

UNIVERSITÉ DE LILLE

UFR3S-MÉDECINE

Année : 2024 - 2025

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Évaluation des connaissances et des pratiques des médecins urgentistes
lors de la prise en charge de personnes transgenres dans les services
d'urgences du Nord et du Pas-de-Calais.**

**Présentée et soutenue publiquement le 16 mai 2025 à 18h
Au Pôle Formation**

Par Guillaume Henri Daniel BAUX

JURY :

Président :

Monsieur le Professeur Eric WIEL

Assesseeurs :

Monsieur le Professeur François MEDJKANE

Madame le Docteur Maïté CAMO

Directrice de thèse :

Madame le Docteur Camille DUBOIS

AVERTISSEMENT

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

Table des matières

AVERTISSEMENT	2
TABLE DES MATIERES	4
GLOSSAIRE	6
ABREVIATIONS ET SIGLES	8
LISTE DES FIGURES	9
LISTE DES TABLEAUX	10
INTRODUCTION	11
1. POPULATION TRANSGENRE	11
2. HISTORIQUE	12
3. TRANSITION DE GENRE	13
A. Définitions	13
B. Traitements médicamenteux	14
<i>i. Parcours transféminin</i>	<i>14</i>
<i>ii. Parcours transmasculin</i>	<i>14</i>
C. Traitements chirurgicaux	15
<i>i. Les chirurgies de poitrine</i>	<i>15</i>
<i>ii. Les chirurgies génitales</i>	<i>15</i>
<i>a. Chirurgies génitales transféminines</i>	<i>15</i>
<i>b. Chirurgies génitales transmasculines</i>	<i>16</i>
<i>iii. Les chirurgies associées</i>	<i>16</i>
<i>iv. Complications</i>	<i>16</i>
4. RECOURS AUX SOINS	17
5. APPREHENSION DU SOIN ET DES URGENCES	17
6. FORMATION MEDICALE	18
7. OBJECTIFS DE L'ETUDE	19
MATERIEL ET METHODE	20
1. DESIGN DE L'ETUDE	20
2. QUESTIONNAIRE	20
3. POPULATION	21
4. ANALYSES STATISTIQUES	21
RESULTATS	22
1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION	22
2. FORMATION	24
3. EXPERIENCE	26
A. Aisance à la prise en charge	26
B. Identité des patient·e·s	29

C. Transmission des informations	31
D. Interrogatoire et examen clinique.....	34
4. MOYENS MIS EN PLACE DANS LES HOPITAUX DU NPDC.....	35
DISCUSSION.....	37
1. NIVEAU DE FORMATION DES MEDECINS URGENTISTES DU NPDC POUR LA PRISE EN CHARGE DE PATIENT·E·S TRANSGENRES	37
A. Manque de formation	37
B. Formations disponibles	37
i. <i>Formation universitaire</i>	38
ii. <i>Autoformation</i>	38
iii. <i>Autres moyens de formation</i>	38
C. Impact de la formation sur la prise en charge.....	39
2. PRISE EN CHARGE DES PERSONNES TRANS DANS LA PRATIQUE CLINIQUE AUX URGENCES	39
A. Facteurs influençant l'aisance à la prise en charge	39
B. Identité des patient·e·s	40
i. <i>Utiliser la bonne identité</i>	40
ii. <i>Travailler en équipe</i>	41
iii. <i>Informatisation des données de transidentité</i>	41
C. Prise en charge clinique.....	42
i. <i>Ressenti du personnel médical et des patient·e·s trans</i>	42
ii. <i>Considérations spatiales et ressources hospitalières</i>	43
3. POINTS FORTS ET LIMITES DE L'ETUDE	43
A. Points forts.....	43
B. Limites	44
4. PERSPECTIVES D'AMELIORATION	44
5. RECOMMANDATIONS	45
A. Adaptation médicale	45
B. Adaptation du système de soins	46
CONCLUSION	47
BIBLIOGRAPHIE	48
ANNEXES.....	51
1. ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE	51
2. ANNEXE 2 : TABLEAU 6	57
3. ANNEXE 3 : TABLEAU 7	58
RESUME.....	59

Glossaire

Transgenre : Personne dont l'identité de genre (féminine, masculine, ou non-binaire) ne correspond pas à son sexe biologique assigné à la naissance (masculin ou féminin).

Cisgenre : Personne dont le genre (homme ou femme) assigné à la naissance sur la base des organes génitaux externes (pénis/vulve) correspond à son identité de genre.

Identité de genre : Expérience intime et personnelle de son genre profondément vécue par chacun·e.

Expression de genre : Manière dont une personne s'exprime à travers ses vêtements, son maquillage, son langage corporel, le choix d'un pronom, etc. L'expression de genre n'est pas forcément en corrélation avec l'identité de genre d'une personne.

Transition de genre : ensemble de processus conduisant à modifier l'expression de genre et l'apparence d'une personne transgenre pour les faire correspondre à son identité de genre.

Transféminin : Transition homme vers femme

Transmasculin : Transition femme vers homme

Incongruence de genre : Discordance marquée et persistante entre le genre auquel une personne s'identifie et le sexe qui lui a été assigné.

Transphobie : Se traduit par une stigmatisation sociale à l'égard des personnes trans ou considérées comme telles par des discriminations (au travail, dans l'espace public, la famille, le cercle amical, le voisinage, le monde de la santé, etc.), des préjugés négatifs, des agressions qu'elles soient verbales (insultes, menaces, moqueries) ou physiques (coups, blessures, viols, etc.) ou de la violence psychologique. (1)

Mégender : Utiliser un pronom ou des accords qui ne sont pas ceux utilisés et souhaités par la personne.

Langage inclusif : Ensemble de moyens linguistiques utilisés pour représenter expressément dans un discours tant les hommes que les femmes, voire les personnes non

binaires. Il vise à démasculiniser la langue et à éviter les expressions qui renforceraient les stéréotypes de genre :

- Soit en neutralisant des termes qui ne changent alors plus en fonction du genre (architecte, scientifique...), l'utilisation de termes génériques (personne, individu...), ou encore avec le pronom « iel » employé pour définir une personne quel que soit son genre
- Soit par le dédoublement des marques de genre (lecteur et lectrice, professeur et professeure) pouvant être abrégés avec l'utilisation d'un point médian (exemple : lecteur·ice, professeur·e·s). (2,3)

Abréviations et sigles

ALD : Affection de Longue Durée

CIM 11 : Classification Internationale des Maladies, 11^{ème} édition

DES de médecine d'urgence : Diplôme d'Etude Spécialisé de Médecine d'Urgence

DSM V : 5^{ème} édition du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, manuel publié par l'Association Américaine de Psychiatrie.

DU : Diplôme Universitaire

HAS : Haute Autorité de Santé

LGBT : Lesbien, Gay, Bisexuel, Transgenre.

NPDC : Nord-Pas-De-Calais

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Liste des figures

Figure 1 : Formation ressentie des urgentistes à la prise en charge de personnes transgenres.

Figure 2 : Pensez-vous avoir les capacités pour prendre en charge une personne transgenre alors que vous n'en avez jamais pris en charge ?

Figure 3 : Aisance à la prise en charge de patient·e·s transgenres dans la population ayant déjà pris en charge des patient·e·s transgenres.

Figure 4 : Aisance à la prise en charge selon l'identité de genre.

Figure 5 : Aisance à la prise en charge selon la formation.

Figure 6 : Difficultés rencontrées par les urgentistes lors de la prise en charge de personnes transgenres.

Figure 7 : Aisance à demander les pronoms.

Figure 8 : Répartition des pronoms utilisés en fonction de l'aisance à les demander.

Figure 9 : Transmission de la transidentité.

Figure 10 : Transmission orale et écrite des pronoms par le médecin.

Figure 11 : Avoir les informations sur le sexe à la naissance et l'identité de genre dans les informations électroniques de santé peut aider à la prise en charge et au diagnostic chez les personnes transgenres.

Figure 12 : Transmission des pronoms et de l'identité à l'écrit par les médecins en fonction de l'importance accordée à l'information sur la transidentité dans le dossier.

Figure 13 : Pratiques lors de l'examen clinique.

Liste des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques de la population

Tableau 2 : Répartition des lieux d'exercices

Tableau 3 : Caractéristiques des auto-formés au sein de la population

Tableau 4 : Formations proposées par les hôpitaux du NPDC

Tableau 5 : Éléments influençant l'aisance à la prise en charge d'une personne transgenre

Tableau 6 : Facteurs influençant les difficultés à la prise en charge des patient·e·s transgenres

Tableau 7 : Éléments influençant l'aisance à demander ses pronoms à une personne transgenre

Tableau 8 : Répartition des pronoms utilisés en fonction de l'aisance à les demander

Tableau 9 : Transmission de la transidentité

Tableau 10 : Information de l'identité de genre et du sexe assigné à la naissance dans les logiciels des urgences

Tableau 11 : Organisation des hôpitaux du NPDC

Introduction

1. Population transgenre

Le genre est fréquemment perçu comme binaire et corrélé aux organes génitaux externes, mais est en réalité quelque chose de plus complexe et évoluant dans notre société.

L'identité de genre est une expérience intime et personnelle profondément vécue par chacun·e, et est à différencier de l'expression de genre qui correspond à la manière dont une personne s'exprime à travers ses vêtements, son maquillage, son langage corporel, le choix d'un pronom, etc. L'expression de genre n'est pas forcément en corrélation avec l'identité de genre d'une personne.

Une personne cisgenre est donc une personne dont le genre (homme ou femme) assigné à la naissance sur la base des organes génitaux externes (pénis/vulve) correspond à leur identité de genre, alors qu'une personne transgenre est une personne dont l'identité de genre (féminine, masculine, ou non-binaire) ne correspond pas à son sexe biologique assigné à la naissance (masculin ou féminin). (4)

Il est difficile d'obtenir une estimation précise de la population de personnes transgenres dans le monde du fait du manque d'études et des nombreux critères qui sont utilisés pour la définir dans les études, et qui évoluent au fil du temps. Ces derniers peuvent se baser sur les traitements hormonaux et chirurgicaux reçus, sur les critères de psychiatrie de la DSM, sur l'identité de genre, ou sur les changements d'état civils. (5)

En 2022, il était tout de même estimé qu'aux États-Unis, les personnes transgenres représentaient environ 0,5% de la population adulte, soit 1,5 millions de personnes transgenres et non binaires (6). En France en 2022, ils représentaient entre 20 et 60 000 personnes (7) .

2. Historique

Il y a encore 15 ans, en France, la transidentité était considérée comme une pathologie psychiatrique.

La classification DSM V de 2013 et la CIM 11 de 2019 dépsychiatrisent « l'incongruence de genre », qui ne se définit alors plus comme une pathologie psychiatrique, mais comme des troubles de la santé sexuelle. (7)

En France, avant les récentes réformes sur la prise en charge des personnes transgenres, il était nécessaire pour réaliser une transition et avoir accès à une prise en charge en ALD, d'obtenir un avis favorable auprès d'un médecin conseil national. Ce dernier se basait sur un certificat de « trouble de l'identité de genre » réalisé par un psychiatre, un endocrinologue et un chirurgien, qui précisaient les soins médicaux et chirurgicaux requis, après une phase d'évaluation de 2 ans.

La dépsychiatrisation de la transidentité a été initiée en France grâce au décret du 8 février 2010, qui permet la prise en charge à 100% des soins de transition via l'ALD 31 (hors liste) au titre des « troubles de l'identité de genre », et non plus par l'ALD 23 (affections psychiatriques de longue durée). (7,8)

Nous arrivons donc depuis une dizaine d'années dans un modèle où la personne transgenre peut déterminer librement son identité de genre, sans devoir être validée par un psychiatre. (7)

Même s'il n'est plus obligatoire, un accompagnement psychologique ou psychiatrique reste fortement recommandé pour aider à prendre en compte le retentissement psychique des transformations du corps et les impacts de la transition sur la vie personnelle. (8)

A noter qu'il faudra tout de même attendre la loi du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXI^e siècle, pour que l'opération génitale ou la stérilisation ne soient plus indispensables au changement de sexe à l'état civil. Dans la législation française actuelle, le changement d'état civil se fait comme suit : (8)

- Le changement de prénom se fait en mairie, par un officier d'état civil sur la base de l'intérêt légitime
- Le changement de sexe relève du tribunal de grande instance, avec un consentement libre et éclairé, et la production d'éléments de preuves appuyant la demande.

Le traitement médical ou chirurgical n'est pas obligatoire, et ne peut être un motif de rejet de la demande.

Malgré les progrès sur le plan social, la transphobie reste encore très présente, et en augmentation ces dernières années, marquées notamment par des insultes, des agressions, du harcèlement ou de la discrimination à l'embauche. Même au sein de l'hôpital, il est fréquent que les personnes trans soient mégenrées, leurs prénoms ne soient pas respectés, ou qu'il y ait des propos désobligeants à leur égard. (9)

3. Transition de genre

A. Définitions

La transition de genre est définie comme l'ensemble du processus conduisant à modifier l'expression de genre et l'apparence d'une personne transgenre pour les faire correspondre à son identité de genre.

Même s'il n'existe pas de parcours type de transition, et que chacun·e est libre de vivre et réaliser sa transition comme il ou elle l'entend, avec la temporalité qui lui est adaptée, on peut décomposer cette dernière en différentes parties, qui ne sont chacune ni obligatoires, ni souhaitées par toutes les personnes transgenres (7) :

- La transition sociale qui représente le fait de vivre ses relations sociales et au sein de son environnement familial, amical, affectif ou professionnel, dans un genre social autre que celui qui a été assigné à la naissance.
- La transition administrative qui porte sur la modification du prénom et/ou de la mention de sexe à l'état civil.

