



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2024

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR·E EN MÉDECINE

Accompagnement des personnes trans
Impact d'une action de formation auprès de professionnel·les

Présentée et soutenue publiquement le 1er octobre 2024 à 16h
au Pôle Formation

par **Marie GRANDPIERRE**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Renaud JARDRI

Assesseures :

Madame la Docteure Jessica PILO

Madame la Docteure Marielle WATHELET

Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur François MEDJKANE

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : Celles-ci sont propres à leurs auteur·ices.

Liste des abréviations

ALD : Affection longue durée

ARS : Agence régionale de santé

CECOS : Centre d'étude et de conservation des oeufs et du sperme humain

CEMEA : Centre d'entraînement aux méthodes d'éducation active

CHU : Centre hospitalier universitaire

CIM : Classification internationale des maladies

CMP : Centre médico-psychologique

DPC : Développement professionnel continu

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DSM : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)

EPSM : Etablissement public de santé mentale

F2RSM Psy : Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale

FPATH : *French Professional Association for Transgender Health* (Association professionnelle française pour la santé des personnes transgenres)

LGBTQIA+ : Lesbiennes, Gays, Bisexuel·les, Trans, Queers, Intersexué·es, Asexuel·les ou Aromantiques (le + inclut les autres termes désignant les genres et les sexualités)

OMS : Organisation mondiale de la santé

SOC : *Standards of Care* (Normes de soins)

GnRH : *Gonadotropin Releasing Hormone* (Hormone de libération des gonadotrophines hypophysaires)

TCS : Test de concordance de script

WPATH : *World Professional Association for Transgender Health* (Association mondiale des professionnels pour la santé transgenre)

Sommaire

Table des matières

Avertissement	2
Liste des abréviations	3
Sommaire	4
Introduction	6
I. Argumentaire	7
1. Transidentités	7
a. Définir pour mieux comprendre	7
b. Critères nosographiques et recommandations internationales	11
i. Classification internationale des maladies (CIM-11)	11
ii. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5)	12
iii. Association mondiale des professionnel·les pour la santé transgenre (WPATH)	14
c. Transition de genre en France	15
i. Transition sociale	16
ii. Transition administrative	16
iii. Transition médicale	17
2. Formation en santé mentale : contexte et enjeux actuels	20
a. Vulnérabilité psychique des personnes trans	20
b. Pourquoi et comment former les professionnel·les ?	21
c. Pourquoi évaluer une action de formation ?	24
II. Matériel et méthode	24
1. Objectifs et hypothèses de l'étude	24
2. Terrain de recherche	25
a. Intervenant·es et contenu de la formation	25
b. Mise en place des sessions de formation	27
c. Population étudiée : critères d'inclusion et d'exclusion	27
3. Outil d'évaluation	27
a. Modèle de Kirkpatrick	28
b. Évaluation de l'efficacité pédagogique	30
i) Thèmes et variables	30
ii) Évaluation subjective du savoir, du savoir-faire et du savoir-être	30
iii) Évaluation objective du savoir-être	31
iv) Évaluation objective du savoir et du savoir-faire	32
c. Évaluation de la satisfaction	33
4. Analyse statistique	34
III. Résultats	35

1. Caractéristiques socio-démographiques des participant-es	35
2. Évaluation subjective du savoir, du savoir-faire et du savoir-être	36
3. Évaluation objective du savoir-être	38
4. Évaluation objective du savoir et du savoir-faire	39
5. Évaluation de la satisfaction	41
6. Analyses en sous groupe	42
IV. Discussion	43
V. Conclusion	52
Références bibliographiques	53
Annexes	57

Introduction

Bien que le terme "transgenre" soit apparu dans les années 1960, les individus qu'il désigne ont toujours existé, malgré une invisibilisation historique.⁽¹⁾ Aujourd'hui, les personnes transgenres sont de plus en plus représentées, autant dans la culture de l'art et du divertissement que dans les institutions telles que l'école, non sans controverse. Le combat pour leur reconnaissance continue et n'a jamais été aussi fort.⁽²⁾

“Le sujet des personnes trans est devenu populaire, mais pas les personnes trans en elles-mêmes”. A travers cette allégation, Sophie Labelle, écrivaine et militante trans canadienne, nous alerte sur le fait que le corollaire immédiat de la montée de la visibilité des personnes trans reste les discriminations auxquelles elles se confrontent. Parmi elles se situent les difficultés d'accès aux soins concernant le parcours de transition mais également la santé globale. En effet, de multiples études nationales et internationales attestent d'un non-recours ou d'un recours trop tardif aux soins, du fait d'un accueil souvent inadapté et parfois discriminant (mégénrage, questions déplacées, refus de prises en charge).⁽³⁾ En 2020, La Haute Autorité de Santé dévoile que “des enquêtes mettent en évidence qu'un tiers des personnes trans renoncent à des soins à cause de préjugés du personnel soignant”, que “moins de 40% des personnes trans déclarent que leur médecin connaît leur identité de genre” et que “75 % ont déjà été mal à l'aise avec un médecin pour une raison liée à leur transidentité”.^(4,5)

Ce travail aspire à sensibiliser et informer chacun·e sur les réalités des vécus transidentitaires, les possibilités d'accompagnement dans les soins, et à souligner l'importance de former les professionnel·les pour optimiser l'accueil, l'accompagnement, et l'orientation des personnes trans.

I. Argumentaire

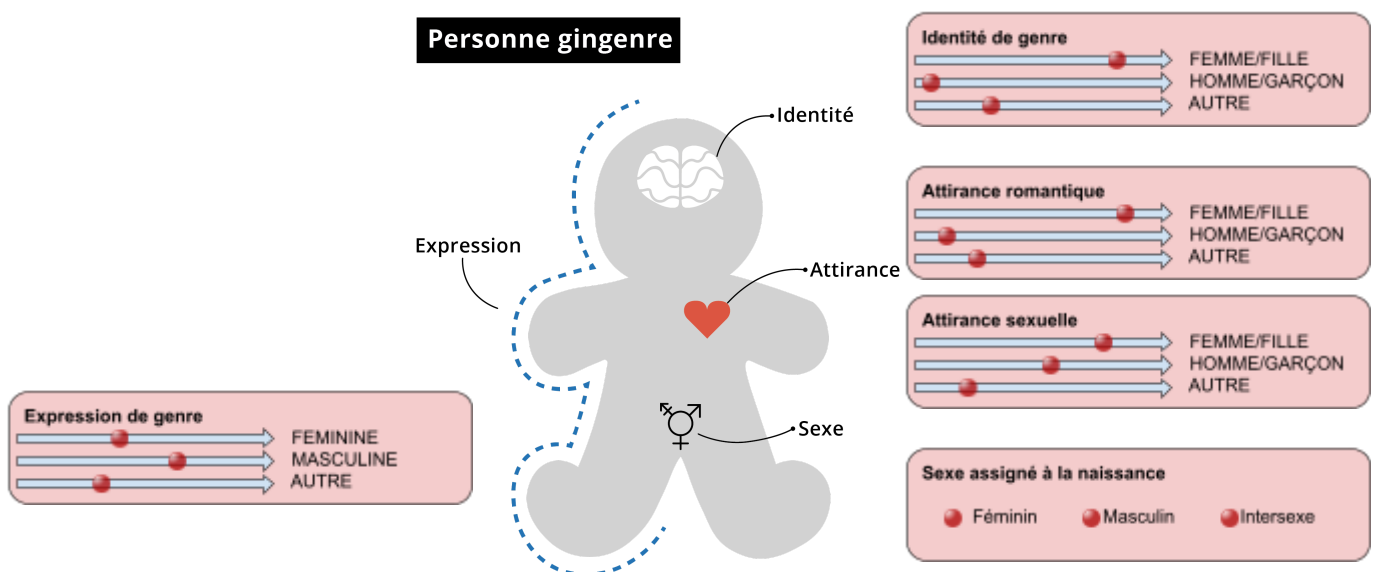
“Les transidentités sont... une question, posée à chacun·e de nous, de savoir jusqu'à quel point nous sommes nous-mêmes.”

Maroussia Podkosova, artiste

1. Transidentités

a. Définir pour mieux comprendre

Nous vous invitons à explorer les termes essentiels pour comprendre les transidentités grâce à un outil ludique : "la personne gingembre" (*genderbread person*, en anglais).



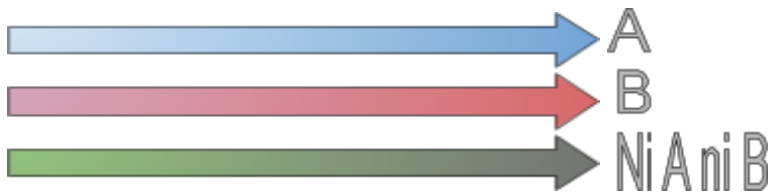
Ce support nous incite à dépasser notre vision binaire et catégorielle pour cheminer vers une approche dimensionnelle en s'appuyant sur des modèles spectraux non linéaires.⁽⁶⁾ La définition du terme binaire, "composé de deux éléments"⁽⁷⁾, renvoie à deux catégories distinctes qui s'excluent mutuellement. À l'inverse, l'approche dimensionnelle suppose des différences quantitatives le long d'un continuum et se distingue par des nuances exprimées en degrés d'intensité.

Schématisation de l'approche catégorielle et de l'approche dimensionnelle

- Approche catégorielle : soit "A", soit "B"



- Approche dimensionnelle : A de 0 à 100%, B de 0 à 100%, ni A ni B de 0 à 100%



La "personne gingembre" différencie le sexe assigné à la naissance et l'identité de genre. Définissons dans un premier temps le sexe et le genre, qui sont deux concepts distincts souvent confondus. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) résume la différence entre le sexe et le genre de la façon suivante : le **sexe** "se réfère aux caractéristiques biologiques et physiologiques qui différencient les hommes des femmes, comme les organes reproductifs, les chromosomes, les hormones" tandis que le **genre** "sert à évoquer les rôles qui sont déterminés socialement, les comportements, les activités et les attributs qu'une société

considère comme appropriés pour les hommes et les femmes et les personnes qui n'ont pas une identité binaire. Il n'y a pas de définition unique du genre, elle change avec le temps et le lieu".^(8,9)

Concernant le sexe assigné à la naissance, le modèle binaire considère soit le "sexe féminin" soit le "sexe masculin", ce qui exclut environ 2% de la population.⁽¹⁰⁾ En effet, ce pourcentage représente les personnes qui naissent avec des caractéristiques sexuelles (regroupant l'anatomie sexuelle, les organes reproducteurs, le fonctionnement hormonal ou le modèle chromosomique) qui ne correspondent pas aux définitions classiques du sexe masculin ou féminin : ce sont **les personnes intersexes**. Il arrive fréquemment que des enfants subissent des interventions chirurgico-médicales inutiles sur le plan médical dans le but de les rendre conformes soit au "sexe féminin" soit au "sexe masculin".⁽¹¹⁾

L'identité de genre désigne quant à elle l'appartenance ressentie d'une personne à un genre (masculin, féminin) ou à aucun des deux genres (non-binaire).⁽¹⁰⁾

"En fait, on peut être clairement binaire - comme moi - ou ne se ressentir dans aucun genre ou dans les deux à la fois et être non-binaire"

Béatrice Denaes, journaliste, enseignante, coprésidente de TRANS SANTE France

Une **personne transgenre**, ou trans, est une personne dont l'identité de genre est différente de celle assignée à la naissance. Ainsi, une **femme trans** est une personne dont le genre ressenti est féminin et qui a été assignée homme à la naissance, un **homme trans** est une personne dont le genre ressenti est masculin et qui a été assigné femme à la naissance, une **personne non binaire** peut être assignée homme ou femme à la naissance, et le genre ressenti n'est ni strictement

homme ni strictement femme. Dans ce travail, le terme “transgenre” ou “trans” englobe les transidentités binaires et non binaires. Une **personne cisgenre**, ou cis, est une personne dont l'identité de genre est la même que celle assignée à la naissance.

L'**expression de genre** est l'ensemble de caractéristiques visibles pouvant être associées socialement à un genre sur la base de représentations et de stéréotypes. Il peut s'agir de l'apparence (style vestimentaire, coupe de cheveux, maquillage...), de comportements, de goûts, de modifications corporelles etc. Elle ne suffit pas à déterminer le genre de quelqu'un·e et peut être fluctuante dans le temps tout comme l'identité de genre.⁽¹⁰⁾

L'**orientation sexuelle** est une attirance physique et/ou sexuelle envers une personne tandis que l'**orientation romantique** est affective.⁽¹²⁾ Par exemple, une personne asexuelle (absence d'attirance sexuelle envers une autre personne) peut ressentir une attirance romantique, des sentiments amoureux envers une personne du même genre (homoromantique), ou du genre “opposé” (hétéroromantique) ou encore de tous les genres (panromantique).

Chaque personne qui explore cet outil s'aperçoit de la multitude de possibilités qui révèlent la grande diversité des genres.

