entre 1986 et 2008 et référencés sur Pubmed. Cette synthèse¹⁴ permettait surtout de mettre en évidence qu'au sein de la population trans certains facteurs de risques aux IST étaient décrits comme : l'appartenance à une minorité ethnique, la migration internationale, la précarité et le travail sexuel.

S'intéresser à l'orientation sexuelle des patients transidentitaires ne semble pas suffisant. Intégrer cette donnée dans l'environnement socio-économique du patient pourrait être plus judicieux.

Le questionnement de l'orientation sexuelle peut amener à aborder la santé sexuelle de cette population pouvant être problématique. La santé sexuelle définie par l'OMS correspond à : « état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité qui ne se résume pas à l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui sont sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, de discrimination ou de violence. Pour que la santé sexuelle soit réalisée et préservée, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et satisfaits. ». Une grande majorité des LGBT souhaiterait communiquer librement avec leur médecin sur leur orientation sexuelle et/ou de leur identité de genre. Les principaux freins sont la peur de jugements, la peur d'une

moindre qualité de soins. Certains témoignages de personnes transidentitaires³⁶ mettent en évidence un rapport à leurs corps difficile, parfois un sentiment de honte en lien avec ce ressenti d'une « non-conformité de genre ». Ils décrivent parfois des périodes de désintérêt total pour leurs organes génitaux rendant difficile leur épanouissement sexuel. Le recours à un sexologue cité dans notre étude semble en adéquation avec ce constat.

7. Opinions des médecins sur les intervenants dans un parcours de transition chez les patients transidentitaires

a. Outils dans le parcours de transition

Les médecins ont proposé : la psychothérapie à 42,4%, le traitement psychotrope à 3,4%, l'hormonothérapie à 39%, la chirurgie de réassignation sexuelle à 35,6%. Les réponses libres étaient intéressantes car elles précisaient qu'il était difficile de répondre, que cela relève d'une de ces propositions de façon systématique mais que cela dépendait des demandes du patient et de sa souffrance.

Les médecins étaient donc en cohérence avec une approche centrée sur le patient.

b. Intervenants dans le parcours de transition

Une prise en charge spécifique était retrouvée pour 59,3% des répondants. Le psychiatre et l'endocrinologue étaient des intervenants dans cette prise en charge pour 71,4% des médecins. Le chirurgien pouvait intervenir pour 48,6% des médecins.

Les réponses libres apportées par 11 des médecins soit 18,6 % des répondants précisaient les équipes pluridisciplinaires et spécialisées dans le domaine.

c. Confrères contactés lors d'un questionnement de genre

20 des 28 médecins accompagnant au moins un patient transidentitaire ont adressé leurs patients trans à un confrère soit 71,4% d'entre eux.

Une thèse qualitative²⁶ a été réalisée en avril 2019, auprès de dix personnes

transidentitaires, par des entretiens semi dirigés afin d'évaluer la place des médecins généralistes dans leur parcours de soins. La médecine générale était envisagée comme pouvant permettre un accès aux soins facilité ainsi qu'un premier maillon pour orienter le patient dans un parcours de transition. Une demande d'investissement dans celui-ci était jugée nécessaire pour une prise en charge globale et « centrée patient ».

8. Réévaluation du traitement hormonal lors d'une transition

Les médecins accompagnant des patients transidentitaires réévaluent en majorité le traitement hormonal de leur patient pour 71,4% d'entre eux.

Il semblerait donc que les médecins de l'étude accompagnant les patients transidentitaires soient sensibilisés au recours d'une hormonothérapie et à sa réévaluation. Cela correspond donc aux SDS proposés par la WPATH¹.

Les personnes transidentitaires seraient intéressées²⁶ par un investissement des médecins généralistes dans le domaine pour permettre un accès à l'hormonothérapie plus simple et diminuer le recours à une auto-médication.

C. Perspectives de l'étude

Compte tenu de la sous-estimation probable du nombre de personnes transidentitaires, des délais de consultation et de prise en charge jugés trop longs par cette patientèle, le recours au médecin généraliste peut s'envisager comme une solution.

Une formation sur le sujet qui gagne en médiatisation et en demande pourrait être une solution pour améliorer l'accompagnement de ces patients et surtout l'aisance des médecins généralistes sur le sujet. La présentation du sujet en congrès de médecine générale voire l'intervention de patients transidentitaires pour sensibiliser les médecins aux spécificités et aux difficultés d'un parcours de transition pourrait être une piste.