- La transition médicale concerne l'ensemble des soins médicaux liés à la transition de genre, comme l'accès à une hormonothérapie, à une chirurgie de réassignation de genre, chirurgies génitales, etc. L'enjeu principal du médecin à ce stade est d'assurer l'information complète afin de permettre un choix libre, éclairé et informé.

En 2020, 8 952 personnes bénéficiaient de l'ALD 31 au titre de la transidentité. (7,8)

B. Traitements médicamenteux

i. Parcours transféminin

Dans le cadre du parcours de transition transféminin, trois grandes familles de médicaments peuvent être utilisées :

- Les œstrogènes : permettent la féminisation de l'apparence physique (pousse de la poitrine, modification de la répartition des graisses corporelles),
- Les anti-androgènes : empêchent la sécrétion d'hormones masculines, ou empêchent ces hormones d'agir sur leurs récepteurs,
- La progestérone : parfois prescrite à visée anti-androgène, mais également pour compléter l'action des œstrogènes.

Ces traitements, notamment les œstrogènes, sont à risque de cancer du sein chez les sujets génétiquement prédisposés, et surtout à risque de thrombose en cas de surdosage ou sur les terrains à risque thrombotique.

Un suivi avec un médecin expérimenté reste donc nécessaire, même si la prescription initiale et les renouvellements peuvent être faits par tout médecin, quelle que soit sa spécialité.

ii. Parcours transmasculin

Dans le cadre du parcours de transition transmasculin, l'hormonothérapie se limite à la testostérone qui permet principalement une augmentation de la pilosité, une mue de la voix, une modification de la répartition des graisses corporelles et le développement musculaire. Le principal effet indésirable est la polyglobulie et nécessite également une

surveillance spécialisée. Sa prescription initiale est réservée aux spécialistes en endocrinologie, nutrition, urologie, gynécologie ou en médecine et biologie de la reproduction.

C. Traitements chirurgicaux

Les chirurgies d'affirmation de genre se séparent en différentes catégories dans le parcours de transition.

i. Les chirurgies de poitrine

Chez les hommes transgenres, la mastectomie est souvent la première, et parfois la seule intervention chirurgicale dans leur parcours de transition, avec pour objectif de viriliser le torse en retirant la glande mammaire et l'excédent de peau. Elle améliore la qualité de vie, et favorise l'assimilation à l'identité de genre. (10,11)

Les chirurgies d'augmentation mammaire peuvent être faites dans le parcours transféminin après plusieurs mois de traitement hormonal. (12)

ii. Les chirurgies génitales

a. Chirurgies génitales transféminines

Plusieurs opérations sont possibles lors des chirurgies pelviennes dans le parcours transféminin (12,13) :

- La vaginoplastie consiste en la création d'un néo-vagin capable d'accueillir un rapport sexuel avec pénétration, à partir des organes génitaux externes et de greffes de peau. La réalisation des grandes lèvres se fait à partir du scrotum, le clitoris à partir du gland et la cavité vaginale par la peau pénienne.
- La vulvoplastie consiste en la création d'une vulve externe sans canal vaginal.
- L'orchidectomie consiste en l'ablation des testicules, en combinaison ou non avec une intervention vulvaire précédemment citée.

b. Chirurgies génitales transmasculines

Dans le parcours transmasculin, différentes chirurgies existent selon les préférences individuelles (12–14) :

- La phalloplastie consiste en la création d'organes génitaux externes masculins fonctionnels. Le pénis est créé à partir d'un lambeau de peau, le plus souvent prélevé au niveau de l'avant-bras, avec un allongement de l'urètre. Cette intervention permet la miction debout et les rapports sexuels pénétrants, mais nécessite la plupart du temps la mise en place d'un implant érectile.
- La métaiodioplastie cherche à donner une apparence masculine aux organes génitaux préexistants, avec la création d'un phallus en allongeant le clitoris qui aura préalablement pris du volume par traitement hormonal masculinisant. Cette intervention permet rarement des relations sexuelles avec pénétration, et ne permet pas la miction debout sans la création d'un néo-urètre.
- La scrotoplastie consiste en la création d'un scrotum en utilisant la peau des grandes lèvres, avec possibilité d'implantation de prothèses testiculaires.
- L'hystérectomie, l'annexectomie bilatérale et colpectomie consistent respectivement en l'ablation de l'utérus, des annexes (trompes utérines et ovaires) et du vagin.

iii. Les chirurgies associées

Peuvent s'associer à ces opérations, des chirurgies esthétiques de féminisation ou de masculinisation du visage (nez, mandibule, sourcils), du cou (cartilage thyroïde), de la silhouette, ou encore des chirurgies de féminisation de la voix.

iv. Complications

Comme tout geste chirurgical, ces opérations sont à risque de complications (15). En peropératoire, elles prédominent sur les hémorragies et les lésions iatrogènes comme les plaies rectales.

Les complications post opératoires peuvent être fonctionnelles ou esthétiques, et concerner toutes les parties anatomiques impliquées dans la chirurgie :

- Post opératoires précoces : infections, défaut de cicatrisation, hématome, nécrose, échec de retrait de sonde urinaire...
- Post opératoires tardives : douleurs, fistules, sténose vaginale ou urétrale...

Les recommandations officielles de la HAS pour la bonne pratique lors du parcours de transition des personnes transgenres sont attendues pour le premier semestre 2025.

4. Recours aux soins

Les patient·e·s transgenres ont des besoins spécifiques en matière de soins de santé, et connaissent des disparités dans leurs prises en charges.

Iels peuvent avoir recours au système de santé de façon fréquente dans le cadre de la transition médicale, qu'elle soit hormonale (endocrinologue, gynécologue...), chirurgicale (urologue, plasticien...), psychologique (psychiatre, psychologue...), ou auprès d'autres professionnels de santé (orthophoniste...).

En dehors de la transition, les personnes transgenres ont un risque accru d'être victimes de violences physiques et/ou sexuelles, d'infection par le VIH, de pathologies psychiatriques, d'addictions, ou de suicide, et sont également plus exposées à la pauvreté avec des difficultés d'accès aux soins (8,16,17). Par conséquent, les personnes transgenres ont plus souvent recours aux services des urgences que les personnes cisgenres. (18,19)

5. Appréhension du soin et des urgences

Une personne transgenre sur trois reporte des soins médicaux en lien avec une blessure ou une maladie à cause d'une discrimination (20). Ce retard de consultation et/ou cette appréhension à se présenter aux urgences sont engendrés par la peur d'une discrimination transphobe, des expériences négatives aux urgences par le passé, un temps d'attente trop long ou encore la préférence à voir son médecin généraliste en première intention. (16,21,22)

À cela se rajoute la peur d'être confronté·e à un professionnel de santé mal informé. Il est parfois nécessaire que le patient éduque le soignant sur la population transgenre et leurs spécificités au cours de la consultation. Chez les patients qui ont déjà eu à le faire, le retard de soins est estimé 4 fois plus important. (19,20)

6. Formation médicale

Le manque d'enseignement chez les professionnels de santé à propos des patient·e·s transgenres est donc une vraie barrière aux soins, peu importe la spécialité concernée, et les parcours de formations n'abordent que très peu le sujet spontanément. En 2017, un manque d'enseignement sur la santé des LGBT était rapporté par 85% des étudiants en médecine au Royaume-Uni, et 67 % aux Etats-Unis et Canada. (23)

Un manque d'enseignement spécifique à propos des patients transgenres est même retrouvé aux États-Unis chez les endocrinologues, gynécologues, urologues et plasticiens au cours de leur formation. (23)

En France, dans l'actuelle formation générale des étudiants en médecine, la question de la transidentité n'est abordée que dans l'item 58 « sexualité normale et ses troubles ». On retrouve ce chapitre dans le collège de psychiatrie, qui explique juste la notion de genre et de santé sexuelle (24). En revanche, la transidentité et les prises en charge de la transition ne sont jamais abordées dans les dernières éditions des collèges des enseignants d'urologie, de gynécologie et d'endocrinologie. (25–27)

Au cours de la formation du DES de Médecine d'Urgence, la transidentité n'est pas abordée dans les cours nationaux disponibles en ligne.

Il existe toutefois des Diplômes Universitaires (DU) qui abordent la santé et la prise en charge des patient·e·s transgenres, tels que la DU Santé Précarité de l'UFR3S de Lille, ou encore le DU Prise en charge de la transidentité de Sorbonne Université à Paris.

7. Objectifs de l'étude

Face à ces constats, et devant la présence d'études surtout centrées sur le ressenti des personnes transgenres lors de leur passage aux urgences, nous nous sommes interrogés sur les habitudes, pratiques, connaissances et formations des médecins urgentistes du Nord-Pas-De-Calais, pour la prise en charge des personnes transgenres lors de leur passage aux urgences.

Matériel et Méthode

1. Design de l'étude

Nous avons réalisé une étude observationnelle transversale multicentrique à type d'évaluation des pratiques, connaissances et habitudes des urgentistes, sous la forme d'un questionnaire. Elle a été conduite dans les services d'urgence des départements du Nord et du Pas-de-Calais, entre le 5 octobre 2024 et le 27 janvier 2025.

2. Questionnaire

Le questionnaire était anonyme, comportait des questions à réponse unique ou multiple, et des encarts « commentaires libres » à rédaction ouverte pour préciser les remarques des répondants. Il a été élaboré en abordant les formations, les connaissances et les habitudes et pratiques des médecins urgentistes. (Cf. Annexe 1)

Dans sa construction, nous avons fait le choix de ne poursuivre les parties à propos de l'identité, de l'interrogatoire, de l'examen clinique et des difficultés uniquement pour les praticiens ayant déjà pris en charge des personnes transgenres, car nous avons considéré que les autres praticiens ne se sont jamais interrogés sur ces sujets.

Après validation auprès du délégué à la protection des données de la faculté de médecine de Lille, le questionnaire en ligne a été diffusé à l'ensemble des services d'urgences du Nord-Pas-De-Calais, et aux internes et docteurs juniors du DES de Médecine d'Urgence de l'Université de Lille, via le mailing du Collège de Médecine d'Urgence (COMU) et le secrétariat de faculté de médecine de Lille.

Des informations complémentaires concernant l'organisation des locaux, des formations réellement disponibles et des protocoles existants ont été obtenues par mise en relation directe, par mail et par téléphone, avec les secrétariats des urgences, les services de direction des affaires médicales et les services qualité des différents hôpitaux dont au moins un médecin urgentiste sénior a répondu au questionnaire.

3. Population

Le questionnaire est adressé aux médecins urgentistes travaillant dans un service d'urgence du Nord-Pas-De-Calais, et aux internes du DES de Médecine d'Urgence de la faculté de Lille.

4. Analyses statistiques

Les données ont été recueillies via un questionnaire Google Form et inscrites sous forme de base de données dans un tableau Excel.

Les données ont été analysées par les méthodes classiques de statistique descriptive. Toutes les variables sont à caractère qualitatif. Elles sont présentées sous forme de pourcentage et de fréquence.

Pour étudier la liaison entre deux caractères qualitatifs, le test du χ^2 a été calculé sous Excel lorsque les conditions d'application du test étaient remplies. Lorsque c'était pertinent, le test du χ^2 a été calculé, voire le test exact de Fisher. Les choix ont été fait en fonction des effectifs, en particulier toutes les règles relatives aux petits échantillons.

La significativité du test du χ^2 a été évaluée d'après la table du χ^2 de Fisher et Yates et en fonction du nombre de degrés de liberté. Le seuil de significativité a été fixé à 5%.

Résultats

1. Caractéristiques de la population

Notre étude comprend 107 médecins urgentistes dont 58 femmes, 48 hommes et une personne non genrée. Aucune statistique ne fera donc apparaître cette dernière qui n'est pas représentative à elle seule de la catégorie « non genré ». Par ailleurs, les statistiques croisées porteraient atteinte à son anonymat

Les catégories d'âges les plus représentées sont les 18-30 ans et 31-40 ans avec 46 personnes chacune, puis 7 personnes entre 41 et 50 ans et 8 au-delà de 50 ans.

L'échantillon comprend 41 médecins en formation, incluant les internes et docteurs juniors, et 66 médecins en poste. Aucun médecin universitaire n'a répondu au questionnaire.

On note également que 10 personnes considèrent appartenir à la communauté LGBTQ+, et 6 ne savent pas répondre à cette question. Du fait des faibles effectifs et de l'absence de tendance globale sur leurs réponses, les analyses statistiques sur ce sous-groupe n'ont pas pu être réalisées ou n'étaient pas significatives.

Le tableau 2 montre que les 107 répondants viennent de 21 établissements différents. Parmi eux, 29 ont un double lieu d'exercice et 3 ont même un triple lieu d'exercice. Les principaux centres hospitaliers représentés sont le CHU de Lille (30/142) et le CH Arras (24/142).