Ainsi, il s'agit de passer d'une approche rigide des liens de causalité linéaires à une démarche plus déconstruite, qui vise à rendre visibles différentes combinaisons, plus proche de la singularité de chacun·e. Cette approche permet une compréhension plus nuancée et inclusive des réalités complexes qui nous entourent.

b. Critères nosographiques et recommandations internationales

i. Classification internationale des maladies (CIM-11)

La Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM), publiée par l’OMS, est “la norme de référence internationale pour l’enregistrement, la notification, l’analyse, l’interprétation et la comparaison systématique des données de mortalité et de morbidité”.⁽¹³⁾ Elle regroupe en différentes catégories des descriptifs communs d’affections (maladies, symptômes...) et autres motifs de recours aux services de santé. La version actuelle, la CIM 11, présentée en mai 2019 à l’Assemblée mondiale de la santé et entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022, représente un tournant majeur dans l’histoire des transidentités, car elle marque leur dépsychiatisation. Le terme de “transexualisme” qui s’apparentait à un “trouble de l’identité sexuelle” au sein de la CIM 10 dans le chapitre “Troubles mentaux et du comportement” disparaît dans la CIM 11 pour le terme “d’incongruence de genre” appartenant au chapitre “Conditions relatives à la santé sexuelle”. Ce chapitre ne fait pas référence à des “troubles” mais à des affections pouvant nécessiter un recours aux services de santé (par exemple : “Recours aux services de santé pour le suivi de la contraception”).⁽¹⁴⁾

La CIM 11 définit l’incongruence de genre **chez l’adulte et l’adolescent** :

“L’incongruence de genre de l’adolescent et de l’adulte se caractérise par une incongruité marquée et persistante entre le genre auquel une personne s’identifie et le sexe qui lui a été assigné, ce qui conduit souvent à un désir de “transition”, afin de vivre et d’être accepté comme une personne du genre ressenti, par le biais d’un traitement hormonal, d’une intervention chirurgicale ou d’autres services sanitaires visant à faire correspondre le corps de la personne, autant que souhaité et dans la mesure du possible, au genre ressenti. Le diagnostic ne peut être posé avant l’apparition de la puberté. Les comportements et les préférences qui varient en fonction du sexe ne constituent pas à eux seuls une justification pour poser le diagnostic.”

Et précise sa définition **chez l'enfant** :

“L'incongruence de genre chez l'enfant se caractérise par une incongruité entre le genre vécu/exprimé de celui-ci et le sexe qui est assigné aux enfants prépubères. Elle inclut notamment un profond désir d'être d'un sexe différent de celui qui lui a été assigné, une forte aversion de l'enfant pour son anatomie sexuelle ou ses caractéristiques sexuelles secondaires supposées et/ou un profond désir envers les caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires supposées qui correspondent au sexe vécu, ainsi que des jeux d'imagination ou de fantaisie, des jouets, des jeux, des activités et des camarades de jeu qui sont conformes au sexe vécu plutôt qu'au sexe assigné. L'incongruence doit avoir persisté pendant environ 2 ans. Les comportements et les préférences qui varient en fonction du sexe ne constituent pas à eux seuls une justification pour poser le diagnostic.”

Le diagnostic d'incongruence de genre permet de dépsychiatriser sans démedicaliser et ainsi permettre aux personnes trans d'accéder aux soins pour transitionner.

ii. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5)

Publié par l'Association américaine de psychiatrie, le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (en anglais, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) est un ouvrage de référence qui décrit et classe les troubles mentaux. La version actuelle, le DSM-5, parue en 2013, signe également une évolution avec le diagnostic de “dysphorie de genre” qui pathologise la souffrance pouvant être associée au vécu transidentitaire et non le vécu en lui-même. Il est essentiel de comprendre qu'une personne trans peut, ou non, éprouver une dysphorie de genre.

Les critères diagnostiques de la dysphorie de genre **chez l'adulte et l'adolescent** dans le DSM 5 sont les suivants⁽¹⁵⁾ :

A. Une incongruence marquée entre le genre ressenti/exprimé et le genre assigné à la naissance, d'une durée d'au moins 6 mois, manifestée par **au moins 2 des critères suivants** :

1. Une incongruence marquée entre le genre vécu/exprimé et les caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires (ou dans le cas des jeunes adolescents, avec les caractéristiques sexuelles secondaires attendues)

2. Un désir marqué d'être débarrassé de ses caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires du fait d'une incongruence marquée entre le genre ressenti/exprimé et le genre assigné à la naissance (ou chez les jeunes adolescents, un fort désir d'empêcher le développement des caractéristiques sexuelles secondaires attendues)

3. Un désir marqué d'avoir les caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires de l'autre sexe.

4. Un désir marqué d'appartenir à l'autre genre (ou à un genre alternatif différent de celui assigné à la naissance)

5. Un désir marqué d'être traité(e) comme une personne appartenant à l'autre genre (ou à un genre alternatif différent de celui assigné à la naissance).

6. Une conviction marquée d'avoir les sentiments et réactions typiques de l'autre genre (ou d'un genre alternatif qui est différent du genre assigné à la naissance)

B. Le trouble est associé à une **détresse cliniquement significative** ou d'une **altération du fonctionnement** social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants du fonctionnement.

De même que pour la CIM 11, il existe des critères diagnostiques spécifiques pour

les enfants :

A. Incongruence marquée entre le genre vécu/exprimé par la personne et le genre assigné, d'une durée minimale de 6 mois, se manifestant par **au moins six des critères suivants** (le critère 1 en faisant obligatoirement partie) :

1. La présence d'un fort désir ou de la conviction d'être de l'autre genre (ou d'un genre alternatif différent du genre assigné)

2. Une préférence marquée pour les vêtements typiques de l'autre genre

3. Une forte préférence pour incarner les rôles de l'autre genre dans les jeux

4. Une forte préférence pour les jouets et les activités de l'autre genre

5. Une forte préférence pour les camarades de jeu de l'autre genre

6. Un rejet des jouets ou activités du genre d'assignation

7. Un rejet de son anatomie sexuelle

8. Un désir pour les caractères sexuels de l'autre sexe

*B. Le trouble est accompagné d'une **détresse cliniquement significative** ou d'une **altération du fonctionnement** social, scolaire ou dans d'autres domaines importants.*

Le renversement de la position des soignants est une marque forte des projets de soins et d'accompagnement, où l'on considère que ce qui est pathologique n'est pas la transidentité, mais bien la souffrance qui peut l'accompagner. Cette approche permet de recentrer les soins sur le bien-être et la santé mentale des personnes, en valorisant leur identité plutôt qu'en la pathologisant.

iii. Association mondiale des professionnel·les pour la santé transgenre (WPATH)

La WPATH (World Professional Association for Transgender Health) est une association professionnelle internationale et multidisciplinaire à but non lucratif qui a pour mission de promouvoir le soin basé sur des preuves, l'éducation et la recherche, ainsi que des éléments pédagogiques et publiques, orientés vers le respect de la santé des personnes transgenres.⁽¹⁶⁾ Elle établit des normes de soins (Standards Of Care) internationales pour parvenir à un consensus sur des lignes directrices afin de fournir aux professionnel·les de santé des conseils cliniques. L'objectif est d'aider les personnes trans à accéder à des soins de qualité pour atteindre un épanouissement personnel en accord avec leur identité de genre. La dernière version publiée en septembre 2022 est la SOC 8 et comprend 18 chapitres. Elle met en avant que les transidentités ne sont pas une "pathologie" mais une "variation". Le chapitre sur la santé mentale précise qu'une psychothérapie peut être bénéfique mais ne doit en aucun cas être requise pour une transition juridique ou chirurgico-médicale et les thérapies de conversion sont interdites.

c. Transition de genre en France

“Les transidentités sont... le parcours vers un espace de confort de soi.”

Thierry Goguel d'Allondans, éducateur, chercheur, anthropologue

Un accompagnement personnalisé s'est développé pour les personnes trans en s'appuyant sur les recommandations internationales présentées précédemment, reposant elles-mêmes sur des données scientifiques qui ont démontré de réels bénéfices d'un tel accompagnement pour le bien-être mental, la santé globale et l'épanouissement personnel des personnes trans.

La “trajectoire de transition” désigne la trajectoire de vie de la personne qui tend à se reconnaître et à être reconnue dans son genre ressenti. Si elle le souhaite, une personne trans peut entamer des démarches sur le plan social, juridique et/ou médical pour vivre, autant que possible, en accord avec son genre ressenti : elle réalise alors un “parcours de transition”. Cet accès aux soins ne constitue pas un “confort” mais un enjeu vital comme le souligne le rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans⁽¹⁷⁾.

Selon les recommandations de bonnes pratiques, la personne concernée est la principale décisionnaire de son parcours de soin, c'est le principe de l'autodétermination éclairée : c'est aux personnes concernées de définir leur genre et de prendre, en responsabilité et en connaissance de cause, les décisions de prise en charge médicale d'affirmation de leur genre⁽¹⁸⁾. Ainsi, il n'existe pas de “parcours type” de transition, chaque individu a la possibilité de réaliser une transition sociale, administrative, hormonologique, chirurgicale, de manière conjointe ou successive sans ordre prédéfini.

i. Transition sociale

On qualifie de « transition sociale » le fait de vivre au sein de ses relations sociales, de son environnement familial, amical, affectif, professionnel, dans un genre social autre que son genre de naissance.⁽¹⁷⁾ Généralement, la personne concernée réalise un “coming-out” trans, c'est-à-dire qu'elle informe son entourage de son vécu transidentitaire. Au cours de cette transition sociale, la personne concernée peut demander à son entourage d'utiliser un prénom en adéquation avec son genre ressenti, il s'agit du **prénom d'usage**, souvent accompagné par les pronoms correspondants au genre ressenti (“il”, “elle” ou “iel”), il s'agit des **pronoms d'usage**. La transition sociale passe également par l'expression de genre. Comme défini précédemment, elle correspond à notre apparence, à ce qu'on veut montrer à l'autre. Une personne trans peut réaliser sa transition sociale seule, avec l'aide de son entourage, d'associations et/ou d'un soutien psychologique. En fonction du cheminement de la personne concernée, le ou la professionnel-le de santé peut proposer une “exploration de genre” et/ou une “thérapie d'affirmation de genre”. L'exploration de genre est la période “test” de mise en situation et la thérapie d'affirmation est le soutien à l'affirmation du vécu intime de genre tant vis-à-vis de soi-même que des autres.

ii. Transition administrative

La transition administrative, ou juridique, porte sur deux procédures entièrement démedicalisées depuis 2016 : le changement de prénom et/ou celui de la mention de sexe à l'état civil.⁽¹⁷⁾

Le **changement de prénom à l'état civil** relève de l'officier d'état civil et se demande auprès de la mairie de naissance ou de domiciliation. Il est possible de

l'obtenir pour un mineur avec l'accord de ses deux parents. Le **changement de sexe à l'état civil** relève quant à lui du tribunal de grande instance et n'est possible que pour les personnes majeures. Afin d'aider à montrer le bien-fondé de la demande, la personne concernée peut fournir des justificatifs démontrant que le prénom et/ou le genre revendiqués sont déjà utilisés dans sa vie quotidienne. Il peut s'agir de témoignages de l'entourage ou encore de documents sur lesquels le prénom et/ou le genre sont inscrits (bulletins scolaires, factures, courriers etc...).

Le fait de ne pas avoir consulté de médecin ou de psychologue, de ne pas avoir réalisé d'opération chirurgicale ou de stérilisation, ou encore de ne pas avoir pris de traitements médicaux ne doit en aucun cas motiver le refus de la demande.⁽¹⁷⁾

Ces procédures peuvent être importantes pour accéder à un emploi, à un logement, et éviter des discriminations liées à la révélation d'une identité trans ; cependant, elles ne sont ni obligatoires ni souhaitées par toutes les personnes trans.⁽¹⁷⁾

iii. Transition médicale

“Les transidentités... c'est l'espoir d'être soi.”

Bérengère Ducrocq, médecin de la reproduction

La transition médicale concerne l'ensemble des soins médicaux liés à la transition de genre. Elle vise à obtenir les modifications corporelles souhaitées, à l'aide de soins délivrés par des médecins (hormonothérapie, épilation laser) et/ou chirurgiens (plasties de la poitrine, chirurgie pelvienne, etc.) et/ou d'autres professionnel·les de santé (orthophonie pour féminisation de la voix).⁽³⁾ Elle concerne également la préservation de la fertilité. La transition médico-chirurgicale ne concerne pas les enfants trans définis comme des individus pré-pubères.

Concernant la préservation de la fertilité, une consultation d'information sur les différentes possibilités de conservation des gamètes est systématiquement proposée avant le recours à un traitement hormonal ou à une chirurgie, et proposée régulièrement au cours du suivi. Elle peut se faire dans un centre spécialisé comme un CECOS (Centre d'Etude et de Conservation des Oeufs et du Sperme).

Concernant la transition hormonologique, les traitements hormonaux varient en fonction de l'âge, du genre et des attentes de la personne concernée.

- **Bloqueurs de puberté (analogues de la GnRH)**

La suspension hormonale de la puberté est possible chez les adolescent·es trans après les premiers changements physiques de la puberté (stade de Tanner 2) avec l'accord des deux parents. La prise de bloqueurs de puberté suspend le développement de caractères sexuels secondaires (voix, pilosité, poitrine) susceptibles d'accroître les souffrances ressenties. Ce traitement, utilisé et étudié depuis de nombreuses années dans la puberté précoce chez l'enfant, est réversible. Les effets indésirables sont limités : bouffées de chaleur, fatigue, maux de tête et modifications de l'humeur, douleur aux injections et abcès stériles. La minéralisation osseuse diminue sous GnRH prolongée surtout si la mise en place est tardive (Tanner 3-4) puis se reminéralise progressivement à l'arrêt du traitement ou sous l'effet des hormones d'affirmation de genre.⁽¹⁹⁾

- **Hormones d'affirmation de genre**

Actuellement, l'âge minimum recommandé pour commencer les hormones sexuelles est de 16 ans (accord des deux parents obligatoire avant 18 ans). Elles permettent

un déclenchement de la puberté dans le genre ressenti. Les hormones de féminisation (oestrogènes, anti androgènes, progestérone) induisent principalement le développement mammaire et une répartition des graisses de type gynoïde. Les hormones de masculinisation (testostérone, anti-progestatif) induisent principalement une mue de la voix, un arrêt des règles et un développement de la pilosité. Il existe de nombreuses variations dans les doses et les types d'hormones utilisées, les protocoles sont fournis par l'Endocrine Society et la Société européenne pour la médecine sexuelle.⁽²⁰⁾

Concernant la transition chirurgicale, il existe de nombreuses chirurgies d'affirmation de genre. Le consensus sur le territoire français est qu'elles peuvent être effectuées à partir de 18 ans, à l'exception de la mastectomie où il n'y a pas d'âge inférieur dans le chapitre adolescent-e de la WPATH.^(3,16) Si la personne concernée a débuté ou envisage une hormonothérapie, il est recommandé dans la WPATH de réaliser la chirurgie en second temps, avec un intervalle de 1 an entre le début de la prise des hormones et la chirurgie.