La mise en place de protocoles de suivi des patients trans sous THS, adaptés à l'exercice de la médecine générale, pourrait permettre aux représentants de notre spécialité de se sentir plus « aptes » à effectuer une réévaluation de ce traitement.

Un annuaire de confrères spécialisés sur le sujet pourrait également être créé comme ceux des associations de patients pour orienter au mieux les personnes.

L'intégration du médecin traitant dans le parcours de transition pourrait également permettre une meilleure évaluation psycho-sociale et une meilleure approche globale du patient.

CONCLUSION

Notre étude avait pour objet de décrire la prise en charge des personnes transidentitaires par les médecins généralistes. Il s'agit d'une étude quantitative n'ayant pas encore été traitée. Pourtant, lors de l'accompagnement de patient transidentitaire, le médecin généraliste peut constituer : un premier recours face à questionnement de genre, un interlocuteur de confiance privilégié lors de l'expression d'un souhait de transition, un intervenant dans la coordination du parcours de soins.

47,5% des médecins répondants avaient accompagné au moins une personne transidentitaire pourtant seuls 10,2% d'entre eux ont pu bénéficier d'une formation sur la transidentité. Le questionnement de genre en consultation n'était fait que pour 8,5% d'entre eux et par les médecins formés sur le sujet sous réserve des faibles effectifs de l'étude. La mise en place de formations pour sensibiliser les médecins généralistes aux problématiques rencontrées par les patients transidentitaires dans leur prise en charge pourrait être une piste d'amélioration. Des comorbidités psychiatriques étaient recherchées par 57,6% d'entre eux notamment des troubles anxio-dépressifs correspondant aux données de la littérature. L'utilisation des critères DSM5 pour le diagnostic de dysphorie de genre n'est faite que par un participant. Les différents outils proposés dans la prise en charge d'un trouble de l'identité de genre sont en majorité un accompagnement pour 88,1% des répondants et le reste semble à adapter à la demande pour les réponses libres, ce qui correspond à une approche centrée patient abordée dans les recommandations de bonne pratique. Il en est de même pour la réévaluation du traitement hormonal qui est faite pour 71,4% des médecins accompagnant au moins un patient transidentitaire qui pourrait être facilitée par l'accès à des protocoles de suivi adaptés à la médecine générale. De même, 71,4% des médecins ayant au moins un patient transidentitaire, l'ont adressé à un confrère. Dans ce sens, la mise en place d'annuaires de médecins pouvant intervenir dans un parcours de transition serait utile pour orienter au mieux les patients.

Face à une médiatisation croissante des difficultés de prise en charge médicale au sein de cette patientèle, la recherche d'amélioration de leur accompagnement est un enjeu. Le médecin généraliste peut y participer.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. World Professional Association for Transgender Health (WPATH). Standards de soins pour la santé des personnes transsexuelles, transgenres et de genre nonconforme. 7^{ème} version. (Septembre 2013). https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_French.pdf
2. Haute Autorité de Santé. Situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge médicale du transsexualisme en France. (Novembre 2009). Service évaluation des actes professionnels. <http://www.has-sante.fr>.
3. American Psychiatric Association. (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5).
4. CIM, OMS. (2018). 11/ICD-11 chapter 17 conditions related to sexual health
5. Article 56-Loi n°2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXI^{ème} siècle (1)- LegiFrance https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000033418904
6. Acthe. La place du psychiatre dans le parcours trans - Hervé Hubert (18 décembre 2016) <http://www.acthe.fr/documentation/211-la-place-du-psychiatre-dans-le-parcours-trans-herve-hubert.html>
7. Askevis-Leherpeux F, de la Chenelière M, Baleige A, Chouchane S, Martin M-J, Robles-García R, et al. Why and how to support depsychiatrisation of adult transidentity in ICD-11: A French study. Eur Psychiatry. 2019;59:8-14.
8. Bernard M, Wathelet M, Pilo J, Leroy C, Medjkane F. Identité de genre et psychiatrie. Adolescence. 18 avr 2019;T. 37 n°1(1):111-23.
9. Bize R, Volkmar E, Berrut S, Medico D, Balthasar H, Bodenmann P, et al. Vers un accès à des soins de qualité pour les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres. :6.
10. Brik T, Vrouenraets LJJJ, de Vries MC, Hannema SE. Trajectories of Adolescents Treated with Gonadotropin-Releasing Hormone Analogues for Gender Dysphoria. Arch Sex Behav : <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01660-8>
11. Dusmesnil H, Saliba-Serre B, Régi J-C, Leopold Y, Verger P. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants. Sante Publique. 1 oct 2009;Vol. 21(4):355-64.
12. Giami A, Bail JL. Infection à VIH et IST dans la population « "trans" » : une revue critique de la littérature internationale. :22.
13. Heylens G, Elaut E, Kreukels BPC, Paap MCS, Cerwenka S, Richter-Appelt H, et al. Psychiatric characteristics in transsexual individuals: multicentre study in