	Effectifs	Pourcentage
Genre		
Femme	58	54,2
Homme	48	44,9
Non genré	1	0,9
Age		
18-30 ans	46	43
31-40 ans	46	43
41-50 ans	7	6,5
Plus de 51 ans	8	7,5
Statut		
Médecin en formation (Interne, DJ)	41	38,3
Médecin en poste (PHC, PH, PA)	66	61,7
Nombre de lieux d'exercice		
1	74	69,8
2	29	27,4
3	3	2,8
Appartenance à la communauté LGBTQ+		
Ne sait pas	6	5,6
Non	91	85,1
Oui	10	9,3
Existence d'une protocole trans dans l'hôpital		
Ne sait pas	92	86
Non	14	13,1
Oui	1	0,9
Auto-formation		
Non	89	83,2
Oui	18	16,8
Total général	107	

Tableau 1 : Caractéristiques de la population

Établissement	Effectifs	Pourcentage
Armentières, CH Armentières	2	1,4
Arras, CH Arras	24	16,9
Beuvry, CH Béthune Beuvry	9	6,3
Boulogne-sur-Mer, CH Boulogne	2	1,4
Calais, CH du Dr Jean Eric Techer	3	2,1
Cambrai, CH Cambrai	3	2,1
Douai, CH Douai	3	2,1
Douai, Clinique St Amé	1	0,7
Dunkerque, CH Alexandra Lepève	2	1,4
Hazebrouck, CH Hazebrouck	1	0,7
Hénin Beaumont, Polyclinique d'Hénin Beaumont	1	0,7
Le Cateau Cambrésis, CH du Cateau- Cambrésis	5	3,5
Lens, CH Lens	11	7,7
Lille, CHRU	30	21,1
Lille, Hôpital Saint Vincent de Paul	2	1,4
Lomme, Hôpital Saint Philibert	2	1,4
Maubeuge, CH Maubeuge	6	4,2
Roubaix, CH Victor Provo	5	3,5
Seclin, Groupe Hospitalier Seclin Carvin	2	1,4
Tourcoing, CH Dron	16	11,3
Valenciennes, CH Jean Bernard	12	8,5
Total général	142	

Tableau 2 : Répartition des lieux d'exercices

A propos des services d'exercices, tous les médecins venaient d'un service d'urgence, sauf 2 qui travaillaient en réanimation et 1 en médecine interne. Ces trois exceptions concernaient des médecins en formation (interne ou docteur junior), qui travaillaient en dehors des urgences lors de la diffusion du questionnaire. Le questionnaire n'ayant été envoyé qu'aux internes d'urgences et aux médecins urgentistes, et leurs services faisant partie de la maquette du DESMU, ils n'ont pas été exclus des analyses.

Un seul urgentiste de Tourcoing indique qu'il a connaissance d'un protocole pour la prise en charge des personnes transgenres dans son hôpital. Tous les autres ne savent pas (12%) ou n'en ont pas connaissance (87%).

2. Formation

Sur une échelle de formation de 1 à 10, la majorité des répondants s'estime insuffisamment formée avec : 61% « pas du tout formé » donnant une note à 1 ou 2/10, et aucun « parfaitement formé » avec 0% à 9 et 10/10. 18 personnes ont choisi de s'autoformer en effectuant des recherches personnelles, et parmi elles, une seule personne note avoir reçu une formation à l'université par le biais d'un DU.

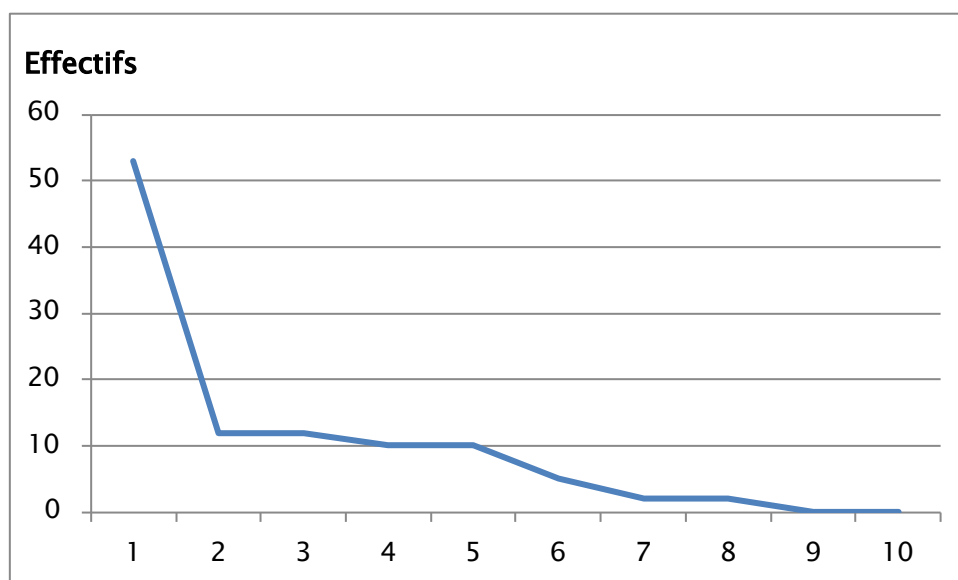


Figure 1 : Formation ressentie des urgentistes à la prise en charge de personnes transgenres (de pas du tout 1 à parfaitement formé 10)

Parmi les 18 auto-formés : 11 ont moins de 30 ans, 10 sont des femmes, 10 sont des médecins en formation, 13 prennent en charge des personnes transgenres moins de 2 fois

par an et 3 appartiennent à la communauté LGBT. Aucun de ces facteurs n'a été mis en évidence comme favorisant la formation.

	Pas auto-formé		Auto-formé		Total général	χ^2	d.d.l. (Limite du Chi2 à 5%)
		%		%			
Genre						0,0060082 N.S.	1 (3,841)
Femme	42	80,8	10	19,2	52		
Homme	35	81,4	8	18,6	43		
Total général	77	81,1	18	18,9	95		
Age						2,7298564 N.S. *	2 (5,991)
18-30 ans	32	74,4	11	25,6	43		
31-40 ans	34	85,0	6	15,0	40		
41 et +	12	92,3	1	7,7	13		
Total général	78	81,3	18	18,8	96		
Statut						2,3632556 N.S.	1 (3,841)
Médecin en formation (Interne, DJ)	28	73,7	10	26,3	38		
Médecin en poste (PHC, PH, PA)	50	86,2	8	13,8	58		
Total général	78	81,3	18	18,8	96		
Fréquence prise en charge						0,0590608 N.S. *	1 (3,841)
Moins deux fois par an	57	81,4	13	18,6	70		
Plus de deux fois par an	19	79,2	5	20,8	24		
Total général	76	80,9	18	19,1	94		
LGBTQ+						2,4619644 N.S. *	2 (5,991)
Ne sait pas	6	100,0	0	0,0	6		
Non	76	83,5	15	16,5	91		
Oui	7	70,0	3	30,0	10		
Total général	89	83,2	18	16,8	107		

Tableau 3 : Caractéristiques des auto-formés au sein de la population

N.S. : non-significatif

N.S.* : non-significatif, même avec utilisation du calcul exact pour les petits effectifs

A propos de la formation par l'établissement recruteur, aucun hôpital ne propose directement de formation sur le sujet. 10 ne proposent pas de formation mais rendent possible un financement pour des formations extérieures sur initiative d'un médecin (congrès, DU ...), un seul aurait une formation à l'initiative directe d'un service.

	Effectifs
Formation proposée directement par l'hôpital	0
Pas de formation proposée ou formation extérieure finançable sur initiative du médecin	10
Formation à l'initiative d'un service	1
Total	11

Tableau 4 : Formations proposées par les hôpitaux du NPDC

3. Expérience

A. Aisance à la prise en charge

11 urgentistes (10%) n'ont jamais pris en charge de patient·e·s trans, et expliquent n'en avoir jamais eu l'occasion. Ils sont partagés sur leurs capacités à les prendre en charge, avec 4 estimant avoir les capacités, 4 ne pensant pas les avoir et 3 ne sachant pas répondre à la question.

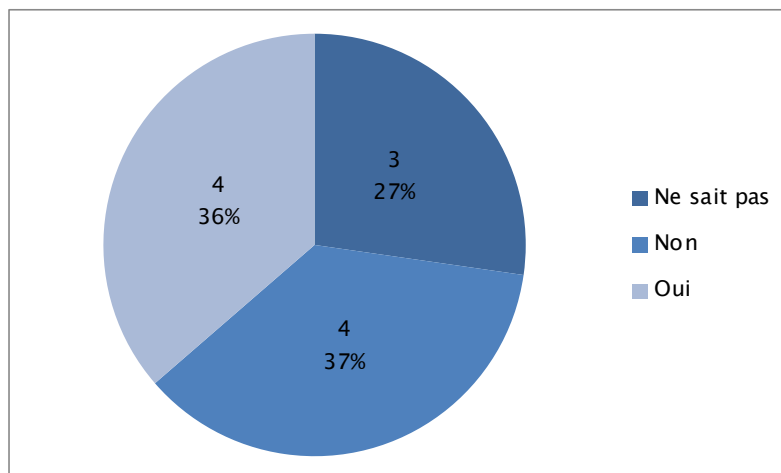


Figure 2 : Pensez-vous avoir les capacités pour prendre en charge une personne transgenre alors que vous n'en avez jamais pris en charge ?

Parmi les 96 urgentistes ayant déjà pris en charge des personnes transgenres, 21,9% ne sont pas du tout à l'aise, 43,8% sont moyennement à l'aise et 34,4% sont très à l'aise.

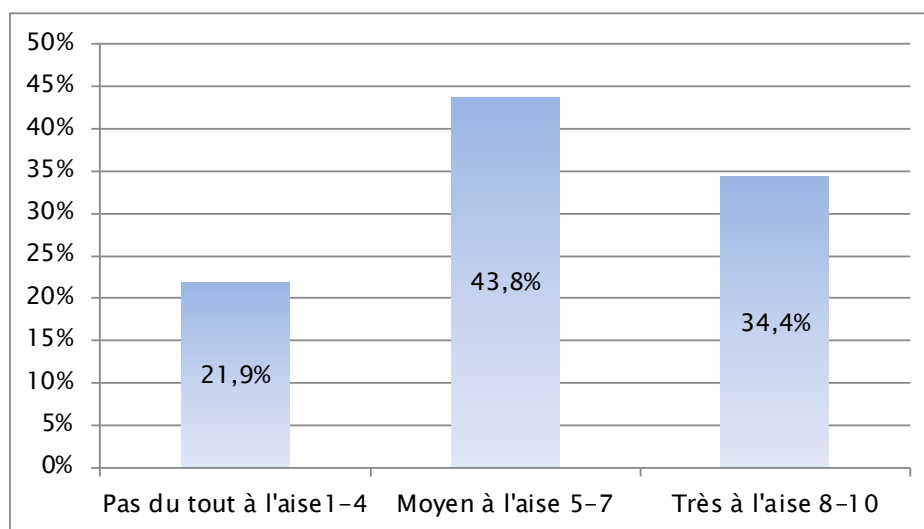


Figure 3 : Aisance à la prise en charge de patient·e·s transgenres dans la population ayant déjà pris en charge des patient·e·s transgenres (de pas du tout 1 à parfaitement à l'aise 10)

De manière significative, les femmes s'estiment plus souvent moyennement à l'aise (30/41) que les hommes qui eux sont plus souvent pas à l'aise (12/21) ou très à l'aise (20/33) (χ^2 9,95 pour un seuil à 5% à 5,991).

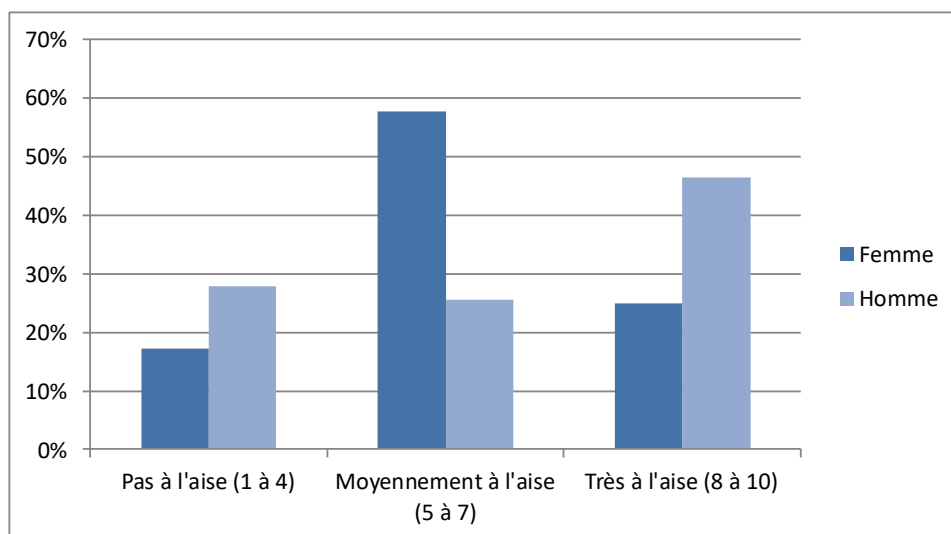


Figure 4 : Aisance à la prise en charge selon d'identité de genre

Même si elle n'est pas significative, on observe une tendance à être moins mal à l'aise lors de la prise en charge pour les médecins qui se sont autoformés, ils ne notent jamais leur aisance inférieure à 4/10.

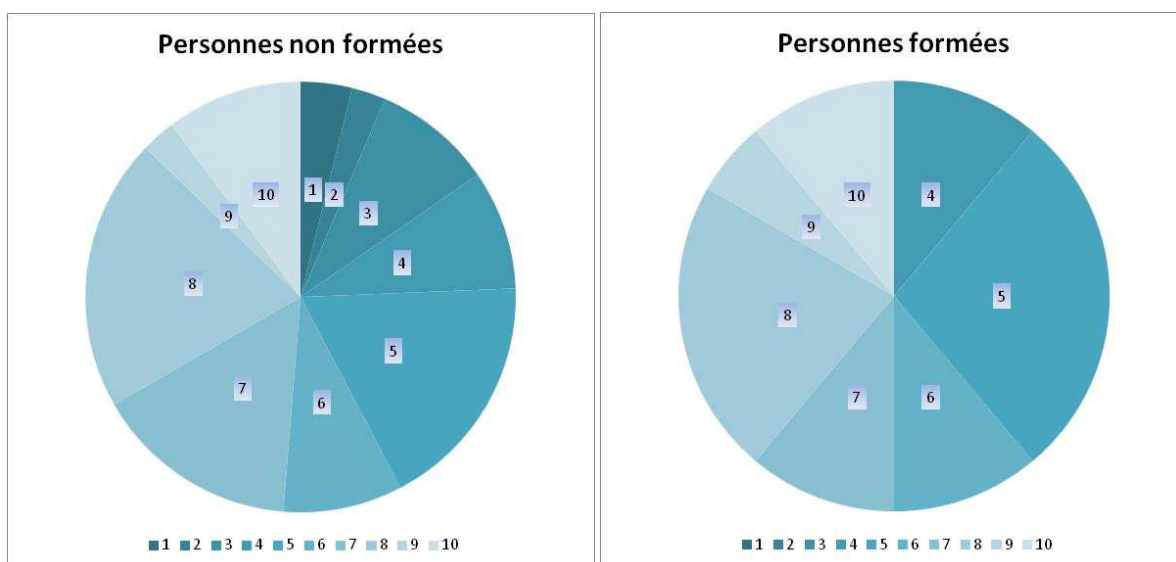


Figure 5 : Aisance à la prise en charge selon la formation (de 1 pas du tout à l'aise à 10 tout à fait à l'aise)

Aucune autre caractéristique n'a montré de différence significative pour l'aisance à la prise en charge, elles sont détaillées dans le tableau 5.