La mastectomie est souvent vécue comme une libération et diminue significativement la dysphorie en lien avec la poitrine, permettant de ne plus porter de *binder* (vêtement spécifique compressif pour masquer la poitrine, souvent responsable d'une gêne, voire d'un essoufflement à l'effort). Il existe des chirurgies des organes génitaux internes et gonades (hystérectomie et/ou ovariectomie uni- ou bi-latérale, ou orchidectomie) et des organes génitaux externes (vaginoplastie ou métaiodoplastie/phalloplastie).⁽¹⁹⁾

“Les transidentités sont... l’immense bonheur d’être enfin celle que j’aurais toujours dû être. Après l’immense souffrance de ne pas être né·e dans le bon corps... après avoir dû vivre dans un corps masculin avec un esprit féminin... Aujourd’hui, je suis enfin moi-même, une adéquation entre mon corps, mon esprit et mon identité.”

Cyane Dassonneville, consultante et coordinatrice du Comité d’usagers·es des parcours de santé trans

2. Formation en santé mentale : contexte et enjeux actuels

“Une meilleure connaissance de la transidentité permettrait de meilleurs soins et pourrait améliorer les relations entre les personnes transidentitaires et la psychiatrie.”

Marion Bernard, psychiatre et autrice de la thèse

“Etude des représentations, des psychiatres, de la transidentité” (2018)

a. Vulnérabilité psychique des personnes trans

La prévalence des troubles psychiques est plus forte chez les personnes trans qu’en population générale avec notamment des taux élevés de dépression, d’anxiété et de suicide⁽¹⁶⁾. Cette forte prévalence s’explique par l’exposition des personnes trans à l’incompréhension, la stigmatisation et la discrimination.

Les prévalences exactes sont difficiles à évaluer, mais les études convergent vers des chiffres beaucoup plus élevés que pour le reste de la population. Entre 28 et 46% des personnes trans souffrent de symptômes d’anxiété^(21,22,23,24), avec un risque 3,36 fois plus élevé pour les minorités de genre⁽²³⁾. Entre 45 et 55 % des personnes trans manifestent des symptômes dépressifs^(22,25,26), avec une prévalence de 37,9%

d'épisodes dépressifs caractérisés⁽²¹⁾ et un risque de dépression multiplié par 2,5 par rapport à la population générale⁽²³⁾. Entre 28 % et 34,8 % de la population trans^(22,27) a déjà eu des idées suicidaires et 14,8 % à 18,8 %^(22,27) des personnes trans ont fait au moins une tentative de suicide au cours de leur vie. Les idées auto-agressives se situent entre 32,3 % et 44,7 %⁽²²⁾, et les passages à l'acte auto-agressifs non suicidaires entre 21,6 % et 28,2 %^(22,27). Enfin, 52 % à 86 % des personnes trans subissent du harcèlement scolaire, avec un risque 3 à 8 fois plus élevé pour les élèves trans par rapport à leurs pairs non trans, et un risque multiplié par 5 pour les personnes LGBTQIA+^(28,29,30,31,32,33). Ces données illustrent l'impact négatif des discriminations et de la stigmatisation sur la santé mentale des personnes trans, soulignant la nécessité d'interventions ciblées pour réduire ces risques.

b. Pourquoi et comment former les professionnel·les ?

À la suite de son étude en 2018 sur les représentations des transidentités chez les psychiatres et pédopsychiatres⁽³⁴⁾, la psychiatre Marion Bernard souligne l'importance de former les professionnel·les aux définitions du genre et de l'identité, tout en prenant en compte "la grande vulnérabilité de cette population, les comorbidités psychiatriques, les stigmatisations, les risques de marginalisation et le haut risque suicidaire des personnes trans". Elle recommande également d'ajouter un volet plus pratique, en collaboration avec les associations, afin de faciliter le dialogue avec les personnes concernées. Quelques années plus tard, la psychiatre Marie-Elise Abdellaoui réalise une étude sur les modalités d'accompagnement des parents d'adolescent·es trans au sein du dispositif Transidentité(s) du CHU de Lille. Elle suggère qu'il serait pertinent, dans une optique d'amélioration des soins, de décentraliser l'accompagnement lié à la diversité de genre, afin de permettre à un

plus grand nombre de personnes de bénéficier d'un soutien régulier. Elle indique que pour y parvenir, "il est essentiel de former les structures de soins"⁽³⁵⁾.

En effet, toutes les professionnel·les de santé, sont ou seront amené·es à soigner des personnes trans. Par manque de formation, il arrive que des professionnel·les adoptent des attitudes inappropriées telles que du mégenrage ou une erreur sur le prénom. Même s'il n'y a pas d'intentionnalité transphobe de la part du soignant, l'effet est très négatif sur la personne concernée, ce qui fragilise l'alliance thérapeutique et induit le risque de développer ou majorer un mal-être voire un trouble psychique chez la personne trans.⁽¹⁷⁾

Le rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans remis en 2022 au ministre des Affaires sociales et de la Santé retient 21 recommandations. Trois d'entre elles mettent en évidence l'importance de la formation pour réduire les discriminations et améliorer les soins auprès des personnes trans⁽¹⁷⁾ :

1. **Recommandation 17** : "Engager de façon urgente des actions de prévention de suicide dans la population trans, avec trois priorités : un accueil positif au sein des établissements scolaires et des structures de santé afin de prévenir les discriminations ; le soutien par les ARS de projets de formation "Sentinelle" impliquant les associations trans et les acteurs de la santé trans ; le développement des liens entre associations trans et structures de santé mentale pour faciliter les réponses en urgence."
2. **Recommandation 19** : "Sensibiliser les travailleurs sociaux à la transidentité comme facteur de discriminations et de vulnérabilité, et les former aux bonnes pratiques d'accueil ; renforcer les liens entre les structures d'accueil et d'hébergement des personnes précaires et les associations trans."

3. **Recommandation 21** : “Intégrer dans la formation initiale des professionnels de santé et dans les formations continues reconnues au titre du développement professionnel continu (DPC) des éléments de sensibilisation sur l'accueil des personnes trans et de formation sur les traitements de transition.”

Le développement des compétences des professionnel·les repose sur l'assimilation du savoir, du savoir-faire et du savoir-être. Le **savoir** se définit comme un "ensemble cohérent de connaissances acquises au contact de la réalité ou par l'étude"⁽³⁶⁾, englobant les connaissances théoriques et conceptuelles. Il s'agit par exemple de s'informer des dernières classifications et recommandations internationales. Le **savoir-faire**, quant à lui, est défini comme une "habileté à résoudre les problèmes pratiques ; une compétence, une expérience dans l'exercice d'une activité"⁽³⁷⁾. Il représente la capacité à appliquer ces connaissances de manière efficace dans des situations concrètes ; par exemple, la capacité à utiliser ces classifications et recommandations pour établir un diagnostic précis. Enfin, le **savoir-être** se caractérise par un "savoir-faire relationnel, une capacité de produire des actions et des réactions adaptées à son environnement"⁽³⁸⁾, reposant sur des qualités personnelles et interpersonnelles telles que l'empathie et la communication. Dans notre exemple, il s'agit de la capacité à annoncer le diagnostic de manière humaine et adaptée aux besoins du·de la patient·e.

En intégrant ces trois dimensions dans un programme de formation, on assure une amélioration holistique des compétences professionnelles, ce qui permet une prise en charge plus complète et respectueuse des personnes trans, en réponse aux recommandations du rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des

personnes trans et en accord avec les conclusions des études menées par les docteurs Marion Bernard et Marie-Elise Abdellaoui.

c. Pourquoi évaluer une action de formation ?

Évaluer une formation pour les professionnel·les est essentiel pour plusieurs raisons. D'une part, cela permet de voir si la formation atteint ses objectifs et améliore les compétences des participant·es. D'autre part, l'évaluation aide à repérer ce qui fonctionne bien et ce qui doit être amélioré, ce qui permet d'ajuster les contenus et méthodes pour les prochaines formations⁽³⁹⁾. En recueillant des retours, on s'assure également que la formation répond aux besoins réels des professionnel·les. Les formateur·trices peuvent alors adapter la formation pour mieux répondre aux attentes, ce qui augmente la satisfaction et l'engagement des participant·es⁽⁴⁰⁾. Enfin, pour les financeurs ou les responsables des ressources humaines, les résultats permettent de montrer l'efficacité de la formation et de son retour sur investissement⁽³⁹⁾.

II. Matériel et méthode

Cette étude quantitative et prospective a été menée à l'aide d'une enquête analytique et interventionnelle, avec une comparaison avant/après.

1. Objectifs et hypothèses de l'étude

L'objectif global de cette étude est d'évaluer l'évolution des compétences des professionnel·les après une action de formation sur les transidentités. Pour cela, nous avons défini plusieurs objectifs :

1. Évaluer l'efficacité pédagogique de type transmission de savoir être

2. Évaluer l'efficacité pédagogique de type transmission de savoir et de savoir-faire
3. Évaluer la satisfaction de l'action de formation

En fonction du recrutement réalisé, nous évaluerons la possibilité de faire des analyses en sous groupe : la première selon les catégories professionnelles, et la seconde selon le nombre de personnes trans rencontrées dans le cadre professionnel.

Nous émettons l'hypothèse que l'action de formation satisfait les professionnel·les de santé, renforce leurs savoir-être, savoir et savoir-faire et améliore ainsi leurs compétences professionnelles. Nous supposons également que les professionnel·les ayant rencontré un plus grand nombre de personnes trans possèdent un meilleur sentiment d'auto-capacité et des connaissances plus approfondies que leurs pairs avant la formation, tout en ayant une marge de progression significative. Analyser les résultats par catégorie professionnelle nous permettrait de constater l'intérêt de la formation pour chacune d'entre elles.

2. Terrain de recherche

a. Intervenant·es et contenu de la formation

La formation s'intitule "Comprendre, accueillir, accompagner les transidentités" et se déroule avec l'intervention d'une personne concernée et d'un professeur des universités à chaque session. Les intervenant·es sont :

- **Madame Cyane Dassonneville**, coordinatrice du Comité d'usager-es des parcours de santé Trans, adhérente de Trans Santé France en tant que personne concernée, formatrice en transidentité
- **Professeur François Medjkane**, pédopsychiatre, Professeur des Universités - Praticien Hospitalier à Lille dans le service de Psychiatrie de l'Enfant et l'Adolescent et au sein du Dispositif Transidentité, secrétaire général de l'Association Trans Santé FPATH

Le contenu de la formation est structuré comme tel :

Savoir

- Définitions et terminologie
- Contexte historique et socioculturel
- Données épidémiologiques
- Critères nosographiques et recommandations internationales
- Facteurs de vulnérabilité
- Cooccurrences psychiatriques

Savoir-faire

- Pratiques recommandées pour les attitudes et postures appropriées
- Parcours de transition
- Accompagnements psychologiques

Savoir-être

- Attitudes et postures appropriées
- Ressources associatives
- Témoignages personnels et expériences vécues

b. Mise en place des sessions de formation

Plusieurs établissements en santé mentale du Nord et du Pas-de-Calais nous ont contacté·es avec une demande de formation sur les transidentités. Notre étude comprend 4 sessions de formation, chacune avec le même contenu réparti sur 2 à 3 jours. Ces dernières ont eu lieu de septembre à novembre 2023 (*Tableau I*).

Tableau I : Caractéristiques des sessions de formation

	Dates de formation	Lieu de formation
Session 1	27, 28 et 29 septembre 2023	EPSM Bailleul
Session 2	12 et 13 octobre 2023	CHU Lille
Session 3	8, 9 et 10 novembre 2023	EPSM Camiers
Session 4	27, 28 et 29 novembre 2023	CEMEA Lille

c. Population étudiée : critères d'inclusion et d'exclusion

La population étudiée est constituée des participant·es à la formation. La participation est anonymisée et s'effectue sur la base du volontariat. Pour qu'une personne soit incluse dans l'étude, il faut que cette dernière soit présente à une des quatre sessions de formation. Les participant·es qui n'ont pas rempli leur pseudonyme sont exclu·es.

3. Outil d'évaluation

Pour répondre à nos objectifs, nous avons élaboré un questionnaire délivré à trois temps différents aux professionnel·les.

Avant de commencer la formation, un premier temps (T0) d'environ 20 minutes est consacré à l'explication du projet de thèse et au remplissage du premier questionnaire papier. Un second temps (T1) d'une durée similaire est prévu à la fin de la formation pour le second questionnaire papier. Nous avons recueilli l'adresse mail de chaque participant·e afin de leur envoyer le troisième questionnaire 3 mois après la formation (T2) avec une relance dans les 15 jours. Ce dernier a été conçu grâce au logiciel GOUILE avec l'aide de la Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France (F2RSM Psy).

Afin de pouvoir relier les questionnaires entre eux tout en préservant l'anonymat des participant·es, nous utilisons un pseudonyme. Les participant·es remplissent ce pseudonyme avec les trois premières lettres du prénom de leur mère, les trois premières lettres du prénom de leur père et la première lettre de leur ville de naissance.

a. Modèle de Kirkpatrick

Pour la conception du questionnaire, nous nous sommes appuyé·es sur le modèle de Kirkpatrick⁽³⁹⁾.