- four European countries. *The British Journal of Psychiatry*. févr 2014;204(2):151-6.
14. Horowicz E, Giordano S. « Non-conformité de genre » et santé sexuelle. *Droit et cultures Revue internationale interdisciplinaire* (février 2020) (80). <http://journals.openedition.org/droitcultures/6460>
 15. Schneider E. Les droits des enfants intersexes et trans sont-ils respectés en Europe ? Une perspective, rapport présenté au Conseil de l'Europe, 2013.
 16. Unger CA. Hormone therapy for transgender patients. *Transl Androl Urol*. déc 2016;5(6):877-84.
 17. Commencer un traitement hormonal Wiki Trans. (19 janvier 2020): <https://wikitrans.co/2020/01/12/commencer-un-traitement-hormonal/>
 18. Collectif, hormones et parcours trans, brochure de l'association Outrans (2017)
 19. Filiation en tant que personne. Wiki Trans. (avril 2021). <https://wikitrans.co/2020/03/06/filiation/>
 20. Royer Jill, Selle Jene PMA : Procréation Médicalement Assistée pour les personnes trans]. Wiki Trans. (6 mars 2020)]. <https://wikitrans.co/2020/03/06/pma-trans/>
 21. Bazantay.T. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine: Les représentations sociales de la médecine générale chez les personnes transgenres. Septembre 2020.
 22. Being Safe, Being Me 2019: Results of the Canadian Trans Youth Health Survey. :75.
 23. Herman J, Brown T, Haas A. Suicide thoughts and attempts among transgender adults, Williams institute, 2019.
 24. [cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1grhel2/cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf) https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1grhel2/cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf
 25. McNeill, J., Ellis, S. et Eccles, S. (2017). Suicide in trans populations: A systematic review of prevalence and correlates. *Psychology of Sexual Orientation*. <http://doi.org/10.1037/sgd0000235>
 26. Montpied.A, Verniet.C. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine : regards des personnes transidentitaires sur leurs parcours de soins : quelle place pour la médecine générale ? Avril 2019.
 27. Beek TF, Cohen-Kettenis PT, Kreukels BPC. Gender incongruence/gender dysphoria and its classification history. *Int Rev Psychiatry*. 2016;28(1):5-12.

28. López de Lara D, Pérez Rodríguez O, Cuellar Flores I, Pedreira Masa JL, Campos-Muñoz L, Cuesta Hernández M, et al. Evaluación psicosocial en adolescentes transgénero. *Anales de Pediatría*. 3 mars 2020
29. Narang P, Sarai SK, Aldrin S, Lippmann S. Prim Care Companion/Suicide Among Transgender and Gender-Nonconforming People. *Prim Care Companion CNS Disord*. 21 juin 2018;20(3):0-0.
30. Surace T, Fusar-Poli L, Voza L, Cavone V, Arcidiacono C, Mammano R, et al. Lifetime prevalence of suicidal ideation and suicidal behaviors in gender non-conforming youths: a meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry* .13 mars 2020.
31. T'Sjoen G, Arcelus J, De Vries ALC, Fisher AD, Nieder TO, Özer M, et al. European Society for Sexual Medicine Position Statement "Assessment and Hormonal Management in Adolescent and Adult Trans People, With Attention for Sexual Function and Satisfaction". *The Journal of Sexual Medicine*. 26 février 2020.
32. Alessandrin A. *Sociologie des transidentités*. Éditions Le Cavalier Bleu. 2018. ISBN-13 : 979-1031802633.
33. Bernard.M. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine : Étude des représentations, des psychiatres, de la transidentité. Octobre 2018.
34. ARS. Temps de travail des médecins généralistes libéraux. Mai 2019 <http://www.ars.sante.fr/les-medecins-generalistes-liberaux-travaillent-au-moins-50-heures-par-semaine>.
35. Ameli. Patientèle des médecins libéraux APE par région en 2019. L'Assurance Maladie <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/patientele-medecins-liberaux-ape-region-2019>
36. Lexie. *Une histoire de genre : guide pour comprendre et défendre les transidentités*. Marabout. ISBN 978-2-501-14967-9.
37. Accueillir et accompagner les personnes transgenres. Avec respect, sans préjugé. *Prescrire* Tome 40 N° 438 2020-04 Pp 276-284.
38. Tarragon J, Messaadi N, Martin M, O.Cottencin, M.Bayen, S.Bayen. Comment aborder l'orientation sexuelle des patients consultant en médecine générale ? *Revue exercer* 2020 ; 159 :4-10.
39. MM Update: Trans Day of Remembrance 2020 [Internet]. TvT. 2020 <https://transrespect.org/en/tmm-update-tdor-2020/>
40. Veale J, Saewyc E, Frohard-Dourlent, Dobson S, Clark B. *Canadian Trans Youth Health Survey Research Group*. 2015
41. Collectif. *Le langage dans la communauté non binaire, rapport publié le 14 janvier 2017 sur les données de août-septembre 2016*. Collectif Unique en son