	Pas à l'aise (1 à 4)		Moyennement à l'aise (5 à 7)		Très à l'aise (8 à 10)		Total général	χ^2
	%		%		%			
Genre								9,95501332
Femme	9	17,3	30	57,7	13	25,0	52	Significatif
Homme	12	27,9	11	25,6	20	46,5	43	
Total général	21	22,1	41	43,2	33	34,7	95	
Age								1,72160266
Moins de 30 ans	7	16,3	19	44,2	17	39,5	43	N.S.
Plus de 30 ans	14	26,4	23	43,4	16	30,2	53	
Total général	21	21,9	42	43,8	33	34,4	96	
Statut								0,85756712
Médecin en formation (Interne, DJ)	7	18,4	16	42,1	15	39,5	38	N.S.
Médecin en poste (PHC, PH, PA)	14	24,1	26	44,8	18	31,0	58	
Total général	21	21,9	42	43,8	33	34,4	96	
Formation								1,5024975
Non	19	24,4	33	42,3	26	33,3	78	N.S. *
Oui	2	11,1	9	50,0	7	38,9	18	
Total général	21	21,9	42	43,8	33	34,4	96	
Fréquence prise en charge								3,41257417
Moins deux fois par an	18	25,7	28	40,0	24	34,3	70	N.S.
Plus de deux fois par an	2	8,3	13	54,2	9	37,5	24	
Total général	20	21,3	41	43,6	33	35,1	94	

**Tableau 5 : Éléments influençant l'aisance à la prise en charge
d'une personne transgenre**

(χ^2 à 2 degrés de liberté, valeur de la limite à 5 % : 5,991) ; N.S. : non-significatif ;
N.S.* : non-significatif, même avec utilisation du calcul exact pour les petits effectifs

Parmi les urgentistes ayant déjà pris en charge des patient·e·s transgenres, 89,6% indiquent avoir déjà rencontré au moins une difficulté : 61,4% à propos de la communication et du relationnel, 15,6% pour l'examen clinique, 41,7% pour les connaissances médicales et 23,9% pour la rédaction du courrier de sortie.

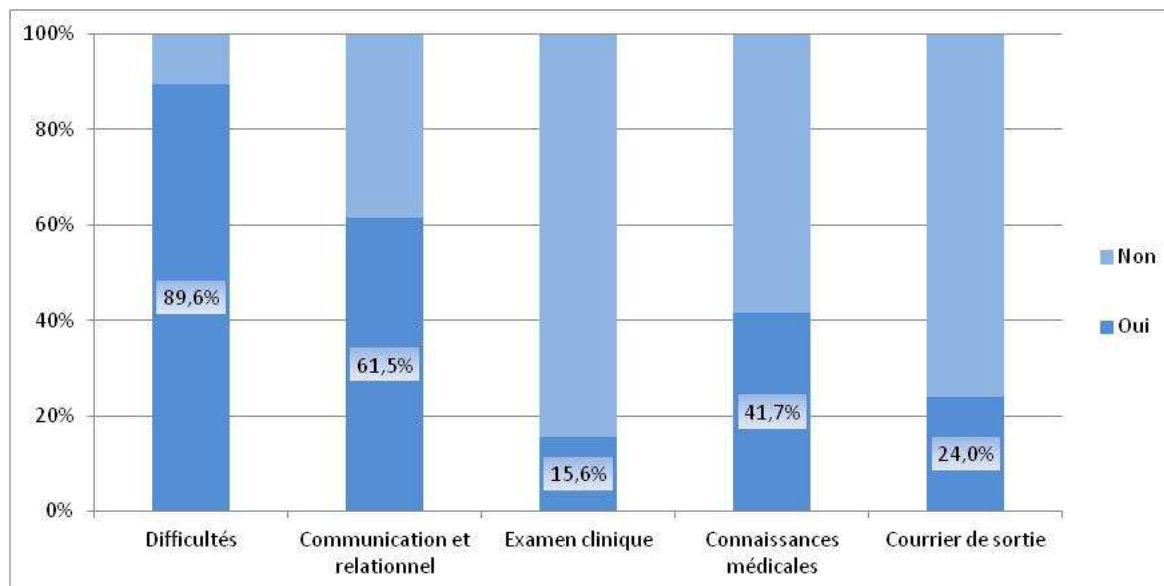


Figure 6 : Difficultés rencontrées par les urgentistes lors de la prise en charge de personnes transgenres

Les différents facteurs pouvant avoir un impact sur les difficultés ressenties par les urgentistes se trouvent dans le Tableau 6 (Annexe 2), mais aucun d'eux n'est revenu significatif. L'information de la transidentité par le personnel paramédical en amont de la consultation n'améliore pas non plus l'aisance à la prise en charge de façon significative.

B. Identité des patient·e·s

L'aisance à la demande des pronoms est très partagée, avec 35,4% pas à l'aise, 25% moyennement à l'aise et 39,6% très à l'aise.

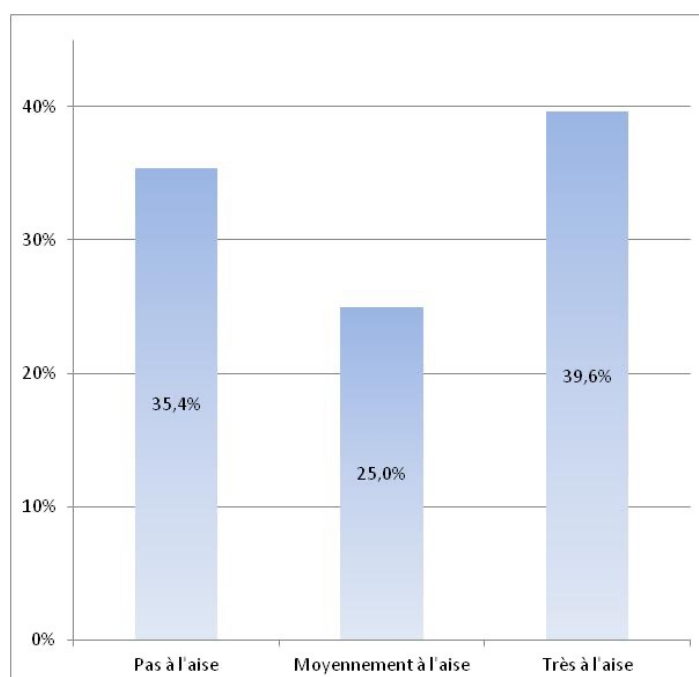


Figure 7 : Aisance à demander les pronoms

Aucun facteur impactant l'aisance à demander les pronoms n'a été retrouvé dans notre étude, et ils sont détaillés dans le tableau 7 (Annexe 3).

La majorité des urgentistes, soit 55,2%, utilisent les pronoms souhaités par le patient après les avoir demandés, 26% utilisent un discours impersonnel, 13,5% les pronoms basés sur l'expression de genre, et 5,2% ceux du sexe administratif.

Les utilisations des pronoms selon l'aisance à les demander est résumée dans la Figure 8 et le Tableau 8. Les médecins très à l'aise utilisent à 78,9% les pronoms souhaités par le patient après les avoir demandés, contre 29,2% chez les moyennement à l'aise, et 47,5% chez les pas à l'aise. Le discours impersonnel est utilisé dans 37,5% des cas chez les moyennement à l'aise, 29,4% des pas à l'aise et 15,8% des très à l'aise. L'utilisation de pronoms selon l'expression de genre représente 17,6% des pas à l'aise, 20,8% des moyennement à l'aise et 5,3% des très à l'aise. Aucun médecin très à l'aise pour demander les pronoms n'utilise les pronoms du sexe administratif, contre 12,5% des moyennement à l'aise et 5,9% des pas à l'aise.

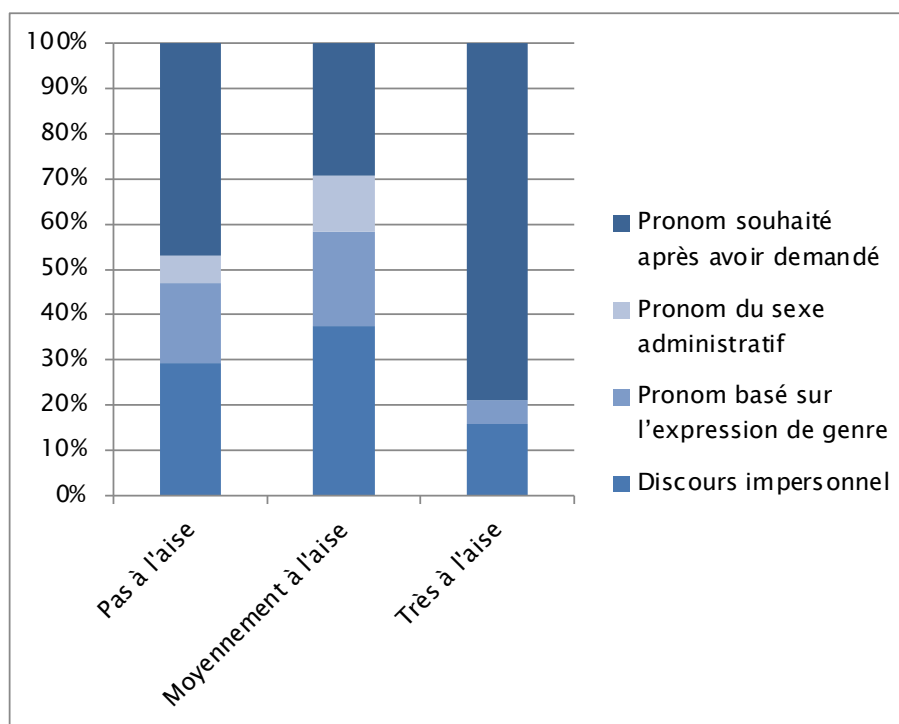


Figure 8 : Répartition des pronoms utilisés en fonction de l'aisance à les demander

	Pronom utilisé								Total général
	Discours impersonnel		Pronom basé sur l'expression de genre		Pronom du sexe administratif		Pronom souhaité après avoir demandé		
Aisance à demander le pronom									
Pas à l'aise	10	29,4%	6	17,6%	2	5,9%	16	47,1%	34
Moyennement à l'aise	9	37,5%	5	20,8%	3	12,5%	7	29,2%	24
Très à l'aise	6	15,8%	2	5,3%	0	0%	30	78,9%	38
Total général	25	26%	13	13,5%	5	5,2%	53	55,2%	96

Tableau 8 : Répartition des pronoms utilisés en fonction de l'aisance à les demander

C. Transmission des informations

Pour les analyses en sous-groupe les réponses « jamais » et « rarement » ont été réunies dans la catégorie « non » et les catégories « parfois », « souvent » et « toujours » dans la catégorie « oui ».

Avant de rencontrer un·e patient·e trans, 17,7% des urgentistes ne sont pas informés de la transidentité par l'équipe paramédicale, alors que 82,3% reçoivent cette information. La transmission des pronoms aux équipes après avoir demandé se fait dans 89% des cas, et l'identité dans 93,5% des cas. A noter que 2 médecins transmettent systématiquement l'identité, mais jamais les pronoms. La transmission à l'écrit dans le dossier médical n'est faite que par 58% des urgentistes.