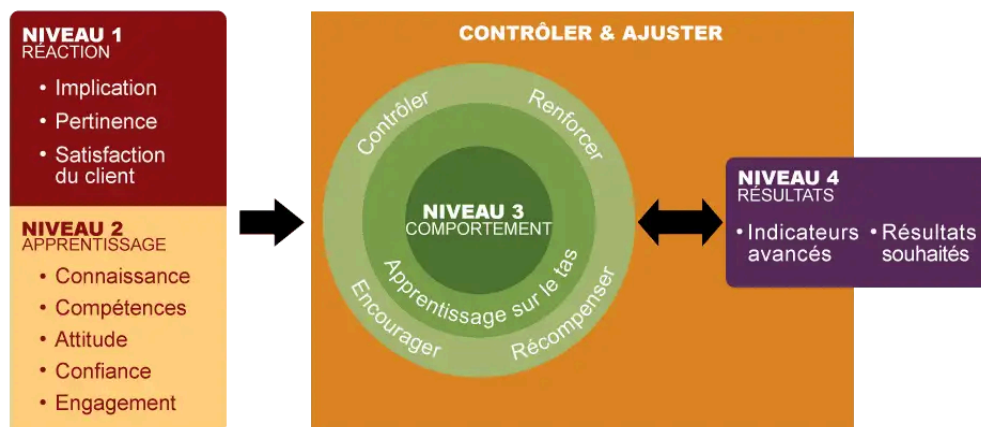
Il s'agit d'un modèle d'évaluation de la formation basé sur 4 niveaux :

Niveau 1 : Évaluation des réactions : degré de satisfaction des participant·es vis-à-vis du programme de formation.

Niveau 2 : Évaluation des apprentissages : acquisition de compétences, connaissances et/ou comportements. Idéalement l'évaluation se fait avant et après la formation.

Niveau 3 : Évaluation du niveau de transfert des connaissances vers un changement d'ordre comportemental. Dans quelles mesure les apprenant-es appliquent-iels les apprentissages réalisés lorsqu'iels sont de retour au travail ?

Niveau 4 : Évaluation des résultats selon des éléments factuels et chiffrables générés par la formation ; les indicateurs peuvent être divers selon les domaines d'activité.



<https://evaluationformation.fr/wp-content/uploads/2022/04/Modele-New-World-Kirkpatrick.png>

Dans notre étude, nous explorons les deux premiers niveaux du modèle. Le premier niveau consiste à apprécier la satisfaction des participant-es et le second évalue l'apprentissage des participant-es à travers l'évolution de leurs connaissances théoriques (savoir), et de leurs compétences pratiques (savoir-faire) et interpersonnelles (savoir-être).

Nous avons intégré les données sociodémographiques avec le genre, l'âge, la profession, la durée et le lieu d'exercice, ainsi qu'une estimation du nombre de personnes trans rencontrées dans le contexte professionnel.

Nous avons questionné les attentes des participant-es dans le questionnaire remis à T0 et leur satisfaction dans celui à T1.

b. Évaluation de l'efficacité pédagogique

i) Thèmes et variables

Pour répondre à nos deux premiers objectifs, nous avons défini 30 variables. Chaque variable correspond à une notion abordée au cours de la formation. Nous avons ensuite regroupé les variables entre elles afin d'obtenir 9 thèmes. Chaque thème regroupe entre 1 et 10 variables (*Annexe A*).

Exemple des 10 variables regroupées dans le thème "Transition sociale"

Accueil, posture, attitude
Prénom d'usage
Pronoms du genre ressenti
Acceptation et soutien du milieu scolaire ou professionnel
Acceptation et soutien du milieu familial
Acceptation et soutien du milieu amical
Exploration de genre
Approche trans affirmative
Accompagnement psychiatrique
Accompagnement psychologique

Pour chacun des 9 thèmes nous avons élaboré :

- une évaluation subjective du savoir, du savoir-faire et du savoir-être
- une évaluation objective du savoir-être
- une évaluation objective du savoir et du savoir-faire

ii) Évaluation subjective du savoir, du savoir-faire et du savoir-être

Pour répondre à nos deux premiers objectifs de manière subjective, c'est à dire pour évaluer l'évolution de leur propre perception de leurs compétences, nous avons regroupé le savoir, le savoir-faire et le savoir-être sous forme

d'auto-évaluation avec une échelle de Likert allant de 1 (pas du tout acquis) à 5 (tout à fait acquis).

Exemple de l'évaluation subjective concernant la transition sociale

Estimez, selon vous, votre niveau de compétence entre 1 (pas du tout acquis) et 5 (tout à fait acquis) :

“Accompagner une personne trans dans sa transition sociale (choix/utilisation prénom d'usage et pronoms, acceptation et affirmation de soi dans les différents milieux de vie...)”

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

iii) Évaluation objective du savoir-être

Pour répondre à notre premier objectif de manière objective, qui est d'évaluer l'efficacité pédagogique de type transmission de savoir-être, nous avons utilisé des Tests de concordance de script (TCS). Cette méthode a été développée pour évaluer les compétences face à une situation complexe pour laquelle il n'existe pas de certitude. Le système de notation du test est conçu pour mesurer l'écart qui existe entre les réponses des participant·es et les réponses d'un panel d'expert·es⁽⁴⁰⁾. Nous nous sommes inspiré·es de la version française de la *Suicide Intervention Response Inventory -2 (SIRI-2-VF)* évaluant les compétences relationnelles du·de la répondant·e en cas de crise suicidaire⁽⁴¹⁾. Ainsi, pour chaque thème, nous avons co-construit un mini-scénario illustrant un échange entre une personne trans, ou son parent, et un·e professionnel·le de santé. Chaque échange commence par la phrase de la personne concernée, suivie de deux réponses possibles (Aidant A/Aidant B). Le·la participant·e doit juger du caractère adapté (+3) ou inadapté (-3) de la réponse de chaque professionnel·le.

Nous avons sollicité un panel de 10 expert·es, constitué de 5 personnes concernées par la transidentité et de 5 professionnel·les exerçant au sein d'un Dispositif Transidentité (2 psychiatres, 1 endocrinologue, 1 chirurgien, 1 psychologue). Ces 10 personnes ont reçu par mail les 9 scénarios sous forme de formulaire (conçu à l'aide de Google Form). L'anonymat est conservé.

Exemple de l'évaluation objective du savoir-être concernant la transition sociale

Enzo, 14 ans : "J'aimerais commencer un parcours de transition mais j'ai peur que mes amis et ma famille ne m'aiment plus."

Aidant A : Ce sera l'occasion de voir s'ils t'aiment vraiment. Le plus important c'est que tu t'aimes toi.

-3	-2	-1	0	1	2	3
----	----	----	---	---	---	---

Aidant B : Est ce que tu as déjà parlé des transidentité avec ton entourage ?

-3	-2	-1	0	1	2	3
----	----	----	---	---	---	---

iv) Évaluation objective du savoir et du savoir-faire

Pour répondre à notre second objectif de manière objective, qui est d'évaluer l'efficacité pédagogique de type transmission de savoir et de savoir-faire, nous avons pour chaque thème co-construit une hétéro-évaluation objective avec 4 propositions. Les participant·es avaient le choix de répondre "vrai", "faux" ou "ne sait pas". La cotation est la suivante : +1 point pour une réponse correcte, 0 point pour "ne sait pas" et -1 point pour une réponse fausse. Nous avons fait le choix de pénaliser davantage une réponse fausse estimant qu'une fausse croyance comporte

un risque supplémentaire de transmettre une information erronée à une personne concernée, ce qui pourrait entraîner des conséquences plus négatives pour celle-ci.

Exemple de l'évaluation objective du savoir et du savoir-faire

concernant la transition sociale

A propos de la transition sociale, en France :

Réponse 1 : Elle consiste à s'affirmer face à soi même et face aux autres en adéquation avec son sentiment de genre

Réponse 2 : Une exploration de genre et/ou une psychothérapie Trans-Affirmative peuvent être proposées

Réponse 3 : Dans le milieu scolaire, un enfant trans peut avoir, avec ou sans accord parental, son prénom d'usage sur sa carte de cantine, sur les listes d'appel et sur les espaces numériques sans avoir fait de changement à l'état civil

Réponse 4 : L'utilisation du prénom d'usage et des pronoms du genre ressenti s'inscrivent dans la transition sociale

c. Évaluation de la satisfaction

Pour répondre à notre troisième objectif, nous interrogeons la satisfaction des participant·es à la fin de la formation (T1) sous forme de 7 items. Les trois premiers questionnent l'appréciation globale de la formation, les échanges et l'interactivité avec les intervenant·es, et la qualité de la formation. Il s'agit de donner une note de 1 (très insatisfaisante) à 5 (très satisfaisante). Il est ensuite demandé de répondre si oui ou non ils recommanderaient cette formation à des collègues et s'ils pensent mobiliser les acquis de la formation dans leur pratique professionnelle. Et enfin, nous leur proposons de citer 3 points forts et 3 points à améliorer concernant la formation.

4. Analyse statistique

Concernant la rédaction de la méthodologie, les analyses statistiques ont été effectuées en deux temps :

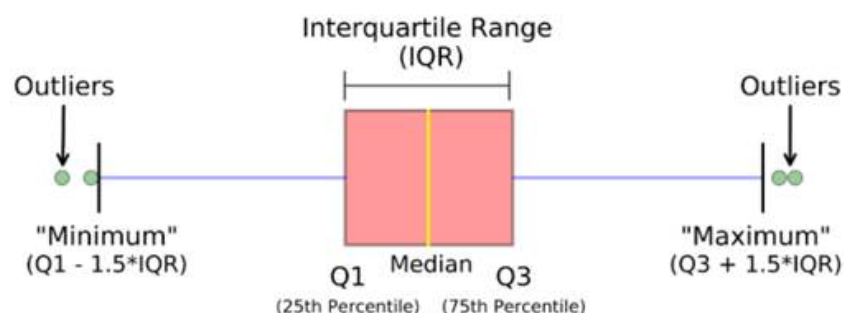
- 1er temps : réalisation d'analyses univariées afin de décrire l'ensemble des variables quantitatives au moyen des moyennes et écart-types et l'ensemble des variables qualitatives au moyen d'effectifs et de pourcentages.
- 2ème temps : réalisation d'analyses bivariées : les moyennes sont comparées à l'aide d'un test paramétrique de Student (lorsque les groupes sont ≥ 30 ind/groupe, que leur distribution suit une loi Normale et que les variances sont égales) ou à l'aide d'un test non paramétrique de Wilcoxon (lorsque les conditions d'utilisation d'un test de Student ne sont pas réunies)

Les résultats sont significatifs lorsque « p » est < 0.05 .

Les analyses ont été réalisées avec les logiciels Excel, R Studio et R version 4.2.1.

Les graphiques utilisés sont des "boxplots" ("boîte à moustaches" ou "diagramme en boîte").

Interprétation des boxplots



III. Résultats

La totalité des participant·es (N = 68) ont répondu au premier questionnaire distribué au début de la formation. Deux d'entre eux n'ont pas rempli leur pseudonyme, rendant impossible l'appariement à leurs questionnaires. Ainsi 66 participant·es, soit 97% des professionnel·les assistant à la formation, sont inclus·es dans l'étude. Le deuxième questionnaire a été rempli par 56 participant·es soit 84,8% de la population étudiée. Le troisième questionnaire envoyé par mail à chaque participant·e trois mois après la formation a été complété par 28 personnes, soit 42,4% de la population étudiée. Les résultats des quatre sessions de formation sont homogénéisés, traitant l'échantillon étudié comme une entité unique pour permettre une analyse statistique. Cependant, nous développerons dans notre discussion certains aspects propres à chaque session de formation.

1. Caractéristiques socio-démographiques des participant·es

L'âge moyen des participant·es est de 41,8 ans ($\pm 7,8$), avec 58 femmes représentant 87,9% de l'échantillon. La majorité des participant·es à la formation (63,6%) sont des professionnel·les paramédicaux (N = 42), dont 36 infirmier·ères (54,5%). De plus, 42,4% des professionnel·les exercent leur métier depuis plus de 20 ans. La quasi-totalité a déjà rencontré une personne trans en milieu professionnel, et environ un quart (25,8%) en a rencontré plus de 10. Les caractéristiques détaillées sont présentées dans le tableau ci-dessous (*Tableau II*).

Tableau II : Caractéristiques des participant·es

Nombre de participant·e, n (%)	N = 66 (100.0)
GENRE, n (%) Féminin Masculin Autre	58 (87.9) 8 (12.1) 0 (0)
ÂGE, m (sd) Minimum : 24 ; Maximum : 57 ; Médiane : 42	41,8 (7.8)
PROFESSION, n (%) Paramédical Psychiatre, pédopsychiatre Psychologue Travailleur·euse social	42 (63.6) 6 (9.1) 11 (16.7) 7 (10.6)
EXPERIENCE PROFESSIONNELLE, n (%) Moins de 5 ans Entre 5 et 10 ans Entre 10 et 20 ans Plus de 20 ans	9 (13.6) 6 (9.1) 23 (34.8) 28 (42.4)
NOMBRE DE PERSONNES TRANS ET/OU SE QUESTIONNANT SUR LEUR IDENTITÉ DE GENRE RENCONTRÉES, n (%) Aucune 1 à 5 5 à 10 Plus de 10	3 (4.5) 27 (40.9) 19 (28.8) 17 (25.8)

*m (sd) : moyenne (écart-type)

2. Évaluation subjective du savoir, du savoir-faire et du savoir-être

Les participant·es se sont auto-évalué·es pour chacun des 9 objectifs, avec un score minimum de 1 et un maximum de 5 par objectif. Le score total varie donc de 9 à 45. À T0, le score total moyen est de 17,61 (\pm 6,64), il augmente à T1 avec une moyenne de 39,79 (\pm 3,82), et reste significativement plus élevé à T2 avec une moyenne de 36,39 (\pm 4,69) (*Tableau III et Graphique I*). Les résultats sont homogènes, montrant une amélioration significative de la moyenne du score total à l'évaluation subjective entre T0 et T2 pour l'ensemble des répondant·es.