genre

42. Green, R., & Fleming, D. (1990). Transsexual surgery follow-up: Status in the 1990s. *Annual Review of Sex Research*, 1(1), 163–174
43. Klein, C., & Gorzalka, B. B. (2009). Sexual functioning in transsexuals following hormone therapy and genital surgery: A review (CME). *The Journal of Sexual Medicine*, 6(11), 2922–2939. doi:10.1111/j.1743-6109.2009.01370.x
44. Cathébras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes. *Presse médicale*, 2004 ;33 :1569-1574.
45. De Cuypere, G., Van Hemelrijck, M., Michel, A., Crael, B., Heylens, G., Rubens, R. Monstrey, S. (2007). Prevalence and demography of transsexualism in Belgium. *European Psychiatry*, 22(3), 137–141. doi:10.1016/j.eurpsy.2006.10.002
46. Reed, B., Rhodes, S., Schofield, P. & Wylie, K. (2009). Gender variance in the UK: Prevalence, incidence, growth and geographic distribution. Retrieved June 8, 2011, from <http://www.gires.org.uk/assets/MedproAssets/GenderVarianceUK-report.pdf>
47. De Vries, A. L. C., Steensma, T. D., Doreleijers, T. A. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2010). Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: A prospective follow-up study. *The Journal of Sexual Medicine*. Advance online publication. doi:10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x
48. Cohen-Kettenis, P. T. (2001). Gender identity disorder in DSM? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(4), 391–391. doi:10.1097/00004583-200104000-00006
49. Drummond, K. D., Bradley, S. J., PetersonBadali, M., & Zucker, K. J. (2008). A followup study of girls with gender identity disorder. *Developmental Psychology*, 44(1), 34–45. doi:10.1037/0012-1649.44.1.34
50. Wallien, M. S. C., Swaab, H., & CohenKettenis, P. T. (2007). Psychiatric comorbidity among children with gender identity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(10), 1307–1314. doi:10.1097/chi.0b013e3181373848
51. De Vries, A. L. C., Noens, I. L. J., CohenKettenis, P. T., van Berckelaer-Onnes, I. A., & Doreleijers, T. A. (2010). Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(8), 930–936. doi:10.1007/s10803-010-0935-9
52. Tribunal de Paris : <https://www.tribunal-de-paris.justice.fr/sites/default/files/2021-02/Requête%20changement%20de%20genre.pdf>

ANNEXES

Annexe 1 : Critères diagnostiques d'une dysphorie de genre d'après le DSM V

- A. Une incongruence marquée entre un genre exprimé/vécu et un genre assigné durant une période d'au moins six mois, qui se manifeste par deux ou plus des signes suivants :
- non congruence marquée entre le genre vécu/exprimé par la personne et ses caractéristiques sexuelles primaires ou secondaires (ou chez les jeunes adolescents, avec les caractéristiques sexuelles secondaires attendues)
 - désir marqué d'être débarrassé(e) de ses caractéristiques sexuelles primaires 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)
 - désir marqué d'avoir les caractéristiques sexuelles primaires ou secondaires de l'autre sexe
 - désir marqué d'appartenir à l'autre genre (ou d'un genre différent de celui qui lui est assigné)
 - désir marqué d'être traité(e) comme une personne de l'autre genre (ou d'un genre différent de celui qui lui est assigné)
 - 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. La condition est associée à une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou d'autres aspects importants du fonctionnement, ou à un risque significativement accru de souffrir, comme la détresse ou d'invalidité.