	Non		Oui		Total
Transmission au médecin par paramédicaux avant de rencontrer le ou la patient·e	17	17,7%	79	82,3%	96
Transmission orale des pronoms aux équipes par le médecin	10	11,0%	81	89,0%	91
Transmission orale de l'identité par le médecin	6	6,5%	86	93,5%	92
Transmission écrite dans dossier	40	41,7%	56	58,3%	96

Tableau 9 : Transmission de la transidentité

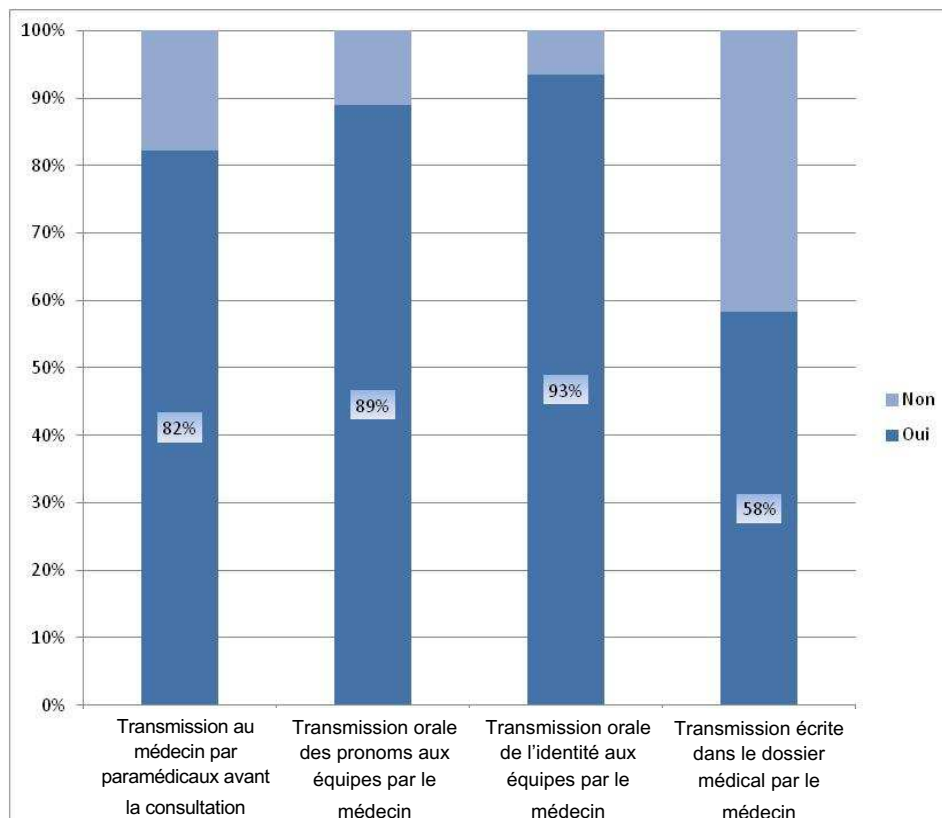


Figure 9 : Transmission de la transidentité

Parmi les répondants, 9 médecins ne transmettent aucun pronom, un seul le transmet seulement à l'écrit, 26 le transmettent uniquement à l'oral, et 55 transmettent à l'oral et à l'écrit.

Les médecins qui transmettent à l'oral les informations sur les pronoms sont significativement plus nombreux à le transmettre aussi à l'écrit dans le dossier médical (χ^2 corrigé 6,32 avec un seuil 5% à 3,841).

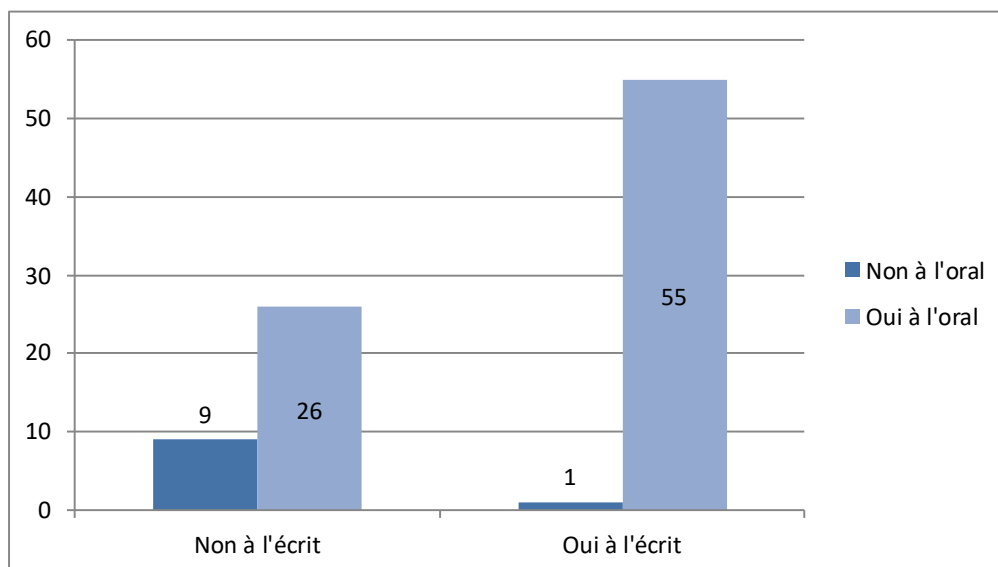


Figure 10 : Transmission orale et écrite des pronoms par le médecin

75% des urgentistes sont d'accord sur le fait qu'avoir le sexe assigné à la naissance dans les données du patient aide à sa prise en charge, 11,5% ne sont pas d'accord, et 13,5% ne savent pas se prononcer.

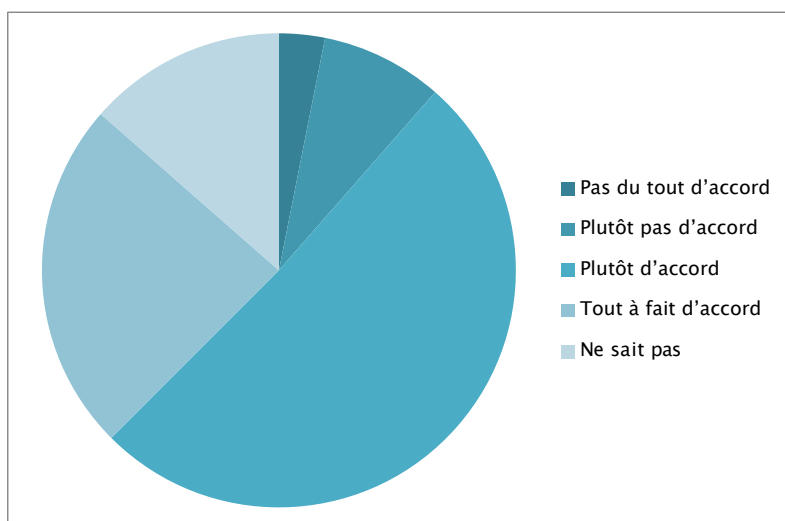


Figure 11 : Avoir les informations sur le sexe à la naissance et l'identité de genre dans les informations électroniques de santé peut aider à la prise en charge et au diagnostic chez les personnes transgenres

Parmi ceux qui sont d'accord, 29 ne transmettent pas dans le dossier quand 43 le font. Pour ceux qui ne sont pas d'accord 7 ne le transmettent pas, et 4 l'indiquent tout de même dans le dossier médical, dont un qui le fait systématiquement. Pour ceux qui ne savent pas, 9 transmettent dans le dossier et 4 ne le font pas.

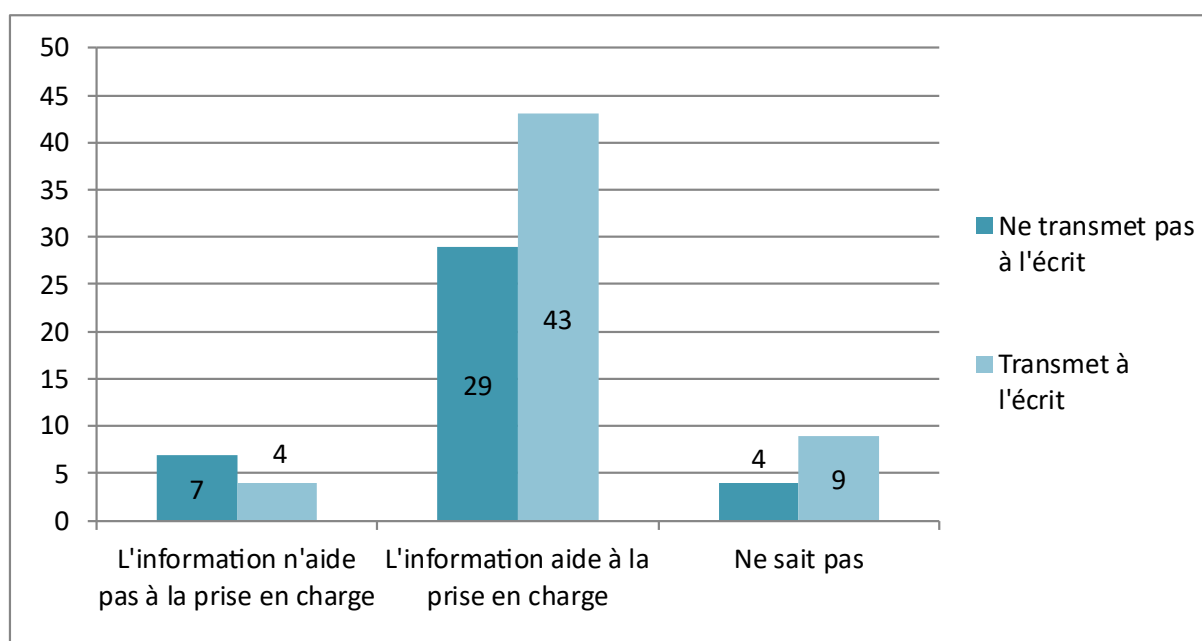


Figure 12 : Transmission des pronoms et de l'identité à l'écrit par les médecins en fonction de l'importance accordée à l'information sur la transidentité dans le dossier

Pour la transmission de la transidentité d'un·e patient·e dans les données informatiques, les logiciels de 9 hôpitaux interrogés ne permettent d'indiquer que « Homme » ou « Femme » sans autre précision, 2 indiquent « Homme » ou « Femme » avec possibilité de précision dans une note annexe sur initiative du réceptionniste, et 2 ont en plus une case « Indéterminé ». Aucun n'a la possibilité systématique de renseigner l'identité de genre et le sexe assigné à la naissance.

	Effectifs
Uniquement H/F sans nuance	9
Uniquement H/F avec possible note séparée sur initiative réceptionniste/secrétaire à l'admission	2
H/F avec case « Indéterminé »	2
Distinction identité de genre et sexe assigné naissance possible	0
Total	13

Tableau 10 : Information de l'identité de genre et du sexe assigné à la naissance dans les logiciels des urgences

D. Interrogatoire et examen clinique

Au cours d'une consultation aux urgences, 7,3% des médecins interrogent systématiquement sur le stade médical de transition, 83,3% seulement si c'est en lien avec le motif de consultation, et 9,3% n'interrogent jamais.

Pour le stade chirurgical de la transition, 3,1% demandent systématiquement, 84,4% seulement si c'est en lien avec le motif de consultation, et 12,5% ne demandent jamais.

Un examen clinique spécifique des organes génitaux n'est jamais réalisé de façon systématique, il est fait par 90,6% des urgentistes si c'est en lien avec le motif de consultation, et 9,4% ne le font jamais.

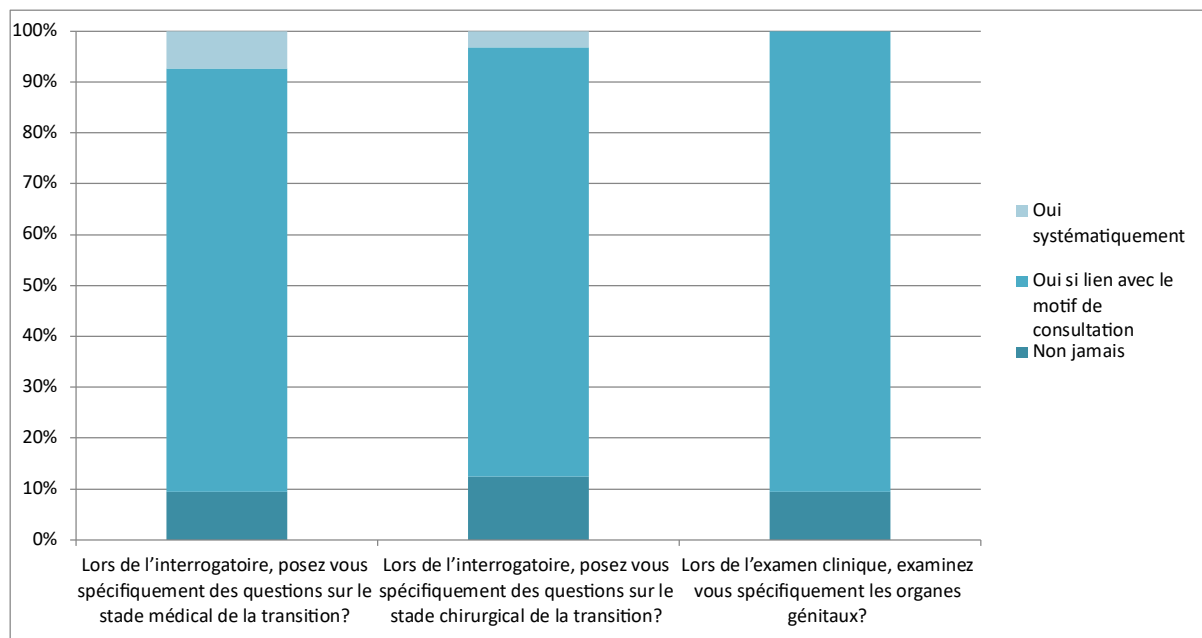


Figure 13 : Pratiques lors de l'examen clinique

89,6% des urgentistes estiment réaliser leur examen clinique de la même façon chez une personne transgenre que chez une personne cisgenre.

4. Moyens mis en place dans les hôpitaux du NPDC

Parmi les services d'urgences interrogés, 11 sont organisés avec des zones d'attentes mixtes et 2 ont des zones séparées selon le genre des patients. 10 rapportent avoir des toilettes mixtes ou non genrés, et 3 des toilettes séparés selon le genre.

Enfin, des protocoles spécifiques pour la prise en charge des personnes transgenres existent dans 2 hôpitaux, mais sont pour les prises en charge chirurgicales, 2 établissements sont en cours d'élaboration de protocoles médicaux, et 9 n'ont aucun protocole.