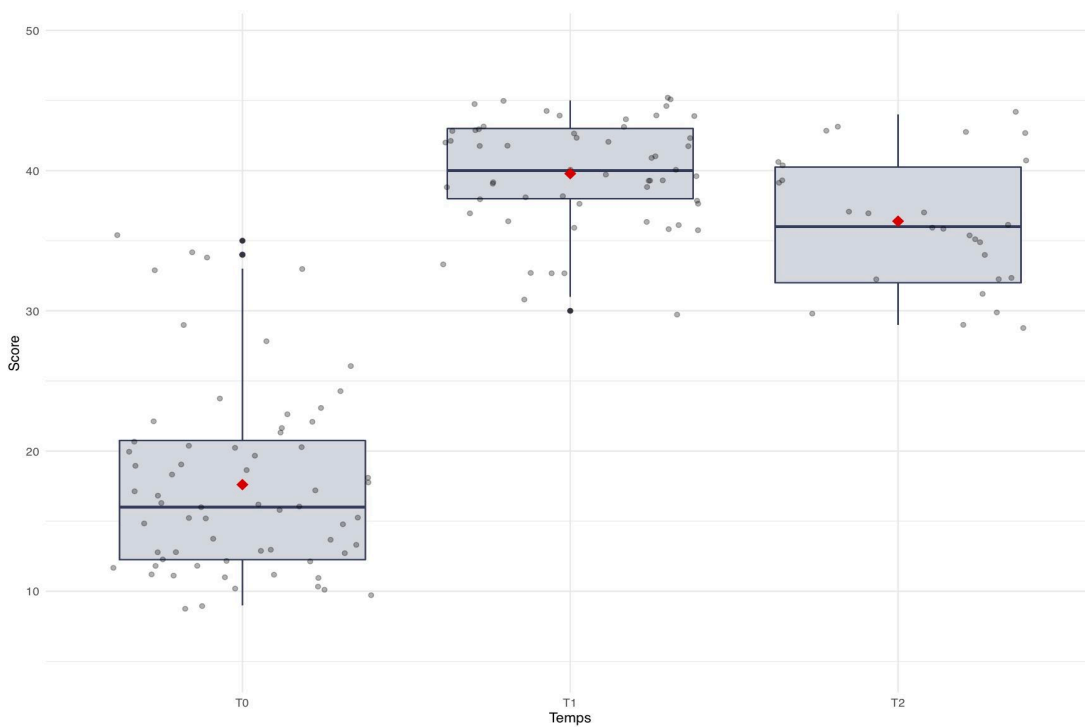
Tableau III : Évaluation subjective du savoir, du savoir-faire et du savoir-être

	T0	T1	T2	p^{**}
Objectifs, moy				
Connaître la notion de diversité de genre et sa prévalence en population générale	1.97	4,52	3.79	
Distinguer identité et expression de genre	2.38	4.80	4.46	
Avoir connaissance des standards de soins selon les recommandations internationales	1.64	4.32	3.68	
Reconnaître la transidentité comme facteur de vulnérabilité	3.17	4.93	4.71	
Connaître les principes de PEC et accompagnement en France	1.98	4.52	4.07	
Accompagner une personne trans dans sa transition sociale	1.92	4.36	4.18	
Accompagner une personne trans dans sa transition juridique	1.55	4.18	3.93	
Orienter/Accompagner une personne trans dans sa transition hormonologique	1.59	4.09	3.79	
Orienter/Accompagner une personne trans dans sa transition chirurgicale	1.52	4.07	3.79	
Score total, m (sd)	17.61 ± 6.64	39.79 ± 3.82	36.39 ± 4.69	< 0.001*

*Résultats significatifs

**Comparaison des scores à T0 et T2

Graphique I : Évolution des scores obtenus à l'évaluation subjective



3. Évaluation objective du savoir-être

En ce qui concerne le panel d'expert·es, nous avons reçu 8 réponses sur 10, soit 80%. Le score pour un thème peut varier de 0 (minimum) à 2 (maximum), avec un score total allant de 0 (minimum) à 18 (maximum). À T0, le score total moyen est de 8,13 (\pm 2,91). Ce score augmente à T1 pour atteindre une moyenne de 12,16 (\pm 2,09) et reste significativement plus élevé à T2 avec une moyenne de 11,12 (\pm 2,53) (*Tableau IV et Graphique II*). Les résultats sont homogènes et montrent une amélioration significative du score total moyen sur l'évaluation objective du savoir-être entre T0 et T2 pour l'ensemble des répondant·es.

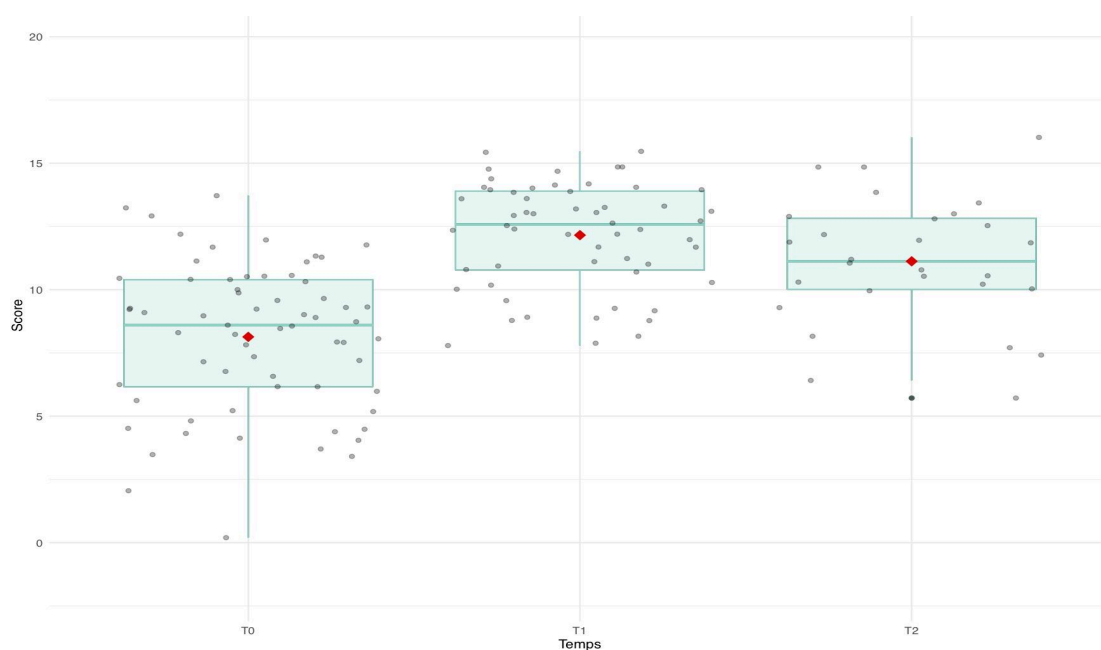
Tableau IV : Évaluation objective du savoir-être

Score total selon chaque thème, m (sd)	T0	T1	T2	p**
Diversité de genre et prévalence	1.13 \pm 0.60	1.48 \pm 0.51	1.55 \pm 0.46	-
Identité et expression de genre	0.86 \pm 0.64	1.56 \pm 0.64	0.90 \pm 0.68	-
Critères nosographiques et recommandations des standards de soins	0.56 \pm 0.50	0.99 \pm 0.71	0.99 \pm 0.72	-
Facteurs de vulnérabilité	0.82 \pm 0.63	0.81 \pm 0.55	1.03 \pm 0.60	-
Accompagnement à la transition, parcours de soins	0.60 \pm 0.66	1.54 \pm 0.54	1.30 \pm 0.68	-
Transition sociale	1.52 \pm 0.49	1.63 \pm 0.32	1.64 \pm 0.43	-
Transition juridique	0.70 \pm 0.41	1.11 \pm 0.45	1.04 \pm 0.50	-
Transition hormonologique	0.99 \pm 0.62	1.64 \pm 0.44	1.35 \pm 0.62	-
Transition chirurgicale	1.20 \pm 0.57	1.42 \pm 0.33	1.32 \pm 0.38	-
Score total	8.13 \pm 2.91	12.16 \pm 2.09	11.12 \pm 2.53	< 0.001*

*Résultats significatifs

**Comparaison des scores à T0 et T2

Graphique II : Évolution des scores obtenus pour le savoir être



4. Évaluation objective du savoir et du savoir-faire

Le score pour un thème peut varier de -4 (minimum) à 4 (maximum), avec un score total allant de -36 (minimum) à 36 (maximum). À T0, le score total moyen est de 7,97 ($\pm 6,37$). Ce score augmente à T1 pour atteindre une moyenne de 24,05 ($\pm 5,08$) et reste significativement plus élevé à T2 avec une moyenne de 20,39 ($\pm 6,65$) (*Tableau V et Graphique III*). Les résultats sont homogènes et montrent une amélioration significative du score total moyen et du score de chaque thème sur l'évaluation objective du savoir et du savoir-faire entre T0 et T2 pour l'ensemble des répondant·es.

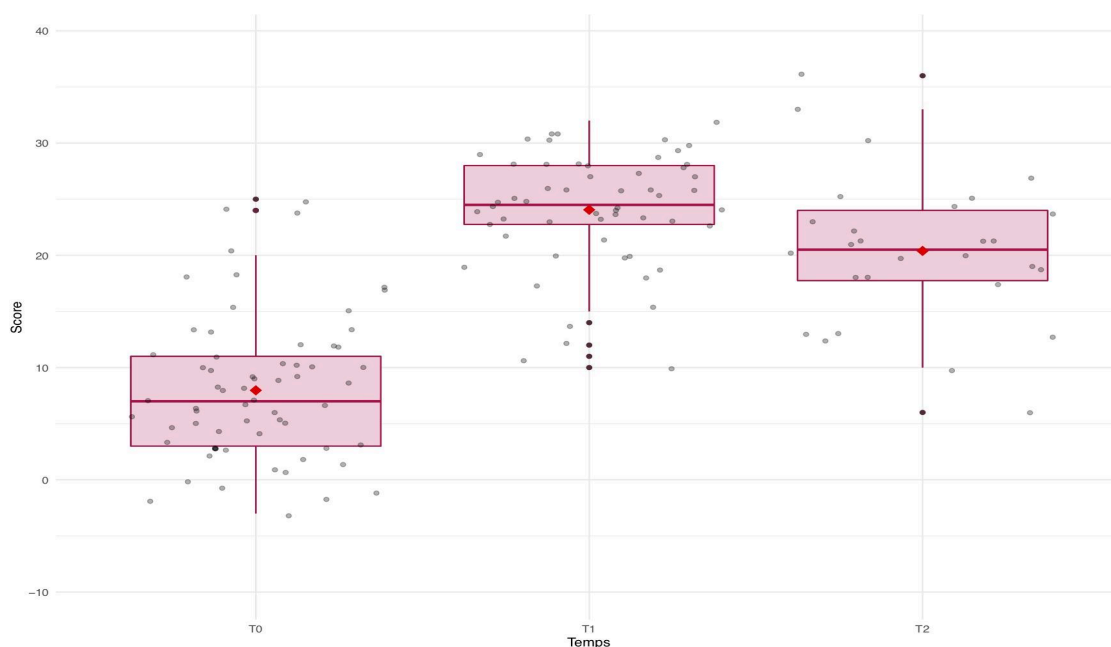
Tableau V : Évaluation objective du savoir et savoir-faire

	T0	T1	T2	p**
Score total selon chaque thème, m (sd)				
Diversité de genre et prévalence	1.70 ± 1.26	3.88 ± 0.47	3.43 ± 0.74	< 0.001*
Identité et expression de genre	1.64 ± 1.46	3.45 ± 1.03	2.75 ± 1.53	0.001*
Critères nosographiques et recommandations des standards de soins	0.24 ± 1.08	2.00 ± 1.39	1.46 ± 1.23	< 0.001*
Facteurs de vulnérabilité	-0.11 ± 1.28	0.98 ± 1.61	0.57 ± 1.62	0.033*
Accompagnement à la transition, parcours de soins	1.12 ± 1.44	2.80 ± 1.39	2.18 ± 1.56	0.002*
Transition sociale	2.24 ± 1.44	3.89 ± 0.41	3.64 ± 0.78	< 0.001*
Transition juridique	0.29 ± 1.20	1.77 ± 1.50	1.93 ± 1.39	< 0.001*
Transition hormonologique	0.74 ± 1.23	3.02 ± 1.36	2.57 ± 1.23	< 0.001*
Transition chirurgicale	0.11 ± 1.10	2.27 ± 1.41	1.86 ± 1.35	< 0.001*
Score total, m (sd)	7.97 ± 6.37	24.05 ± 5.08	20.39 ± 6.65	< 0.001*

*Résultats significatifs

**Comparaison des scores à T0 et T2

Graphique III : Évolution des scores obtenus pour le savoir et le savoir faire



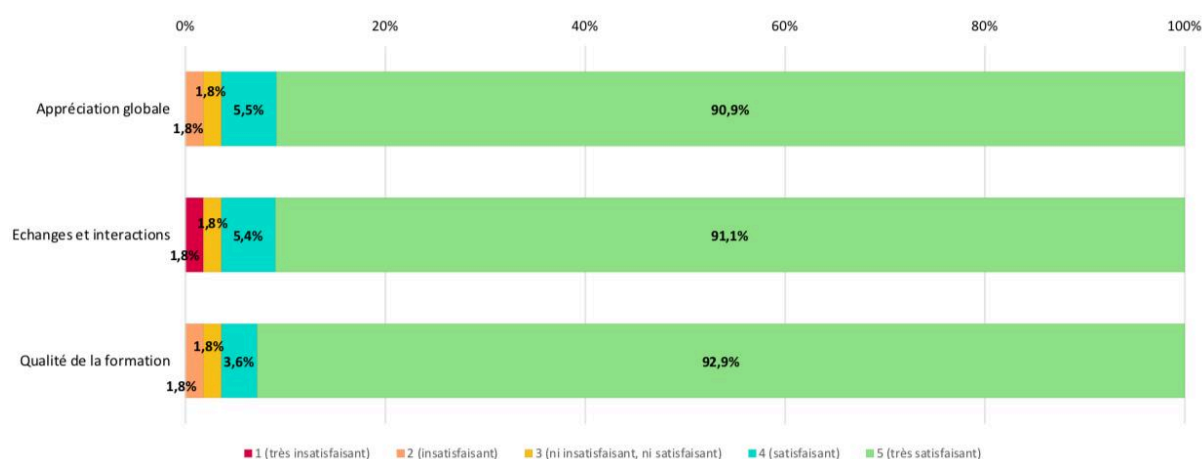
5. Évaluation de la satisfaction

Le graphique (*Graphique IV*) et le tableau (*Tableau VI*) ci-dessous illustrent la satisfaction des participant·es. Plus de 90% des participant·es se déclarent très satisfait·es de la formation, tant en termes de qualité que d'interactions avec les intervenant·es. De plus, plus de 98% des participant·es recommanderaient cette formation à un·e collègue et estiment pouvoir mobiliser leurs acquis dans leur pratique professionnelle.