Préciser :

- avec un désordre du développement sexuel
- sans un désordre du développement sexuel

Annexe 2 : Accord CNIL



Direction
Données personnelles
et archives

RÉCÉPISSÉ DÉCLARATION DE CONFORMITÉ

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que votre traitement est conforme à la réglementation applicable à la protection des données personnelles. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	SIREN : 13 00 23583 00011
Adresse : 42 rue Paul Duez 59000 LILLE	Code NAF : 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : Transidentité dans les Hauts de France - Enquête auprès des médecins généralistes
Référence Registre DPO : 2020-206*mise à jour*
Responsable du traitement / Chargé (e) de la mise en œuvre : M. Dominique LACROIX Interlocuteur (s) : Mme Justine CARPENTIER - M. le Dr Maurice PONCHANT

Fait à Lille,

Jean-Luc TESSIER

Le 24 mai 2021

Délégué à la Protection des Données

Annexe 3 : Questionnaire thèse

Données socio-démographiques

Q1 : Quel âge avez-vous ?

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

- <35ans
- 35 à 45ans
- 46 à 55ans
- 56 à 65ans
- > 65ans

Q2 : Quel est votre genre ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Femme
- Homme
- **Autre**

Q3 : Depuis combien d'années, êtes-vous installé ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- <10ans
- 10-20ans
- >20ans

Pratique clinique :

Q4 : Avez-vous eu une formation concernant la transidentité ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Transidentité: fait d'avoir une identité de genre différente du sexe assigné à la naissance

Q5 : Combien avez-vous accompagné de personnes transidentitaires depuis le début de votre installation ?

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ. Veuillez écrire votre réponse ici
Nombre

Q6 : Posez-vous la question du genre à vos patients ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Q7 : Lors de la première consultation ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'Oui' à la question '6 [Q6]' (Posez-vous la question du genre à vos patients ?) Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Tout le temps

Q8 : En dehors d'un premier contact ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'Oui' à la question '6 [Q6]' (Posez-vous la question du genre à vos patients ?) Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Tout le temps

Q9 : Dans votre pratique, quel genre officiel donnez-vous à votre patient ?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Selon le genre de l'état civil
- Selon le genre vécu par le/la patient-e
- Vous évitez de poser un genre

Q10 : Utilisez-vous les critères diagnostiques du DSM5 pour la dysphorie de genre ?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Dysphorie de genre: inconfort et souffrance en lien avec l'incongruence entre l'identité de genre d'une personne et son sexe d'assignation à la naissance

DSM5: 5ème édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

Q11 : À partir de quel âge, avez-vous constaté l'émergence de questionnements autour de l'identité sexuelle ?

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

Lors de la petite enfance :

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Tout le temps

En péri-pubertaire :

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Tout le temps

À l'âge adulte :

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Tout le temps

Q12 : Recherchez-vous des comorbidités psychiatriques chez un patient se questionnant sur son identité sexuelle ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Q13 : Lesquelles ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '12 [Q10]' (Recherchez-vous des comorbidités psychiatriques chez un patient se questionnant sur son identité sexuelle ?) Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Risque suicidaire ?
- Troubles anxieux ?
- Troubles du comportement alimentaire ?
- Troubles de personnalité ?
- Autre : réponse libre

Q14 : Questionnez-vous vos patients transidentitaires sur leur orientation sexuelle ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était supérieure ou égale à '1' ou '1' à la question '5 [Q5]' (Combien avez-vous accompagné de personnes transidentitaires depuis le début de votre installation ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Q15 : Selon vous, concernant la prise en charge d'un trouble de l'identité sexuelle, relève-t-elle ?

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- d'un accompagnement ?
- d'une psychothérapie ?

- d'un traitement psychotrope ?
- d'une hormonothérapie ?
- d'une chirurgie de réassignation sexuelle ?
- Autre ? réponse libre

Q16 : Selon vous, l'accompagnement des personnes transidentitaires relève-t-il systématiquement d'une prise en charge spécifique ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Q17 : Par qui ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '16 [Q13]' (Selon vous, l'accompagnement des personnes transidentitaires relève-t-il systématiquement d'une prise en charge spécifique ?) Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- psychiatre
- endocrinologue
- chirurgien
- Autre: réponse libre

Q18 : Avez-vous déjà adressé à un confrère, un patient se posant des questionnements de genre ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Q19 : À quel confrère ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '18 [Q14]' (Avez-vous déjà adressé à un confrère, un patient se posant des questionnements de genre ?) Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