	Effectifs
Zones d'attentes	
Mixte	11
Séparé H/F	2
Total	13
Toilettes patients	
Mixtes	10
Genrés	3
Total	13
Protocoles hospitaliers	
Médicaux	0
Chirurgicaux	2
Médicaux en cours d'élaboration	2
Aucun	9
Total	13

Tableau 11 : Organisation des hôpitaux du NPDC

Discussion

1. Niveau de formation des médecins urgentistes du NPDC pour la prise en charge de patient·e·s transgenres

A. Manque de formation

Malgré leur manque de formation, on retrouve que 90% des urgentistes ont déjà pris en charge des personnes trans, un taux semblable à la littérature. (28)

Dans notre étude, 61% des urgentistes considèrent ne pas être formés pour prendre en charge correctement un·e patient·e transgenre. On retrouve des proportions similaires dans la littérature internationale, avec 67% des étudiants en médecine aux Etats-Unis et au Canada qui estiment leur formation « très pauvre » ou « pauvre », ou encore 85% en Grande-Bretagne qui rapportent un manque d'éducation sur le sujet (23). Ce manque d'enseignement se retrouve à tous les niveaux des études médicales (29). Une autre étude retrouve que 82,5% des urgentistes n'ont jamais reçu d'enseignement formel pour la prise en charge de patients transgenres. (28,30)

Dans les commentaires de notre questionnaire, on retrouve majoritairement des remarques sur le manque de connaissances des spécificités liées aux traitements et aux chirurgies de transition existantes. De plus, 41,7% considèrent que le manque de connaissances médicales peut les mettre en difficulté. Une étude américaine a déjà montré en 2016 que seulement 9,8% des urgentistes avaient une bonne connaissance des traitements médicaux et 26,1% des traitements chirurgicaux de transition. (28,30)

Ce manque de formation et de connaissances est également ressenti par la population transgenre dans les études portant sur leurs expériences aux urgences. (16,21)

B. Formations disponibles

La formation du personnel médical des urgences peut donc s'effectuer par différents moyens :

i. Formation universitaire

C'est une façon de proposer un enseignement qui peut toucher une majorité de médecins, mais qui est en réalité très limitée (29). Comme rappelé dans l'introduction, en France lors des 6 premières années de la formation médicale, l'abord de la transidentité se limite à de simples définitions, puis le sujet n'est plus abordé dans le programme du DES de médecine d'urgence.

La formation passe donc par des enseignements universitaires complémentaires tels que les DU. C'est le cas de l'unique urgentiste ayant reçu une formation officielle dans notre étude, via un DU « Santé et Précarité ».

ii. Autoformation

Dans notre étude, 16,8% des urgentistes ont réalisé des recherches pour s'auto former sur le sujet de la transidentité. Aucun facteur n'a été retrouvé comme favorisant l'auto-formation. Nous n'avons trouvé aucune étude sur ce sujet dans la littérature.

De façon logique, l'appartenance à la communauté LGBT pourrait également être un facteur impactant les connaissances sur le sujet. La proportion d'urgentistes LGBT de notre étude est équivalente à la proportion nationale française (31), mais à l'échelle de notre échantillon, ils n'étaient pas assez nombreux pour mettre en évidence de différence significative. Des études spécifiques dans ce sens avec un plus grand échantillon seraient donc intéressantes.

iii. Autres moyens de formation

Une aide peut être demandée auprès d'associations locales ou nationales, parfois reconnues par le gouvernement, qui mettent à disposition des documents et des ressources de base pour expliquer la transidentité (32). En France et dans le NPDC, il existe par exemple SOS Homophobie, OUTrans, En Trans... (33)

Des formations sont parfois dispensées ou financées par les hôpitaux, ce qui est rarement le cas dans notre étude (Tableau 4), et aucune documentation sur ces modalités de formation n'a été retrouvée dans la littérature.

En l'absence de formation, cette dernière se fait donc avec l'expérience, directement au contact des patient·e·s transgenres. Les difficultés rencontrées par le médecin impactent directement l'expérience des patient·e·s au sein du service, les obligeant fréquemment à faire de l'éducation au cours de la consultation. Ceci a pour conséquences une majoration de l'appréhension et du risque de report pour des soins médicaux futurs. (20)

C. Impact de la formation sur la prise en charge

Du fait de notre petit effectif, notre étude ne retrouve pas de différence significative d'aisance de prise en charge entre les urgentistes formés et non formés, mais on observe tout de même une tendance à être moins mal à l'aise en étant formé comme le montre la Figure 5. Des études de plus grande envergure sont nécessaires pour le confirmer.

La littérature va tout de même dans ce sens, et montre que la formation améliore les connaissances et le comportement lors de la prise en charge des personnes trans (34,35), et d'autant plus si cette formation s'accompagne de stages cliniques de soins auprès de patient·e·s transgenres. (36)

2. Prise en charge des personnes trans dans la pratique clinique aux urgences

A. Facteurs influençant l'aisance à la prise en charge :

D'après nos recherches, notre étude est la première à évaluer les facteurs ayant un impact sur l'aisance des praticiens à la prise en charge des patient·e·s trans. Notre étude montre que les hommes sont significativement plus dans les extrêmes, soit très à l'aise soit pas du tout à l'aise, alors que les femmes sont majoritairement moyennement à l'aise.

Aucun autre facteur n'a montré d'impact significatif sur la prise en charge, mais comme dit précédemment, la formation montre une tendance à diminuer l'inconfort à la prise en charge. Une étude de plus grand effectif reste nécessaire pour confirmer nos résultats, et possiblement trouver de nouveaux facteurs qui permettraient d'améliorer les soins.

B. Identité des patient·e·s

La communication et le relationnel sont des éléments qui entraînent des difficultés chez 62% des urgentistes qui ont déjà pris en charge des personnes transgenres de notre étude.

Le mégenrage (utilisation de la mauvaise identité ou des mauvais pronoms) est un facteur de risque de rupture de confiance et majore le risque de reporter les soins dans le futur à cause de cette expérience négative (16,32), c'est une des raisons pour lesquelles il est important de rester attentif aux demandes des patient·e·s.

i. Utiliser la bonne identité

L'utilisation de la bonne identité de genre est décrite comme un facteur qui aide pour la relation de confiance soignant-soigné·e et pour les soins (32), mais n'est pas assez souvent évoquée au cours de la prise en charge aux urgences (16). La bonne identité passe donc par l'utilisation de pronoms adaptés et surtout d'un prénom adapté. Dans la mesure du possible il faut éviter d'utiliser le prénom d'avant transition, aussi appelé *deadname*, surtout dans les salles d'attente. (21)

La littérature retrouve que plus de 2/3 des médecins, urgentistes ou non, sont à l'aise pour demander les pronoms, (28,37), mais que dans leur pratique quotidienne, les médecins non-urgentistes les demandent peu (22,5%). (37)

Notre étude montre une répartition différente, car seulement 39,6% des urgentistes sont très à l'aise pour demander les pronoms souhaités par le ou la patient·e, mais 55,2% font tout de même l'effort de poser la question et de les utiliser.

Cette différence peut s'expliquer par notre définition de l'aisance en 3 catégories, et pas comme une notion binaire (oui/non). Le fait que nos urgentistes demandent d'avantage les pronoms que les médecins non-urgentistes de la littérature doit faire l'objet d'une étude dédiée, qui permettrait de confirmer cette différence, et peut-être trouver des facteurs expliquant cette meilleure communication aux urgences.

ii. Travailler en équipe

Au-delà de l'aspect uniquement médical, la bonne prise en charge d'un·e patient·e trans dépend également des équipes paramédicales, avec en premier lieu la transmission des informations afin de faciliter la communication, améliorer les soins et limiter les expériences négatives. (16,21)

La communication au sein des équipes est bien retrouvée dans notre étude, avec un bon passage des informations dans les deux sens entre les médecins et les paramédicaux concernant l'identité et les pronoms.

En revanche, nous ne retrouvons pas d'impact de cette transmission d'information sur l'aisance à la prise en charge ou à la demande de l'identité souhaitée par le patient.

iii. Informatisation des données de transidentité

Le premier abord des patients avec le service des urgences se fait via l'accueil ou le secrétariat, un endroit où l'identité se base sur les papiers d'identité et documents administratifs qui ne sont pas forcément en accord avec l'identité de genre de la personne et met une première barrière aux soins, nécessitant parfois des justifications par le ou la patient·e.

Parmi les urgentistes ayant répondu au questionnaire, $\frac{3}{4}$ pensent qu'avoir les informations sur le sexe à la naissance et l'identité de genre dans les informations électroniques de santé peut aider à la prise en charge et au diagnostic chez les personnes transgenres. C'est concordant avec d'autres études qui retrouvent 79,2% des urgentistes en accord avec cette affirmation. (28)

L'obtention de cette information reste débattue par les patient·e·s trans dans les études sur leur ressenti des consultations aux urgences, car elle est parfois considérée comme non nécessaire ou à donner selon la plainte, mais aussi considérée importante pour les diagnostics différentiels. (32)

Dans le NPDC, aucun service d'urgence interrogé n'avait la possibilité d'indiquer dans un endroit dédié du dossier le statut transgenre d'un·e patient·e, ni de mention du sexe à la naissance.

Afin d'avoir une traçabilité de la transidentité, 58% des urgentistes de notre étude indiquent écrire l'identité de genre et les pronoms souhaités dans le dossier médical. Et il est important de noter que les urgentistes qui transmettent cette information aux équipes à l'oral le transmettent significativement plus souvent à l'écrit dans le dossier.

C. Prise en charge clinique

i. Ressenti du personnel médical et des patient·e·s trans

Lors de la consultation aux urgences, l'examen clinique et l'interrogatoire sont des éléments qui reviennent souvent comme des moments de malaise et d'inconfort pour les patient·e·s trans, avec des questions inappropriées ou non pertinentes au vu du motif de consultation, ou des examens cliniques de moins bonne qualité. (16,22,32,38)

Dans notre étude, la grande majorité des urgentistes n'abordent la transidentité que si c'est en lien avec le motif de consultation, comme le recommandent les études sur l'expérience des patients transgenres aux urgences. (22)

Nous retrouvons tout de même que près de 10% des répondants n'examinent jamais les organes génitaux, même si c'est en lien avec le motif de consultation, ce qui peut être un obstacle à la bonne prise en charge. On peut alors imaginer que ces praticiens doivent faire appel à des collègues, à des spécialistes en transidentité ou des chirurgiens si nécessaire.

Dans la littérature, les médecins comme les patients décrivent une certaine appréhension de la part du praticien lors de la prise en charge, principalement décrit par le manque de connaissances et de formation (20,32). Il est aussi dit qu'il y existe un retentissement négatif sur les soins d'un·e patient·e qui annonce sa transidentité par rapport à un·e patient·e cisgenre. (39)

C'est ce qu'on retrouve en partie dans notre étude, avec 10 urgentistes qui estiment ne pas prendre en charge les patient·e·s transgenres de la même façon que les patient·e·s cisgenres, justifié par une appréhension du corps qui n'existe pas avec les personnes cisgenres.

Certains facteurs pourraient permettre de diminuer cette appréhension, comme la formation ou l'expérience clinique, mais des études spécifiques sont nécessaires pour le mettre significativement en évidence.

ii. Considérations spatiales et ressources hospitalières

Face au manque d'enseignement, la mise en place de protocoles médicaux et paramédicaux sur les modalités d'accueil, de prise en charge et d'hospitalisation, pourrait aider l'urgentiste au cours des soins des patient·e·s trans, et les patient·e·s trans à avoir une meilleure expérience de l'hôpital. Dans notre étude, les protocoles existants sont uniquement dans le cadre des prises en charge chirurgicales de transition, mais des protocoles médicaux semblent être en cours d'élaboration. Ce manque de recommandations est également décrit dans la littérature. (30)

Une adaptation des locaux est également nécessaire pour respecter l'identité et limiter les ambiguïtés, comme la mise en place de toilettes mixtes ou non genrés, ou l'arrêt de la séparation de patients en fonction de leur sexe dans des zones d'attente (32), qui n'est pas encore le cas dans plusieurs services d'urgences du NPDC interrogés.

Les hôpitaux ont aussi leur rôle à jouer dans la communication et la prévention autour des patient·e·s transgenres, comme par exemple la campagne de sensibilisation sur la santé des personnes trans et non binaires par le Centre Hospitalier de Tourcoing à l'occasion de la journée internationale de la visibilité transgenre le 31 mars (40).

3. Points forts et limites de l'étude

A. Points forts

Notre étude s'inscrit dans une dynamique d'amélioration de la prise en charge des patient·e·s trans, et est la première étude sur ce sujet en France à notre connaissance.

C'est une étude multicentrique avec des réponses de praticiens travaillant dans 21 services d'urgences différent du Nord et du Pas-De-Calais, avec une grande variété de répondants, même si la moyenne d'âge est plutôt jeune, mais correspondant à la population des médecins urgentistes en exercice. (41)

Ce document se veut aussi comme une aide pour les personnes en demande, au moins pour les éléments de base avec explications sur la notion d'identité, les différents traitements possibles, et des conseils pour faciliter la communication et les expériences.

B. Limites

Malgré les 107 réponses totales, les effectifs pour les analyses en sous-groupes sont souvent insuffisants et ne permettent pas de montrer de différences significatives malgré les tendances. Une étude à plus grand effectif est nécessaire pour trouver les facteurs influençant significativement les connaissances et la prise en charge des personnes trans.

Les personnes concernées ou intéressées par le sujet répondent plus facilement au questionnaire, et un biais de sélection peut donc en résulter.

Il y a aussi possiblement un biais d'autoévaluation qui limite les réponses négatives, donc ne reflète peut-être pas tout à fait la réalité, et un biais de mémorisation par son aspect rétrospectif et de l'impact de la prise en charge récente d'un·e patient·e·s trans sur les réponses.

Pour l'évaluation des formations, protocoles proposés et organisations des services, seuls 13 hôpitaux ont donné réponse, et ne représentent pas l'exacte réalité de la région, mais les données recueillies montrent tout de même des tendances.

4. Perspectives d'améliorations

Plusieurs éléments sont donc mis en avant dans notre étude pour améliorer la prise en charge des personnes transgenres :

- Il est nécessaire d'améliorer la formation des médecins urgentistes, et des médecins de façon générale, à la prise en charge des patient·e·s transgenres, car ils y seront tous exposés. Cette dernière permet d'améliorer la prise en charge du médecin et

l'expérience du patient au sein du service, et contribue ainsi à une meilleure appréhension des urgences par le ou la patient·e et pourrait ainsi limiter le report de soins et le retard de prise en charge.