Tableau VI : Évaluation de la satisfaction à T1

N = 56 (84.8% des participants)	
Appréciation globale de la formation*, n (%)	
1 (très insatisfaisant)	0 (0.0)
2 (insatisfaisant)	1 (1.8)
3 (ni insatisfaisant, ni satisfaisant)	1 (1.8)
4 (satisfaisant)	3 (5.5)
5 (très satisfaisant)	50 (90.9)
Appréciation globale de la formation, m (sd)	4.85 ± 0.52
<i>*Sur 55 participants</i>	
Echanges et interactions avec les intervenant(e)s, n (%)	
1 (très insatisfaisant)	1 (1.8)
2 (insatisfaisant)	0 (0.0)
3 (ni insatisfaisant, ni satisfaisant)	1 (1.8)
4 (satisfaisant)	3 (5.4)
5 (très satisfaisant)	51 (91.1)
Echanges et interactions avec les intervenant(e)s, m (sd)	4.84 ± 0.63
Qualité de la formation, n (%)	
1 (très insatisfaisant)	0 (0.0)
2 (insatisfaisant)	1 (1.8)
3 (ni insatisfaisant, ni satisfaisant)	1 (1.8)
4 (satisfaisant)	2 (3.6)
5 (très satisfaisant)	52 (92.9)
Qualité de la formation, m (sd)	4.88 ± 0.51
Recommandation de la formation*, n (%)	
Oui	54 (98.2)
Non	1 (1.8)
<i>*Sur 55 participants</i>	
Mobilisation des acquis dans la pratique*, n (%)	
Oui	53 (98.1)
Non	1 (1.9)
<i>*Sur 54 participants</i>	

Graphique IV : Satisfaction des participant·es



6. Analyses en sous groupe

Nous avons effectué des analyses en sous-groupes pour comparer les scores des professionnel·les ayant rencontré peu de personnes concernées (personnes trans et/ou se questionnant sur leur identité de genre) à ceux des professionnel·les en ayant rencontré un plus grand nombre (> 5) au cours de leur carrière. Les scores de l'évaluation subjective à T0 et T1 sont significativement plus élevés dans le groupe ayant rencontré plus de personnes concernées. On ne retrouve pas de différence significative pour les autres scores. Cependant, dans les deux groupes, il y a une amélioration significative entre T0 et T2 en termes de savoir-être, de savoir-faire et de savoir, de manière subjective et objective (Tableau VII).

**Tableau VII : Comparaison des scores totaux en fonction du nombre
de personnes concernées rencontrées**

Evaluation subjective du savoir, du savoir-faire et du savoir-être			
	Moins de 5 personnes concernées rencontrées N = 30	Plus de 5 personnes concernées rencontrées N = 36	<i>p</i>
Score, m (sd)*			
T0	14.5 (3.4)	20.2 (7.6)	< 0.001
T1	38.2 (3.5)	41.1 (3.6)	0.004
T2	35.0 (3.9)	37.1 (5.0)	0.287
<i>p</i> **	< 0.001	< 0.001	
Evaluation objective du savoir être			
	Moins de 5 personnes concernées rencontrées N = 30	Plus de 5 personnes concernées rencontrées N = 36	<i>p</i>
Score, m (sd)*			
T0	8.12 (2.8)	8.14 (3.1)	0.978
T1	12.32 (2.3)	12.02 (1.9)	0.599
T2	11.25 (1.5)	11.06 (2.9)	0.855
<i>p</i> **	< 0.001	< 0.001	
Evaluation objective du savoir et du savoir-faire			
	Moins de 5 personnes concernées rencontrées N = 30	Plus de 5 personnes concernées rencontrées N = 36	<i>p</i>
Score, m (sd)*			
T0	6.90 (5.0)	8.86 (7.3)	0.216
T1	22.84 (5.9)	25.03 (4.2)	0.109
T2	18.11 (4.2)	21.47 (7.4)	0.218
<i>p</i> **	< 0.001	< 0.001	

*m (sd) : moyenne (écart-type) ** comparaison des scores à T0 et T2

Les paramédicaux étant surreprésentés, nous n'avons pas pu réaliser d'analyses en sous groupe en fonction des catégories professionnelles.

IV. Discussion

Le nombre de personnes incluses dans notre étude (N = 66) est amplement représentatif des participant·es à la formation (97%). Toutes les participant·es ont accepté de remplir le premier questionnaire, ce qui a conduit à un taux de

participation de 100% à T0. La baisse de participation (85%) au second questionnaire s'explique par le départ anticipé de certain·es professionnel·les en raison d'impératifs personnels, notamment à cause des intempéries, telles que des inondations, survenues lors de la troisième session de formation. Compte tenu du fait que le dernier questionnaire devait être rempli à distance sur le temps personnel, le taux de participation à T2 reste assez élevé (42%). Cela souligne l'intérêt des professionnel·les pour notre étude et encourage le développement de formations professionnelles sur les transidentités.

Concernant les caractéristiques socio-démographiques des participant·es, les femmes constituent la grande majorité de l'échantillon (88%). Cela peut s'expliquer en partie par la surreprésentation des femmes dans les professions paramédicales, ainsi que parmi les psychiatres et les psychologues⁽⁴²⁾.

L'échantillon est représentatif en termes d'âge des participant·es, qui s'étend de 24 à 57 ans, avec un âge médian de 42 ans. Cette homogénéité témoigne d'une préoccupation commune à toutes les générations de professionnel·les.

Nous avons regroupé les professions en quatre catégories (paramédical, médical, psychologue et travailleur·euse social·e). Il est néanmoins intéressant de souligner la grande diversité des professions représentées : infirmier·ère, secrétaire, éducateur·rice spécialisé·e, pédopsychiatre, psychiatre, psychomotricien·ne, assistant·e médico-administratif·ve, moniteur·trice-éducateur·trice, assistant·e socio-éducatif·ve, aide-soignant·e et assistant·e social·e. Tant de professions concernées par la formation pour améliorer l'accueil, l'accompagnement et l'orientation des personnes trans.

La profession la plus représentée est celle d'infirmier·ère (N = 36) suivie des psychologues (N = 11) et des psychiatres (N = 6). Cette répartition est cohérente

avec la démographie des professionnel·les de santé mentale en France : en janvier 2021, la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) estimait à 764 000 le nombre d'infirmier·ères en exercice en France, 78 197 le nombre de psychologues et 15 560 le nombre de psychiatres⁽⁴³⁾.

La majorité de la population étudiée exerce son métier depuis plus de 10 ans (77%), ce qui témoigne d'une absence de formation continue sur ce sujet durant leur parcours professionnel.

On remarque que seulement 4,5% (N=3) des participant·es n'ont jamais rencontré de personnes trans dans le cadre professionnel. Malgré le manque de données sur la prévalence des personnes trans en France⁽³⁾, cette information suggère que le phénomène est répandu.

Nous constatons que la question sur le lieu d'exercice manque de précision. En effet, certain·es participant·es ont indiqué la ville où ils ou elles travaillent, d'autres ont mentionné leur structure ou leur spécialisation, ce qui a rendu ce résultat inexploitable.

Avant de débiter la formation, nous avons recueilli les attentes des participant·es en texte libre. Il ressort que les professionnel·les sont davantage dans une dynamique d'"amélioration" et d'"adaptation" plutôt que de "découverte". Leur principale préoccupation semble être "l'accompagnement" des personnes trans, suivie par le besoin d'acquérir des "connaissances" et de "comprendre", notamment en ce qui concerne le "lexique" et la "prise en charge". La rareté des termes relatifs à la psychiatrie suggère que les professionnel·les sont déjà informé·es de la dépsychiatisation des transidentités. De plus, le fait que "l'orientation" soit très peu mentionnée laisse penser que les professionnel·les se concentrent principalement

sur l'accueil et l'accompagnement des personnes trans au sein de leurs propres structures.

Concernant l'évaluation subjective, on remarque un score particulièrement bas avant la formation pour chacun des thèmes, traduisant un réel sentiment d'incapacité à accueillir, accompagner et orienter convenablement les personnes trans en demande de soins. Cette auto-appréciation peut s'expliquer par le fait que l'augmentation de la visibilité et de la demande d'accès aux soins des personnes trans ne s'accompagne pas, ou peu, de propositions de formations pour les professionnel·les. On constate tout de même un sentiment de capacité plus élevé pour reconnaître les transidentités comme un facteur de risque de vulnérabilité. Les facteurs de vulnérabilité font écho à la souffrance, aux cooccurrences psychiatriques ou encore au risque suicidaire. Les professionnel·les semblent avoir conscience de ces risques, renforçant ainsi leur volonté de se former.

Le renforcement du sentiment d'auto-capacité est majeur sur l'ensemble des thèmes abordés, tant au décours qu'à distance de la formation. Le gain de confiance en leurs compétences permettra probablement aux professionnel·les d'accompagner les personnes trans de façon plus sereine et adaptée. Ce phénomène pourrait faciliter l'accès aux soins des personnes trans, notamment grâce à un ajustement des orientations vers les centres spécialisés.

Nous avons pu évaluer l'évolution du savoir-être de façon objective grâce un taux de réponse élevé (80%) du panel d'expert·es. L'intérêt de constituer un groupe référentiel mixte composé à la fois de personnes concernées et de professionnel·les de santé repose sur la pertinence des réponses, mais aussi sur la légitimité et l'inclusivité des processus d'évaluation. En effet, les personnes concernées

possèdent une connaissance vécue des besoins et des expériences propres à leur communauté, tandis que les professionnel·les de santé apportent une expertise médicale. L'inclusion des personnes concernées dans le processus d'évaluation relève également d'un engagement éthique, celui de reconnaître leur droit à être impliquées dans les décisions qui les concernent directement.

Le savoir-être global s'améliore de manière significative tant immédiatement après la formation qu'à distance. Avant la formation, le savoir-être global est évalué à environ 8 sur 18, soit en dessous de la moyenne. Après la formation, le score dépasse la moyenne atteignant 12 sur 18 puis se stabilise à 11 sur 18 à distance de la formation. Une analyse plus détaillée révèle une progression positive du score total pour chaque thème. Ces résultats montrent que la formation a un impact significatif sur l'acquisition du savoir-être en fournissant des outils concrets pour adopter des comportements plus respectueux et inclusifs.

L'évolution du savoir et du savoir-faire, évaluée de manière objective, s'améliore considérablement après la formation. Avant la formation, le score global était bien en dessous de la moyenne, avec un score inférieur à 8 sur 36. Juste après la formation, il atteint 24 sur 36, puis se stabilise à 20 sur 36 à distance. Cette évolution significativement positive s'observe également pour chaque thème. Ces résultats montrent que la formation a un impact positif sur l'acquisition du savoir et du savoir-faire. Le score initial suggère que les participant·es avaient un niveau de compétence relativement faible avant la formation. L'accroissement considérable du score juste après la formation indique que celle-ci a été très efficace pour améliorer les connaissances et compétences des participant·es. La légère baisse à distance,

avec une stabilisation à un score de 20 sur 36, montre que bien que certains acquis puissent diminuer avec le temps, une amélioration notable persiste.

En analysant les scores liés aux facteurs de vulnérabilité, on observe que les professionnel·les s'auto-évaluent assez favorablement avant et après la formation, tandis que ce thème obtient objectivement des scores plutôt faibles à ces mêmes moments. Étant donné que ce thème implique de mémoriser des chiffres et des pourcentages, l'évolution des scores, moins marquée que pour les autres sujets, suggère que les participant·es ne retiennent peut-être pas les chiffres exacts. Un support visuel pourrait être plus efficace. Il serait également intéressant d'explorer si les participant·es sous-estiment ou surestiment ces facteurs.

La grande majorité des participant·es sont très satisfait·es de la formation (> 90%) tant sur la qualité du contenu que sur les interactions avec les intervenant·es. Plus de 98 % de la population étudiée recommanderaient cette formation à un·e collègue et estiment qu'ils mettront en pratique les acquis de celle-ci dans leur exercice professionnel. Ces pourcentages confortent l'intérêt d'une telle formation et le format proposé.

Afin d'étoffer nos résultats, nous avons proposé aux professionnel·les de citer en texte libre 3 points forts de la formation. Les réponses les plus fréquemment retrouvées relèvent de la "complémentarité", "l'accessibilité" et la "bienveillance" des deux intervenant·es, de leurs "témoignages" personnels ou expérientiels ainsi que de la richesse des "échanges" et de "l'interactivité" au sein du groupe. Ces différents termes employés par les participant·es mettent en lumière le côté très humain de cette formation qui permet à chacun·e de cheminer vers l'autre mais également vers soi. Ces réflexions sont complétées par la caractérisation d'un contenu qualifié à

plusieurs reprises “d’intéressant”, “clair” et “complet” avec la mise en avant de la qualité des “apports théoriques”.

Enfin, nous nous sommes intéressé·es aux axes d’amélioration en invitant les participant·es à proposer librement 3 points à améliorer.