- autre médecin généraliste : jamais, rarement, parfois, souvent, tout le temps
- psychiatre : jamais, rarement, parfois, souvent, tout le temps
- endocrinologue : jamais, rarement, parfois, souvent, tout le temps
- chirurgien : jamais, rarement, parfois, souvent, tout le temps
- équipe pluridisciplinaire spécialisée : jamais, rarement, parfois, souvent, tout le temps

Q20 : autre ? : réponse libre

Q21 : Lorsque vous suivez un patient sous traitement hormonal dans un contexte de transition sexuelle, réévaluez-vous celui-ci ? notamment sur le plan de la tolérance

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était supérieure ou égale à '1' à la question '5 [Q5]' (Combien avez-vous accompagné de personnes transidentitaires depuis le début de votre installation ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui

- Non

Q22 : Prescrivez-vous des ajustements thérapeutiques ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '21 [Q15]' (Lorsque vous suivez un patient sous traitement hormonal dans un contexte de transition sexuelle, réévaluez-vous celui-ci ?)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

- Oui
- Non

AUTEUR : Nom : CARPENTIER

Prénom : Justine

Date de soutenance : 15 septembre 2021

Titre de la thèse : Prise en charge des personnes transidentitaires en médecine générale

Thèse - Médecine - Lille 2021

Cadre de classement : doctorat en médecine

DES + spécialité : DES de médecine générale

Mots-clés : Transidentité/ Médecine générale/ Prise en charge/ Accompagnement/ transition

Résumé :

Contexte : Les médecins généralistes peuvent jouer de multiples rôles dans l'accompagnement de patients transidentitaires : un premier recours dans un questionnement de genre, un interlocuteur de confiance lors de l'expression d'un souhait de transition et un coordinateur des différents intervenants dans un parcours de transition. Cependant, peu d'études ont été réalisées sur cet accompagnement par les médecins généralistes. L'objectif principal de ce travail était de décrire la prise en charge des patients transidentitaires en consultation de médecine générale.

Méthode : Il s'agissait d'une étude transversale, observationnelle, descriptive, quantitative de type enquête de pratique. Un tirage au sort de 350 médecins généralistes ayant une activité libérale et exerçant dans la région des Hauts-de-France, a été fait à partir des praticiens retrouvés sur le site les « Pages jaunes ». Le lien vers un questionnaire anonyme réalisé sur limesurvey leur a été envoyé par mail. Celui-ci abordait leurs critères sociodémographiques, leur formation sur la transidentité, leur nombre de patients transidentitaires, le questionnement de genre, la recherche de comorbidités psychiatriques et les intervenants dans un parcours de transition.

Résultats : 59 médecins généralistes ont entièrement répondu au questionnaire. 47,5% d'entre eux ont pris en charge au moins un patient transidentitaire. La majorité soit 89,8% n'ont pas bénéficié de formation sur la transidentité. 91,5% des participants ne questionnent pas leur patient sur leur genre avec une majorité de 54,2% qui définissent le genre du patient selon celui de leur état civil. Les questionnements de genre sont surtout constatés à l'âge adulte ou en péri pubertaire. La question de l'orientation sexuelle chez cette patientèle est faite par un médecin sur deux. Les comorbidités psychiatriques sont recherchées par la majorité soit 57,6% des médecins et l'utilisation des critères DSM5 pour le diagnostic de dysphorie de genre n'est faite que par un participant. Pour le parcours de transition d'un patient transgenre, 88,1% proposent un accompagnement avec des remarques libres mettant en évidence une adaptation à la demande du patient. 71,4% des médecins prenant en charge des patients transidentitaires, les ont adressés à un confrère et réévaluent le traitement hormonal substitutif. Les faibles effectifs de l'étude n'ont pas permis de mettre en évidence le bénéfice d'une formation sur la transidentité sauf pour le questionnement de genre, ni de profil type de médecin prenant en charge des patients transidentitaires.

Conclusion : L'accompagnement de personnes transidentitaires concernait 47,5% des médecins. Une formation sur la transidentité pourrait permettre une sensibilisation aux questionnements de genre et aux spécificités d'un parcours de transition. La mise en place d'annuaires de confrères spécialisés sur le sujet serait utile pour orienter les patients. Enfin mettre à disposition des recommandations de bonne pratique pouvant être utilisées par les médecins généralistes, notamment concernant la réévaluation de l'hormonothérapie, pourrait permettre une amélioration de l'accompagnement des personnes transidentitaires.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur BERKHOUT Christophe

Assesseur : Monsieur le Professeur BAYEN Marc

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur PONCHANT Maurice