- Il faut inciter les urgentistes à demander davantage l'identité des patient·e·s trans et à les communiquer à l'oral, ce qui favorise la communication à l'écrit et limite la perte d'information. En évitant de poser les questions sur le genre et l'identité à chaque consultation, on limite le risque de mégenrage et ainsi le risque d'expériences négatives et on améliore le vécu et la prise en charge des personnes trans.
- Une adaptation structurelle des hôpitaux est aussi nécessaire, en organisant des zones d'attentes mixtes, des protocoles médicaux pour l'administratif et l'organisation des soins, et il est nécessaire d'adapter les logiciels pour faciliter la transmission d'informations.
- Interroger et examiner spécifiquement la transidentité doit se faire seulement si le motif de consultation y est en lien pour rester pertinent et crédible aux yeux des patient·e·s. Le faire abusivement peut donc entraîner une rupture de confiance et limiter les recours aux soins futurs. La formation semble être encore une fois un élément central pour améliorer la prise en charge.

5. Recommandations

Il n'existe actuellement pas de recommandations officielles de prise en charge des patient·e·s transgenres, mais les premières recommandations sur le parcours de transition des personnes transgenres par la HAS sont attendues pour le premier semestre 2025.

Néanmoins plusieurs études mettent en avant des éléments pour améliorer les soins :

A. Adaptation médicale

- Préserver la confidentialité et ne poser des questions sensibles que dans des espaces privés. (16,22)

- Demander l'identité et les pronoms souhaités et les utiliser pour la consultation. (16,21,22,42,43)
- Ne pas utiliser de langage humiliant ou dégradant (16,42). Des termes tels que « travesti », « transsexuel », « homme/femme biologique », « transformation » sont à oublier, il faut préférer « transgenre », « sexe assigné à la naissance » et « transition ».
- Meilleure communication au sein des équipes de soins. (16,32)
- Ne poser des questions sur le sexe ou sur les expériences trans que si c'est pertinent pour les soins (16,21,22,43)

B. Adaptation du système de soins

- Proposer des espaces neutres en termes de genre, notamment des chambres d'hôpital et des toilettes (22,32,43)
- Améliorer la formation médicale sur la transidentité (16,21,22,30,42,43)
- Adapter les formulaires d'accueil pour y préciser directement l'identité (21,32)

Conclusion

La bonne prise en charge des patient·e·s transgenres aux urgences a une importance capitale pour optimiser leurs soins et limiter les reports de consultations et retards de prises en charge. Cette amélioration passe par la formation des médecins qui doit être plus importante et systématique, une bonne communication avec le patient et les équipes, et une adaptation globale du système hospitalier.

Notre étude est en accord avec la littérature sur tous ces points et montre que même s'il y a toujours de nombreuses améliorations possibles dans les urgences du NPDC, de nombreuses pratiques suivent déjà les recommandations émises à partir du vécu des patients.

Bibliographie

1. SOS-Homophobie.org au 15/10/2024. Disponible sur: <https://www.sos-homophobie.org/informer/definitions/transphobie>
2. Wikipedia.org au 09/02/2025. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/wiki/Langage_inclusif_en_français
3. Le journal CNRS au 09/02/2025. Disponible sur: <https://lejournel.cnrs.fr/articles/lecriture-inclusive-par-dela-le-point-median>
4. SOS-homophobie.org au 15/10/2024. Disponible sur: <https://www.sos-homophobie.org/informer/definitions/transidentite-personnes-transidentitaires-transgenres>
5. Collin L, Reisner SL, Tangpricha V, Goodman M. Prevalence of Transgender Depends on the “Case” Definition: A Systematic Review. J Sex Med. 1 avr 2016;13(4):613-26.
6. Herman, J. L., Flores, A. R., O'Neill K. K., How Many Adults Identify as Transgender in the United States? Los Angeles, CA The Williams Institute. 2022.
7. Picard DH, Jutant S. Rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans.
8. Muriel D. Parcours de transition des personnes transgenres.
9. Rapport sur les LGBTIphobies 2023. 2023;
10. SALMON S., VICO P., La chirurgie de transition masculinisante du sein chez les hommes transgenres, Rev Med Brux 2020 ; 41 : 470-476.
11. Piette E, Jaumotte M, Gilon Y, nizet JI, Mastectomie, procédure chirurgicale initiale chez les patients transgenres, Rev Med Liege 2022, 77 : 2 : 118-123.
12. Bauquis O, Decrouy V, Guerid S. La chirurgie de réassignation sexuelle, de l'ignorance au préjugé. Forum Méd Suisse – Swiss Med Forum [Internet]. 2 déc 2014 [cité 13 avr 2025];14(49). Disponible sur: <https://doi.emh.ch/fms.2014.02100>
13. Weigert R. La chirurgie de réassignation homme vers femme, Male-to-Female. Interbloc. avr 2014;33(2):106-12.
14. Urofrance.org au 29/12/2024. Disponible sur: <https://www.urofrance.org/2023/06/12/chirurgie-des-personnes-transgenres-les-patients-satisfaits/>
15. Cristofari S, Revol M. Complications postopératoires après transformation génitale homme-femme (aidoiopoiëse). Ann Chir Plast Esthét. nov 2019;64(5-6):667-73.
16. Samuels EA, Tape C, Garber N, Bowman S, Choo EK. “Sometimes You Feel Like the Freak Show”: A Qualitative Assessment of Emergency Care Experiences Among Transgender and Gender-Nonconforming Patients. Ann Emerg Med. févr 2018;71(2):170-182.e1.
17. Jaime M. Grant, Ph.D. Lisa A. Mottet, J.D. Justin Tanis, D.Min., Injustice at Every Turn A Report of the National Transgender Discrimination Survey, 2011.

18. Babbs G, Hughto JMW, Shireman TI, Meyers DJ. Emergency Department Use Disparities Among Transgender and Cisgender Medicare Beneficiaries, 2011-2020. *JAMA Intern Med.* 1 avr 2024;184(4):443.
19. sfmu. org le 12/02/2024, Les urgences médicales les plus fréquentes chez les personnes transgenres. Disponible sur: https://www.sfm.u.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/les-urgences-medicales-plus-frequentes-chez-les-personnes-transgenres/new_id/69666
20. Jaffee KD, Shires DA, Stroumsa D. Discrimination and Delayed Health Care Among Transgender Women and Men: Implications for Improving Medical Education and Health Care Delivery. *Med Care.* nov 2016;54(11):1010-6.
21. Allison MK, Marshall SA, Stewart G, Joiner M, Nash C, Stewart MK. Experiences of Transgender and Gender Nonbinary Patients in the Emergency Department and Recommendations for Health Care Policy, Education, and Practice. *J Emerg Med.* oct 2021;61(4):396-405.
22. Chisolm-Straker M, Jardine L, Bennouna C, Morency-Brassard N, Coy L, Egemba MO, et al. Transgender and Gender Nonconforming in Emergency Departments: A Qualitative Report of Patient Experiences. *Transgender Health.* déc 2017;2(1):8-16.
23. Korpaisarn S, Safer JD. Gaps in transgender medical education among healthcare providers: A major barrier to care for transgender persons. *Rev Endocr Metab Disord.* sept 2018;19(3):271-5.
24. Collège national des universitaires en psychiatrie, Collège universitaire national des enseignants en addictologie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, éditeurs. *Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie.* 4e éd. Tours: Presses universitaires François-Rabelais; 2024. (L'officiel ECN).
25. Collège des enseignants d'endocrinologie, diabète et maladies métaboliques. *Référentiel d'endocrinologie, diabétologie et maladies métaboliques.* 5ème édition. Elsevier Masson; 2021.
26. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. *Référentiel du collège de gynécologie obstétrique.* 6ème édition. Elsevier Masson; 2024.
27. Collège Français des Enseignants d'Urologie. *Référentiel du collège d'urologie.* 6ème édition. Elsevier Masson; 2024.
28. Chisolm-Straker M, Willging C, Daul AD, McNamara S, Sante SC, Shattuck DG, et al. Transgender and Gender-Nonconforming Patients in the Emergency Department: What Physicians Know, Think, and Do. *Ann Emerg Med.* févr 2018;71(2):183-188.e1.
29. Hana T, Butler K, Young LT, Zamora G, Lam JSH. Transgender health in medical education. *Bull World Health Organ.* 1 avr 2021;99(4):296-303.
30. Brod T, Stoetzer C, Schroeder C, Stiel S, Afshar K. Emergency Physicians' and Nurses' Perspectives on Transgender, Intersexual, and Non-Binary Patients in Germany. *West J Emerg Med [Internet].* 29 oct 2024 [cité 13 avr 2025];26(1). Disponible sur: <https://escholarship.org/uc/item/0q72n4nq>
31. Ipsos Enquête LGBT+ Pride 2023 Globale.

32. Willging C, Gunderson L, Shattuck D, Sturm R, Lawyer A, Crandall C. Structural competency in emergency medicine services for transgender and gender non-conforming patients. *Soc Sci Med*. févr 2019;222:67-75.
33. www.enseignementsup-recherche.gouv.fr au 15/03/2025. Disponible sur: www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/lgbtphobies-ressources-et-partenaires-96060
34. Wahlen R, Bize R, Wang J, Merglen A, Ambresin AE. Medical students' knowledge of and attitudes towards LGBT people and their health care needs: Impact of a lecture on LGBT health. *Zweigenenthal VEM, éditeur. PLOS ONE*. 1 juill 2020;15(7):e0234743.
35. Martinez BE, Williams D. Improving the Care of Transgender/Gender-Nonconforming Patients in the Emergency Department Through Quality Improvement: An Educational Intervention for Emergency Clinicians. *J Emerg Nurs*. mars 2025;S0099176725000649.
36. Park JA, Safer JD. Clinical Exposure to Transgender Medicine Improves Students' Preparedness Above Levels Seen with Didactic Teaching Alone: A Key Addition to the Boston University Model for Teaching Transgender Healthcare. *Transgender Health*. mai 2018;3(1):10-6.
37. Bashir S, Fend M, Sarfraz MA. Medical attitudes towards transgender patients. *Br J Hosp Med*. 2 mars 2023;84(3):1-6.
38. Bauer GR, Scheim AI, Deutsch MB, Massarella C. Reported Emergency Department Avoidance, Use, and Experiences of Transgender Persons in Ontario, Canada: Results From a Respondent-Driven Sampling Survey. *Ann Emerg Med*. juin 2014;63(6):713-720.e1.
39. Macapagal K, Bhatia R, Greene GJ. Differences in Healthcare Access, Use, and Experiences Within a Community Sample of Racially Diverse Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Questioning Emerging Adults. *LGBT Health*. déc 2016;3(6):434-42.
40. Publication Instagram du 31/03 par chtourcoing. Disponible sur: <https://www.instagram.com/p/DH2la8hMiVk/>
41. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicales, Situation au 1er Janvier 2025. 2025 mars.
42. Strand N, Gomez DA, Kacel EL, Morrison EJ, St Amand CM, Vencill JA, et al. Concepts and Approaches in the Management of Transgender and Gender-Diverse Patients. *Mayo Clin Proc*. juill 2024;99(7):1114-26.
43. Brown JF, Fu J. Emergency Department Avoidance by Transgender Persons: Another Broken Thread in the "Safety Net" of Emergency Medicine Care. *Ann Emerg Med*. juin 2014;63(6):721-2.

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire

Bonjour, je suis Guillaume Baux, interne en DESMU. Dans le cadre de ma thèse, je réalise un questionnaire sur les connaissances, pratiques et habitudes des médecins urgentistes lors de la prise en charge de personnes transgenres aux urgences.

Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, il suffit d'être interne de DESMU ou médecin urgentiste.

Ce questionnaire est facultatif, confidentiel et il vous prendra moins de 5 minutes.

Veillez à ne pas indiquer d'éléments permettant de vous identifier ou d'identifier une autre personne dans les champs à réponse libre. Sans cela, l'anonymat de ce questionnaire ne sera pas préservé.

Ce questionnaire n'étant pas identifiant, il ne sera donc pas possible d'exercer ses droits d'accès aux données, droit de retrait ou de rectification.

Pour assurer une sécurité optimale vos réponses ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de la thèse.

Avant de commencer, voici quelques définitions et vocabulaires pour aider à répondre :

- **Transgenre** : Personne dont l'identité de genre (féminine, masculine, ou non-binaire) ne correspond pas à son sexe biologique assigné à la naissance (masculin ou féminin).
- **Cisgenre** : Personne dont le genre (homme ou femme) assigné à la naissance sur la base des organes génitaux externes (pénis/vulve) correspond à son identité de genre.
- **Identité de genre** : Expérience intime et personnelle de son genre profondément vécue par chacun·e.
- **Expression de genre** : Manière dont une personne s'exprime à travers ses vêtements, son maquillage, son langage corporel, le choix d'un pronom, etc. L'expression de genre n'est pas forcément en corrélation avec l'identité de genre d'une personne.
- **Transition de genre** : ensemble de processus conduisant à modifier l'expression de genre et l'apparence d'une personne transgenre pour les faire correspondre à son identité de genre.

Merci à vous !

I - Identité

1) Quelle est votre identité de genre ?

- ☐ Homme
- ☐ Femme
- ☐ Autre
- ☐ Ne souhaite pas répondre

2) Quel est votre âge ?

- ☐ 18-30 ans
- ☐ 31-40 ans
- ☐ 41-50 ans
- ☐ > 50 ans

3) Quel est votre statut hospitalier ?