Dans un premier temps, nous observons que sur les 56 personnes ayant répondu au second questionnaire, 21 d’entre elles ne répondent pas à cette question et 10 autres répondent par la négative tels que “aucun” ou “RAS”. Le contraste entre le nombre de réponses aux “points forts” (N = 54) et aux “points à améliorer” (N = 35) laisse penser qu’il est peu probable que le manque d’intérêt ou de temps explique l’absence de réponse. En supposant que les personnes n’ayant pas répondu à cette question partagent l’avis de celles qui n’ont identifié aucun point à améliorer, nous observons que plus de la moitié des participant·es (55,3%) n’ont spontanément soulevé aucun point d’amélioration. Ce constat tend à consolider les résultats concernant la satisfaction des participant·es.

Dans un second temps, il paraît intéressant de préciser le nombre de participant·es à chaque session de formation :

- 14 personnes lors de la 1^{ère} session (14 incluses)
- 24 personnes lors de la 2^{ème} session (24 incluses)
- 15 personnes lors de la 3^{ème} session (13 incluses)
- 15 personnes lors de la 4^{ème} session (15 incluses)

Nous remarquons que la 2^{ème} session accueillait un plus grand nombre de personnes et, pour rappel, il s’agit également de la session qui bénéficiait d’un jour en moins que les autres. Nous remarquons que sur les 25 suggestions d’amélioration, 18 émanent des participant·es de la session 2 (72%). Bien que le nombre de personnes incluses lors de la session 2 soit supérieur aux autres

sessions, ce chiffre reste particulièrement élevé. Parmi ces réponses, apparaît plus d'une fois la remarque d'un contenu "trop dense" avec un mécontentement concernant "les débats et échanges" accompagné d'une proposition de prolonger la formation "d'un jour supplémentaire". Les commentaires concernant la logistique (accueil, vidéoprojecteur, repas, café) sont également plus fréquents. Cette observation est intéressante, elle met en lumière l'importance de privilégier les petits groupes afin de renforcer la cohésion de groupe et de permettre à chacun·e de s'exprimer le plus librement possible. On suppose qu'une durée de formation de 3 jours permet une meilleure assimilation des informations et un espace-temps plus adéquat aux échanges et débats. De façon plus homogène parmi les sessions de formation, les participant·es ont également suggéré de mettre à disposition un support écrit (avant et/ou pendant la formation) en complément du powerpoint.

Les résultats montrent que les professionnel·les ayant rencontré un plus grand nombre de personnes trans ou en questionnement sur leur identité de genre au cours de leur carrière présentent des scores d'évaluation subjective significativement plus élevés à la fois avant la formation (T0) et juste après (T1). Ces professionnel·les semblent plus confiant·es, révélant que l'expérience joue un rôle dans la perception des connaissances et compétences initiales et immédiates après la formation. Cependant, il est notable qu'aucune différence significative n'a été trouvée entre les deux groupes en ce qui concerne les autres scores. Cela suggère que ces écarts ne se traduisent pas de manière significative sur le long terme ou dans les évaluations objectives. Enfin, l'amélioration significative observée entre T0 et T2 dans les deux groupes indique que la formation a été bénéfique pour toutes les participant·es, indépendamment de leur expérience préalable. La formation semble donc efficace pour renforcer les compétences nécessaires, comblant ainsi

les différences initiales observées et apportant des connaissances et compétences importantes même aux professionnel·les les plus expérimenté·es.

Concernant les forces de notre étude, nous pouvons mettre en avant la pertinence du sujet. En effet, la formation des professionnel·les sur les transidentités est un sujet d'actualité et d'une importance cruciale pour améliorer les soins et réduire les discriminations. De plus, en couvrant le savoir, le savoir-faire et le savoir-être, notre étude prend en compte une évaluation complète des compétences des professionnel·les, offrant ainsi une vision exhaustive de l'impact de la formation.

En ce qui concerne les limites de notre étude, il serait intéressant de procéder à une évaluation à plus long terme pour déterminer si les effets de la formation persistent ou diminuent avec le temps. L'absence de retours directs des personnes trans prises en charge par les professionnel·les formé·es limite notre compréhension de l'impact réel de la formation sur la qualité des soins. De plus, bien que l'étude inclut des évaluations objectives, les résultats des évaluations subjectives pourraient être influencés par des biais d'auto-évaluation notamment si les professionnel·les ont tendance à surévaluer ou sous évaluer leurs compétences. L'absence d'un groupe de contrôle non formé complique l'attribution directe des améliorations à la formation, et la variabilité dans la durée d'une des sessions de formation par rapport aux trois autres peut rendre l'interprétation des résultats plus complexe.

V. Conclusion

Notre étude a montré une amélioration des compétences des professionnel·les suite à une formation sur les transidentités, aussi bien à court qu'à moyen terme. La formation a un impact positif continu sur l'ensemble des participant·es, indépendamment de leur expérience antérieure avec des personnes concernées. Pour aller plus loin, il serait pertinent d'évaluer l'évolution des compétences à plus long terme. Il pourrait également être intéressant de mener une enquête auprès des personnes trans, prises en charge dans les structures où les professionnel·les ont été formé·es, afin de savoir si elles perçoivent une différence dans l'accueil et l'accompagnement. Une autre piste d'évaluation serait de vérifier si ces structures accueillent un plus grand nombre de personnes trans et les orientent moins vers des structures spécialisées. Continuer à former les professionnel·les est fondamental pour améliorer l'accueil, l'accompagnement et l'orientation des personnes trans, et ainsi réduire les discriminations et améliorer leur santé globale grâce à des soins respectueux, inclusifs et adaptés. La formation garantit également que les professionnel·les restent compétent·es et informé·es dans un domaine en constante évolution, en répondant aux exigences éthiques et légales.

Références bibliographiques

Toutes les citations présentes dans la première partie de l'argumentaire proviennent du livre *Transidentités, regards croisés et expériences transformatrices*, coordonné par François Medjkane et Floriane Brunet.

1. Blakemore E. Quand les historiens documentent la vie des personnes transgenres. National Geographic. 2022.
2. Alessandrin A. Sociologie des transidentités. M/S Revues. 2022.
3. Haute Autorité de Santé (HAS). Parcours de transition des personnes transgenres. 2022.
4. Groupe SOS. Personne trans : comment améliorer l'accès aux soins? 2023.
5. Haute Autorité de Santé (HAS). Sexe, genre et santé. Rapport d'analyse prospective 2020. 2020.
6. Gautret E. Définir la non-binarité, se définir non-binaire : de la compréhension du phénomène à la prise en soins spécifique. 2023.
7. Binaire - Dico en ligne Le Robert.
8. Conseil de l'Europe. Questions de genre : sexe et genre.
9. Organisation mondiale de la santé (OMS). Genre et santé. 2018.
10. Medjkane F, Brunet F. *Transidentités, regards croisés et expériences transformatrices*. 2023.
11. Nations unies. Le HCDH et les droits de l'homme des personnes LGBTI. Personnes intersexes.
12. Goguel d'Allondans T, Nicolas J. Choisir son genre? Identités sexuées et identités sexuelles à l'adolescence. 2022.
13. Organisation mondiale de la santé (OMS). Guide de mise en œuvre ou de transition vers la CIM-11.
14. Organisation mondiale de la santé (OMS). CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité.

15. Masson E. DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. EM-Consulte.
16. Coleman E, Radix AE, Bouman WP, Brown GR, De Vries ALC, Deutsch MB, et al. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *Int J Transgender Health*. 2022;23.
17. Picard DH, Jutant S. Rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans. 2022.
18. Association TRANS SANTÉ France – FPATH. Autodétermination éclairée.
19. Fiot É, Lebrun C, Delcour C, Rogez C, Cohen A, Martinerie L. Accompagnement des transidentités chez l'enfant et l'adolescent(e). *Médecine/Sciences*. 2022.
20. D'hoore L, T'Sjoen G. Gender-affirming hormone therapy: An updated literature review with an eye on the future. *J Intern Med*. 2022.
21. Beckwith N, McDowell MJ, Reisner SL, Zaslow S, Weiss RD, Mayer KH, et al. Psychiatric Epidemiology of Transgender and Nonbinary Adult Patients at an Urban Health Center. *LGBT Health*. 2019.
22. Lin Y, Xie H, Huang Z, Zhang Q, Wilson A, Hou J, et al. The mental health of transgender and gender nonconforming people in China: a systematic review. *The Lancet. Public Health*. 2021.
23. Reisner SL, Katz-Wise SL, Gordon AR, Corliss HL, Austin SB. Social Epidemiology of Depression and Anxiety by Gender Identity. *J Adolesc Health*. 2016.
24. Quinn VP, Nash R, Hunkeler E, Contreras R, Cromwell L, Becerra-Culqui TA, et al. Cohort profile: Study of Transition, Outcomes and Gender (STRONG) to assess health status of transgender people. 2017.
25. Jasuja GK, de Groot A, Quinn EK, Ameli O, Hughto JMW, Dunbar M, et al. Beyond Gender Identity Disorder Diagnoses Codes: An Examination of Additional Methods to Identify Transgender Individuals in Administrative Databases. *Med Care*. 2020.

26. Heylens G, Elaut E, Kreukels BPC, Paap MCS, Cerwenka S, Richter-Appelt H, et al. Psychiatric characteristics in transsexual individuals: Multicenter study in four European countries. *Br J Psychiatry*. 2014.
27. Surace T, Fusar-Poli L, Vozza 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*. 2021.
28. Day JK, Fish JN, Perez-Brumer A, Hatzenbuehler ML, Russell ST. Transgender Youth Substance Use Disparities: Results From a Population-Based Sample. *J Adolesc Health*. 2017.
29. Eisenberg ME, Gower AL, McMorris BJ, Rider GN, Coleman E. Emotional Distress, Bullying Victimization, and Protective Factors Among Transgender and Gender Diverse Adolescents in City, Suburban, Town, and Rural Locations. *J Rural Health*. 2019.
30. Feijóo S, Rodríguez-Fernández R. A Meta-Analytical Review of Gender-Based School Bullying in Spain. *Int J Environ Res Public Health*. 2021.
31. Pampati S, Andrzejewski J, Sheremenko G, Johns M, Lesesne CA, Rasberry CN. School Climate Among Transgender High School Students: An Exploration of School Connectedness, Perceived Safety, Bullying, and Absenteeism. *J Sch Nurs*. 2020.
32. Peng K, Zhu X, Gillespie A, Wang Y, Gao Y, Xin Y, et al. Self-reported Rates of Abuse, Neglect, and Bullying Experienced by Transgender and Gender-Nonbinary Adolescents in China. *JAMA Netw Open*. 2019.
33. Witcomb GL, Claes L, Bouman WP, Nixon E, Motmans J, Arcelus J. Experiences and Psychological Wellbeing Outcomes Associated with Bullying in Treatment-Seeking Transgender and Gender-Diverse Youth. *LGBT Health*. 2019.
34. Bernard M. Étude des représentations, des psychiatres, de la transidentité. 2018.
35. Abdellaoui ME. Évaluer l'efficacité des modalités d'accompagnement des parents d'adolescents trans au sein du dispositif Transidentité(s) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Lille : une enquête de satisfaction. 2024.

36. Savoir - Larousse.
37. Savoir-faire - Le Robert.
38. Savoir-être - Wiktionnaire.
39. Kirkpatrick D, Kirkpatrick J. Evaluating Training Programs: The Four Levels. Berrett-Koehler. 2006.
40. Wathelet M, Coisne E, Plancke L, Danel T. Intervention de crise et crise suicidaire: organisation et évaluation d'un programme de formation de personnels hospitaliers dans les Hauts-de-France. 2020.
41. Kopp-Bigault C, Audouard-Marzin Y, Scouarnec P, Beauchamp G, Séguin M, Walter M. Traduction française et validation d'une version courte du Suicide Intervention Response Inventory-2 (SIRI-2-VF). L'Encéphale. 2018.
42. F2RSM psy. Pyramide des âges et sex-ratio des psychiatres. 2021.
43. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Démographie des professionnels de santé. 2021.

Annexes

Annexe A. Liste des variables associées à un thème

Variable	Thème
Diversité de genre	Diversité de genre et prévalence
Prévalence de la transidentité en population générale	
Identité de genre	Identité et expression de genre
Expression de genre	
Critères nosographiques de l'incongruence de genre de la CIM 11	Critères nosographiques et recommandations des standards de soins
Critères nosographiques de la dysphorie de genre du DSM 5	
Recommandations internationales de la WPATH (SOC 8)	
Retentissement en terme de souffrance psychique	Facteurs de vulnérabilité
Co-occurrences psychiatriques	
Intersectionnalité	
Risque suicidaire	
Trajectoire de vie / transition	Accompagnement à la transition, parcours de soins
Parcours de transition	
ALD spécifique	
Préservation de la fertilité	
Supports associatifs	
Accueil, posture, attitude	Transition sociale
Prénom d'usage	
Pronoms du genre ressenti	
Acceptation et soutien du milieu scolaire ou professionnel	
Acceptation et soutien du milieu familial	
Acceptation et soutien du milieu amical	
Exploration de genre	
Approche trans affirmative	
Accompagnement psychiatrique	
Accompagnement psychologique	
Changement de prénom à l'état civil	
Changement de la mention du sexe à l'état civil	
Accompagnement hormonologique	Transition hormonologique
Accompagnement chirurgicale	Transition chirurgicale

Annexe B : Questionnaire

Pseudonyme (T0, T1, T2)

Afin de pouvoir relier vos réponses entre elles tout en préservant votre anonymat, nous vous proposons d'employer un pseudonyme.

Merci de remplir votre pseudonyme à 7 lettres :

3 premières lettres du prénom de votre mère : — — —

(si ce n'est pas possible, merci de remplir AAA)

3 premières lettres du prénom de votre père : — — —

(si ce n'est pas possible, merci de remplir AAA)

Première lettre de votre ville de naissance : —

(si ce n'est pas possible, merci de remplir X)

Données socio démographiques (T0)

- Vous êtes : femme / homme / autre
- Vous êtes âgé·e de :
- Votre profession :
- Votre lieu d'exercice :
- Vous exercez votre profession actuelle depuis : >5a / 5-10a / 10-20a / >20
- Au cours de votre carrière, combien de personnes trans et/ou se questionnant sur leur identité de genre avez-vous rencontré ? : aucune / 1-5 / 5-10 / >10

Attentes (T0)

Qu'attendez vous de cette formation ?