- ☐ Médecin en formation (Interne, DJ)
- ☐ Médecin en poste (PHC, PH, PA)
- ☐ Médecin universitaire (MCUPH, PUPH)
- ☐ Autre (préciser)

4) Pensez-vous appartenir à la communauté LGBTQ+ ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Ne souhaite pas répondre

II - Lieu d'exercice

5) Ville et nom de l'hôpital du lieu principal d'exercice (Exemple : Tourcoing, CH Dron) :

- ☐ Champ ouvert

6) Dans quel service travaillez-vous ?

- ☐ Urgences
- ☐ Autre : préciser

7) À votre connaissance, existe-t-il des protocoles spécifiques de prise en charge de personnes transgenres dans cet hôpital ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sait pas

8) Exercez-vous régulièrement dans un autre service d'urgence/hôpital ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne souhaite pas répondre

SI OUI :

9) Ville et nom de l'hôpital du lieu d'exercice (Exemple: Tourcoing, CH Dron)

- ☐ Champ ouvert

10) Dans quel service travaillez-vous ?

- ☐ Urgences
- ☐ Autre : préciser

11) À votre connaissance, existe-t-il des protocoles spécifiques de prise en charge de personnes transgenres dans cet hôpital ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

- Ne sait pas

III - Formation

12) Avez-vous reçu une formation formelle pour la prise en charge des personnes transgenres ?

- Oui
- Non

13) Si oui, dans quel cadre cette formation a-t-elle eu lieu ? (Réponse multiple)

- Universitaire
- Dans le service/à l'hôpital
- Congrès/conférences
- Associations
- Autre (préciser)

14) Vous êtes-vous auto formé à la prise en charge des personnes transgenres ? (Recherches personnelles)

- Oui
- Non

15) Pensez-vous avoir reçu une formation suffisante pour prendre en charge correctement des personnes transgenres aux urgences ?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pas du tout formé	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Parfaitement formé

IV - Expérience

16) Avez-vous déjà pris en charge des personnes transgenres aux urgences ?

- Oui
- Non

SI OUI

Partie A : Activité

17) À quelle fréquence estimez-vous prendre en charge des personnes transgenres ?

- Moins d'une fois par an
- Une à deux fois par an
- Une à deux fois par mois
- Une à deux fois par semaine
- Tous les jours
- Ne sait pas

18) Êtes-vous à l'aise avec la prise en charge d'une personne transgenre ?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pas du tout à l'aise	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Parfaitement à l'aise

19) Quels éléments peuvent vous mettre en difficulté lors de la prise en charge d'une personne transgenre ? (Réponse multiple)

- ☐ Aucun
- ☐ Communication et relationnel
- ☐ Examen clinique
- ☐ Connaissances médicales
- ☐ Rédaction du courrier de sortie
- ☐ Autre : préciser

Partie B : Identité du patient

20) Êtes-vous informé de la transidentité d'une personne par l'équipe paramédicale avant de rencontrer ce patient ?

- ☐ Jamais
- ☐ Rarement
- ☐ Parfois
- ☐ Régulièrement
- ☐ Toujours

21) En général, quels pronoms utilisez-vous lors de la prise en charge d'une personne transgenre ?

- ☐ Pronoms du sexe administratif
- ☐ Pronoms souhaités par le patient après lui avoir demandé
- ☐ Pronoms basés sur l'expression de genre/apparence physique du patient
- ☐ Discours impersonnel
- ☐ Autre : préciser

22) Êtes-vous à l'aise pour demander les pronoms (il, elle, iel...) et l'identité (prénom...) à utiliser lors de la prise en charge d'une personne transgenre ?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pas du tout à l'aise	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Parfaitement à l'aise

23) Si vous avez demandé, avez-vous l'habitude de transmettre les pronoms (il, elle, iel...) souhaités par la personne aux équipes ?

- ☐ Jamais
- ☐ Rarement
- ☐ Parfois
- ☐ Régulièrement
- ☐ Toujours

24) Si vous avez demandé, avez-vous l'habitude de transmettre l'identité (prénom...) souhaitée par la personne aux équipes ?

- ☐ Jamais
- ☐ Rarement
- ☐ Parfois
- ☐ Régulièrement
- ☐ Toujours

25) Indiquez-vous à l'écrit l'identité de genre et les pronoms souhaités par la personne dans le dossier médical ?

- ☐ Jamais
- ☐ Rarement
- ☐ Parfois
- ☐ Régulièrement
- ☐ Toujours

26) Selon vous, avoir les informations sur le sexe à la naissance et l'identité de genre dans les informations électroniques de santé peut vous aider à la prise en charge et au diagnostic chez les personnes transgenres ?

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Plutôt pas d'accord
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Plutôt d'accord
- ☐ Tout à fait d'accord

Partie C : Interrogatoire et examen clinique

27) Lors de l'interrogatoire, posez-vous spécifiquement des questions sur le stade médical de la transition ?

- ☐ Non jamais
- ☐ Oui si lien avec le motif de consultation
- ☐ Oui systématiquement
- ☐ Ne sait pas

28) Lors de l'interrogatoire, posez-vous spécifiquement des questions sur le stade chirurgical de la transition ?

- ☐ Non jamais
- ☐ Oui si lien avec le motif de consultation
- ☐ Oui systématiquement
- ☐ Ne sait pas

29) Lors de l'examen clinique, examinez-vous spécifiquement les organes génitaux ?

- ☐ Non jamais
- ☐ Oui si lien avec le motif de consultation
- ☐ Oui systématiquement
- ☐ Ne sait pas

30) A propos de l'examen clinique, pensez-vous le pratiquer de la même façon que chez un patient cisgenre ?

- ☐ Oui
- ☐ Non : préciser

SI NON

31) Pour quelle raison n'avez-vous jamais pris en charge de personne transgenre ?
(Réponse multiple)

- ☐ Jamais eu d'occasion
- ☐ Par peur ou appréhension
- ☐ Par manque de connaissances
- ☐ Convictions personnelles
- ☐ Autre : préciser

32) Pensez-vous avoir les capacités pour prendre en charge une personne transgenre ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sait pas

IV - Conclusion

33) Avez-vous des remarques particulières concernant la prise en charge des personnes transgenres par les urgentistes ?

- ☐ Champ ouvert

34) Avez-vous des remarques concernant ce questionnaire ?

- ☐ Champ ouvert

35) Champ ouvert pour remarques globales

- ☐ Champ ouvert

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire !

Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : guillaume.baux.etu@univ-lille.fr.

Annexe 2 : Tableau 6

Communication et relationnel			Connaissances médicales				Courrier de sortie				Examen clinique				Total général
Oui	Non		Oui	Non			Oui	Non			Oui	Non			
Genre															
Femme	33	63,5%	19	36,5%	26	50,0%	11	21,2%	41	78,8%	9	17,3%	43	82,7%	52
Homme	26	60,5%	17	39,5%	14	32,6%	12	27,9%	31	72,1%	6	14,0%	37	86,0%	43
Total général	59	62,1%	36	37,9%	40	42,1%	23	24,2%	72	75,8%	15	15,8%	80	84,2%	95
Age															
18-30 ans	24	55,8%	19	44,2%	22	51,2%	12	27,9%	31	72,1%	6	14,0%	37	86,0%	43
31-40 ans	26	65,0%	14	35,0%	16	40,0%	9	22,5%	31	77,5%	8	20,0%	32	80,0%	40
Plus de 41 ans	9	69,2%	4	30,8%	2	15,4%	2	15,4%	11	84,6%	1	7,7%	12	92,3%	13
Total général	59	61,5%	37	38,5%	40	41,7%	23	24,0%	73	76,0%	15	15,6%	81	84,4%	96
Statut															
Médecin en formation (Interne, DIJ)	22	57,9%	16	42,1%	19	50,0%	11	28,9%	27	71,1%	5	13,2%	33	86,8%	38
Médecin en poste (PHC, PH, PA)	37	63,8%	21	36,2%	21	36,2%	12	20,7%	46	79,3%	10	17,2%	48	82,8%	58
Total général	59	61,5%	37	38,5%	40	41,7%	23	24,0%	73	76,0%	15	15,6%	81	84,4%	96
Fréquence prise en charge															
Moins deux fois par an	43	61,4%	27	38,6%	29	41,4%	14	20,0%	56	80,0%	12	17,1%	58	82,9%	70
Plus de deux fois par an	15	62,5%	9	37,5%	10	41,7%	9	37,5%	15	62,5%	3	12,5%	21	87,5%	24
Total général	58	61,7%	36	38,3%	39	41,5%	23	24,5%	71	75,5%	15	16,0%	79	84,0%	94
LGBTQ+															
Ne sait pas	3	50,0%	3	50,0%	3	50,0%	1	16,7%	5	83,3%		0,0%	6	100,0%	6
Non	50	62,5%	30	37,5%	30	37,5%	18	22,5%	62	77,5%	13	16,3%	67	83,8%	80
Oui	6	60,0%	4	40,0%	7	70,0%	4	40,0%	6	60,0%	2	20,0%	8	80,0%	10
Total général	59	61,5%	37	38,5%	40	41,7%	23	24,0%	73	76,0%	15	15,6%	81	84,4%	96
Formation															
Non	45	57,7%	33	42,3%	33	42,3%	19	24,4%	59	75,6%	13	16,7%	65	83,3%	78
Oui	14	77,8%	4	22,2%	7	38,9%	4	22,2%	14	77,8%	2	11,1%	16	88,9%	18
Total général	59	61,5%	37	38,5%	40	41,7%	23	24,0%	73	76,0%	15	15,6%	81	84,4%	96

Tableau 6 : Facteurs influençant les difficultés à la prise en charge des patient·e·s transgenres

Annexe 3 : Tableau 7

	Pas à l'aise		Moyennement à l'aise		Très à l'aise		Total général	χ^2	d.d.l. (Limite du Chi2 à 5%)
		%		%		%			
Genre								3,37462	2
Femme	16	30,8	17	32,7	19	36,5	52	N.S.	(5,991)
Homme	17	39,5	7	16,3	19	44,2	43		
Total général	33	34,7	24	25,3	38	40,0	95		
Age								1,72160	2
Moins de 30 ans	18	41,9	9	20,9	16	37,2	43	N.S.	(5,991)
Plus de 30 ans	16	30,2	15	28,3	22	41,5	53		
Total général	34	35,4	24	25,0	38	39,6	96		
Statut								1,88361	2
Médecin en formation (Interne, DJ)	16	42,1	7	18,4	15	39,5	38	N.S.	(5,991)
Médecin en poste (PHC, PH, PA)	18	31,0	17	29,3	23	39,7	58		
Total général	34	35,4	24	25,0	38	39,6	96		
Formation								2,39210	2
Non	27	34,6	22	28,2	29	37,2	78	N.S.*	(5,991)
Oui	7	38,9	2	11,1	9	50,0	18		
Total général	34	35,4	24	25,0	38	39,6	96		
Fréquence prise en charge								0,23976	2
Moins deux fois par an	24	34,3	17	24,3	29	41,4	70	N.S.	(5,991)
Plus de deux fois par an	8	33,3	7	29,2	9	37,5	24		
Total général	32	34,0	24	25,5	38	40,4	94		
LGBTQ+								1,62537	2
Non	30	37,5	22	27,5	28	35,0	80	N.S.*	(5,991)
Oui	4	40,0	1	10,0	5	50,0	10		
Total général	34	37,8	23	25,6	33	36,7	90		

Tableau 7 : Éléments influençant l'aisance à demander ses pronoms à une personne transgenre

AUTEUR : Nom : BAUX

Prénom : Guillaume Henri Daniel

Date de soutenance : 16 mai 2025

Titre de la thèse : Évaluation des connaissances et des pratiques des médecins urgentistes lors de la prise en charge de personnes transgenres dans les services d'urgences du Nord et du Pas-de-Calais.

Thèse - Médecine - Lille 2025

Cadre de classement : Médecine

DES + FST/option : Médecine d'urgence

Mots-clés : Transgenre, Transition, LGBT, Urgences, Précarité

Contexte : Il est prouvé que les personnes transgenres sont plus exposées à la pauvreté avec des difficultés d'accès aux soins. Iels appréhendent les services d'urgences par peur de discrimination, du manque de formation du personnel médical ou des expériences négatives passées. Ceci entraîne un retard de prise en charge. Nous avons donc cherché à évaluer les connaissances et pratiques des urgentistes du Nord-Pas-De-Calais (NPDC) pour la prise en charge des patient·e·s trans.

Méthode : Étude rétrospective multicentrique sous forme de questionnaire diffusé dans l'ensemble des services d'urgences du NPDC et des internes du DES de Médecine d'Urgence entre le 5 octobre 2024 et le 27 janvier 2025.

Résultats : 107 urgentistes ont répondu au questionnaire, décrivant une formation très insuffisante, passant principalement par de l'autoformation, et très peu de formation officielle. La formation montre une tendance à améliorer l'aisance à la prise en charge mais non significative. 89,6% des urgentistes ayant déjà pris en charge des patient·e·s trans décrivent des difficultés, principalement en lien avec les connaissances médicales et surtout la communication et le relationnel. Lors de la consultation, 55,2% des urgentistes demandent les pronoms et le prénom souhaités par la personne trans, et la quasi-totalité n'interroge ou n'examine la transidentité que si elle est en lien avec le motif de consultation. La transmission des informations de transidentité est surtout orale au sein des équipes, et associée à une meilleure transmission écrite quand elle est faite à l'oral.

Conclusion : La bonne prise en charge des personnes transgenres passe par une meilleure formation des soignants, une bonne communication au sein des équipes et dans le dossier médical, et une adaptation du système hospitalier. Dans le NPDC, les urgentistes appliquent déjà de nombreuses recommandations émises à partir du vécu des patients.

Composition du Jury :

Président : Professeur Éric WIEL

Assesseurs : Professeur François MEDJKANE, Docteur Maïté CAMO

Directeur de thèse : Docteur Camille DUBOIS