Satisfaction (T1)

Merci de donner une note de 1 (très insatisfaisant) à 5 (très satisfaisant) :

- Appréciation globale de la formation
- Échanges et interactions avec les intervenant·es
- Qualité de la formation

Recommanderiez-vous cette formation à des collègues ? oui / non

Pensez-vous mobiliser les acquis de la formation dans votre pratique professionnelle ? oui / non

Pouvez-vous citer 3 points forts de la formation ?

Pouvez-vous citer 3 points à améliorer ?

Autoévaluation (T0, T1, T2)

Pour chaque objectif, estimez, selon vous, votre niveau de compétence entre 1 (pas du tout acquis) et 5 (tout à fait acquis) :

	1	2	3	4	5
Connaître la notion de diversité de genre et sa prévalence en population générale					
Distinguer identité et expression de genre					
Avoir connaissance des standards de soins selon les recommandations internationales, ainsi que des critères nosographiques de la dysphorie de genre et de l'incongruence de genre					
Reconnaître la transidentité comme facteur de vulnérabilité					
Connaître les principes de prise en charge et accompagnement en France					

Accompagner une personne trans dans sa transition sociale (choix/utilisation prénom d'usage et pronoms, acceptation et affirmation de soi dans les différents milieux de vie...)					
Accompagner une personne trans dans sa transition juridique (changement de prénom/changement de mention de sexe)					
Orienter et/ou accompagner une personne trans dans sa transition hormonologique					
Orienter et/ou accompagner une personne trans dans sa transition chirurgicale					

Evaluation objective du savoir et du savoir faire (T0, T1, T2)

	Vrai	Faux	Ne sait pas
1. A propos de la diversité de genre :			
La transidentité se définit par une identité de genre non conforme à son genre assigné à la naissance			
Elle s'accroît par effet de mode			
Elle s'inscrit dans une question de variation et non de pathologie			
Le nombre de personnes trans en France augmente de manière exponentielle et concerne environ 5% de la population générale			
2. A propos de l'identité et de l'expression de genre :			
L'identité de genre peut être non congruente avec l'expression de genre			
L'identité de genre fait référence, entre autre, aux stéréotypes vestimentaires féminins et masculins			
Une femme trans est assignée femme à la naissance			
L'identité et l'expression de genre peuvent être fluctuantes dans le temps			
3. A propos des recommandations et classifications :			
Le terme "dysphorie de genre" est utilisé dans le DSM 5 pour définir une personne transgenre			
L'incongruence de genre fait parti du chapitre "Conditions liées à la santé sexuelle" de la CIM 11			
La WPATH est l'association mondiale des professionnels pour la santé transgenre (The World Professional Association for Transgender Health)			
Le référentiel nosographique actuel promeut le terme de transsexualisme			
4. A propos du risque de vulnérabilité :			
Les deux principales cooccurrences psychiatriques sont le trouble de personnalité borderline et les troubles dépressifs			
Le risque suicidaire est égal à celui de la population générale			

Le taux de tentative de suicide est d'environ 30% dans la population trans			
Environ 50% des personnes trans sont victimes d'harcèlement au moins une fois dans leur vie			
5. A propos des principes de prise en charge et accompagnement en France :			
La transidentité ouvre le droit d'une prise en charge à 100% (ALD spécifique) sur la plan médical mais pas sur le plan chirurgical			
Les personnes trans ont la possibilité de réaliser, successivement ou conjointement, une transition sociale, hormonologique, chirurgical et juridique			
Il est préférable d'éviter les associations et les pair-aidants par risque de militantisme			
La préservation de la fertilité, par le recueil et la conservation des gamètes, est obligatoire pour toute personne trans souhaitant réaliser une transition hormonologique et/ou chirurgicale			
6. A propos de la transition sociale en France :			
Elle consiste à s'affirmer face à soi même et face aux autres en adéquation avec son sentiment de genre			
Une exploration de genre et/ou une psychothérapie trans-affirmative peuvent être proposées			
Dans le milieu scolaire, un enfant trans peut avoir son prénom d'usage sur sa carte de cantine, les listes d'appel et les espaces numériques sans avoir fait de changement à l'état civil et avec accord parental			
L'utilisation du prénom d'usage et des pronoms du genre ressenti s'inscrivent dans la transition sociale			
7. A propos de la transition juridique, en France :			
Le changement de prénom à l'état civil est possible avant 18 ans avec l'accord des deux parents			
Le changement de la mention de sexe à l'état civil n'est possible qu'après 18 ans			
Le changement de prénom et de mention de sexe à l'état civil sont réalisables à la mairie de naissance ou de domiciliation			
Une attestation médicale est nécessaire pour le changement de mention de sexe à l'état civil			
8. A propos de la transition hormonologique en France :			
La prise de bloqueurs de puberté peut débuter au stade de Tanner 2, hors AMM			
L'hormonothérapie de féminisation ou de masculinisation ne peut débuter qu'à partir de 18 ans, hors AMM			
Un.e médecin généraliste peut renouveler les prescriptions d'hormones de féminisation ou de masculinisation			
L'hormonothérapie de féminisation n'a aucun effet sur la voix			

9. A propos de la transition chirurgicale en France :			
La chirurgie pelvienne est réalisable à partir de 16 ans avec accord parental			
Il est nécessaire qu'une personne trans consulte un.e psychiatre avant une opération chirurgicale d'affirmation de genre			
Il existe seulement deux types de chirurgie : les chirurgies thoraciques et les chirurgies génitales			
La temporalité des chirurgies dépend parfois de l'hormonothérapie			

Evaluation objective du savoir être (T0, T1, T2)

Les scénarios suivants sont des vignettes courtes illustrant des échanges entre une personne trans, ou son parent, et un.e professionnel.le de santé. Chaque échange commence par la phrase de la personne concernée, suivie de deux réponses possibles par deux professionnel.les différent.es (Aidant A/Aidant B). Vous devez juger du caractère adapté ou inadapté de chaque réponse en entourant le chiffre de votre choix allant de -3 à +3.

	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Réponse	Très inadaptée	Inadaptée	Assez inadaptée	Ni adaptée ni inadaptée	Assez adaptée	Adaptée	Très adaptée

1. Sabrina, 51 ans: "Mon fils de 15 ans pense être trans mais je lui ai dit que ça allait lui passer, tout le monde dit que c'est un effet de mode."

Aidant A : Ne vous inquiétez pas, la majorité des adolescents se questionnent sur leur identité de genre, c'est passager.

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
----	----	----	---	----	----	----

Aidant B : En réalité, si beaucoup d'adolescents questionnent l'image qu'ils renvoient aux autres, une minorité seulement s'engage dans un parcours de transition en appui de leur vécu intime de genre. Est ce que vous êtes inquiète pour lui ?

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
----	----	----	---	----	----	----

2. Oscar, 19 ans : "J'ai l'impression de ne pas être normal... Je sais que je ne suis pas un garçon mais je ne me sens pas fille non plus... même si j'aime bien me maquiller. Et je crois que je suis attiré par les garçons..."

Aidant A : Il est possible que vous vous sentiez ni totalement garçon ni totalement fille, et ce n'est pas anormal, c'est ce qu'on appelle la non binarité.

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
----	----	----	---	----	----	----

Aidant B : Vous semblez bien confus en effet, on pourrait peut-être attendre que vous vous soyez stabilisé dans votre vie pour en parler de nouveau ?

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
----	----	----	---	----	----	----

3. Sacha, 36 ans : "On m'a dit que j'avais une dysphorie de genre, est-ce que je suis malade ?"

Aidant A : Aujourd'hui au niveau du consensus scientifique ce n'est pas une maladie mais une caractéristique comme une autre.

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
----	----	----	---	----	----	----

Aidant B : Quoiqu'il en soit, c'est important de voir un psychiatre avant tout.

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
----	----	----	---	----	----	----

4. Clémence, 45 ans : "Je ne peux pas être dans la rue sans être regardée, jugée et parfois même agressée ! Je ne sors quasiment plus de chez moi."

Aidant A : Vous devez regarder le bon côté des choses ! Vous vous êtes battue pour être la personne que vous êtes aujourd'hui !

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
----	----	----	---	----	----	----

Aidant B : Vous semblez fortement isolée. Quand vous êtes seule, est-ce qu'il vous arrive d'avoir envie de mourir ?

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
----	----	----	---	----	----	----

5. Caroline, née Cédric, 23 ans: "Je souhaite changer de prénom officiellement. Mais je ne veux pas de chirurgie ! Et je ne sais pas encore si je veux prendre des hormones de féminisation..."

Aidant A : Un changement de prénom à l'état civil s'inscrit dans un parcours de transition comprenant de l'hormonothérapie et de la chirurgie. Nous allons prendre le temps d'en discuter.

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
----	----	----	---	----	----	----

Aidant B : Il n'y a aucun souci, vous pouvez vous rendre dans votre mairie de naissance ou de domiciliation pour le changement de prénom. Et vous pouvez vous laisser le temps de réfléchir pour les hormones, souhaitez vous les coordonnées d'un.e endocrinologue pour une consultation d'informations aux différentes possibilités hormonales ?

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
----	----	----	---	----	----	----

6. Enzo, 14 ans : "J'aimerais commencer un parcours de transition mais j'ai peur que mes amis et ma famille ne m'aient plus."

Aidant A : Ce sera l'occasion de voir s'ils t'aiment vraiment. Le plus important c'est que tu t'aimes toi.

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
----	----	----	---	----	----	----

Aidant B : Est ce que tu as déjà parlé des transidentité avec ton entourage ?

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
----	----	----	---	----	----	----

7. Julia, née Maxime, 18 ans : "Je suis allée à la mairie pour faire mon changement de prénom, ils m'ont dit que je devais avoir un certificat médical."

Aidant A : Aujourd'hui, il suffit d'avoir des témoignages écrits de votre entourage concernant l'utilisation de votre nouveau prénom.

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
----	----	----	---	----	----	----

Aidant B : En effet, je vais vous le faire.

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
----	----	----	---	----	----	----

8. Hector, née Léontine, 13 ans : "Quand j'ai mes règles je ne me sens pas bien du tout, je m'enferme dans ma chambre, je ne vais pas à l'école pendant une semaine."

Aidant A : Il existe des solutions, notamment des bloqueurs de puberté ou une contraception, qui permettent de suspendre tes règles.

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
----	----	----	---	----	----	----

Aidant B : Je vais te prescrire des antalgiques pour que tu puisses retourner à l'école.

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
----	----	----	---	----	----	----

9. Rebecca, 36 ans: "Je me sens plus épanouie en tant que femme; l'hormonothérapie se passe bien. J'aimerais réaliser à présent une chirurgie car je ne supporte plus mon sexe masculin."

Aidant A : C'est effectivement important d'avoir un sexe féminin pour se sentir femme !

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
----	----	----	---	----	----	----

Aidant B : D'accord, je vous adresse à un chirurgien qui pourra vous informer des différentes possibilités chirurgicales ainsi qu'à un collègue psy qui pourra vous accompagner tout au long de cette chirurgie si vous en ressentez le besoin.

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
----	----	----	---	----	----	----

AUTEURE : Nom : GRANDPIERRE

Prénom : Marie

Date de soutenance : 01/10/2024

Titre de la thèse : Accompagnement des personnes trans

Impact d'une action de formation auprès de professionnel·les

Thèse - Médecine - Lille 2024

Cadre de classement : *Psychiatrie*

DES + FST/option : *Psychiatrie option Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent*

Mots-clés : Transidentités, accueil, accompagnement, orientation, formation professionnelle

Résumé :

Introduction: L'augmentation de la visibilité des personnes trans ces dernières années s'accompagne d'un accroissement des demandes de soins. Cependant, plusieurs études révèlent que l'accueil et l'accompagnement de ces personnes est souvent inadapté et parfois discriminant, ce qui peut retarder leur accès aux soins. Ainsi, la formation des professionnel·le parait à ce jour indispensable pour améliorer la qualité des soins des personnes concernées.

Méthode: Notre étude est quantitative et interventionnelle, menée avant et après une formation. L'objectif global est d'évaluer l'évolution des compétences des professionnel·les après une action de formation sur les transidentités. Un questionnaire basé sur le modèle de Kirkpatrick a été élaboré pour les professionnel·les, visant à évaluer leurs savoirs, savoir-faire et savoir-être, de manière subjective et objective. Ce questionnaire a été administré à trois moments différents : juste avant la formation, immédiatement après celle-ci, puis trois mois plus tard. Les attentes des participant·es et leur satisfaction ont également été mesurées.

Résultats: 68 personnes ont participé à la formation, dont 66 ont été incluses dans l'étude et ont rempli le premier questionnaire. 56 ont complété le second, et 28 le troisième. La majorité des participant·es étaient des paramédicaux. Les résultats montrent une amélioration significative des savoirs, tant subjectifs qu'objectifs. Le score d'autoévaluation des trois savoirs est passé de 17,61 sur 45 avant la formation à 36,39 trois mois après. Le score du savoir-être objectif a progressé de 8,13 sur 18 à 11,12 à trois mois. Le score combiné du savoir et savoir-faire objectifs a augmenté de 7,97 sur 36 à 20,39 au bout de trois mois. Par ailleurs, 90,9 % des participant·es se sont déclaré·es très satisfait·es de la formation.

Conclusion: Notre étude démontre une amélioration des compétences des professionnel·les suite à une formation sur les transidentités, tant à court qu'à moyen terme. Il est essentiel de poursuivre la formation des professionnel·les pour améliorer l'accueil, l'accompagnement et l'orientation des personnes trans, et ainsi réduire les discriminations et améliorer leur santé globale par des soins respectueux, inclusifs et adaptés.

Composition du jury:

Président : Professeur Renaud JARDRI

Assesseures : Docteure Jessica PILO, Docteure Marielle WATHELET

Directeur de thèse : Professeur François MEDJKANE

