

**EHESP**

---

**Master II Administration de la Santé Parcours :  
ANALYSE et MANAGEMENT des ORGANISATIONS de  
SANTÉ**

**(AMOS-Paris)**

**Promotion : 2021 – 2022**

**Date du Jury : Septembre 2022**

---

# **La place de l'utilisateur transgenre dans le système de soin**

---

**Pezza Mathilde**

**Directeur/Directrice de mémoire :  
Paula Cristofalo**

---

## Remerciements

---

### **A Madame Paola Cristofalo, Tutrice de stage**

Madame Cristofalo, je vous remercie pour votre soutien durant l'année et lors de la réalisation de mon mémoire.

### **Au Professeur Mimoun, Chef de service de chirurgie plastique de l'hôpital Saint-Louis**

Professeur Mimoun, merci de m'avoir accueilli comme un membre à part entière de votre équipe. Votre soutien m'a permis de croire en mes capacités, mes compétences, mes qualités et surtout en mon travail.

### **Au Professeur Boccara, Professeur des Universités et Praticien Hospitalier**

Professeur Boccara, merci de m'avoir appris la rigueur et la motivation à travers votre bienveillance.

### **Au Professeur Chaouat, Professeur des Universités et Praticien Hospitalier**

Professeur Chaouat, je vous remercie d'avoir accepté de répondre à mes questions et d'avoir eu la chance de connaître un point de vue aussi intéressant que le vôtre.

### **A Ines Sanoussi et Dany Ducarteron, secrétaires médicales**

Merci pour les heures que vous m'avez consacrées à discuter des patients et du service.

### **A Leslie Elahi, Jad Bissar, et Jean-Sébastien, internes de chirurgie plastique**

Leslie Elahi, Jad Bissar, Jean-Sébastien Barbier merci de m'avoir intégré, aidé et soutenu dans la compréhension de vos pratiques durant mon stage.

### **Aux cadres de santé du service, Madame Badot, Madame Machet et Madame Bernard**

Je vous remercie pour votre accueil chaleureux.

### **A mes relecteurs Marie de La victoire et Pezza Christian**

Je vous remercie de la patience que vous avez consacré à la relecture de mon travail.

### **A tous les patients rencontrés durant mon stage**

Merci pour le courage que vous avez eu à me parler de votre parcours, de votre vie, de vos sentiments et de vos émotions.

### **A Monsieur Paul Ghostine, étudiant en médecine**

Merci de m'avoir épaulé et écouté durant mon stage et lors de la réalisation de mon mémoire.

### **A Lydie Pezza, une âme en liberté**

Merci maman pour l'éducation que tu m'as inculquée me permettant d'être empathique et d'avoir cette ouverture sur le monde.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction</b>	5
<b>Matériel &amp; Méthode</b>	12
<b>1. L'hôpital Saint-Louis, le service de chirurgie plastique et de son organisation</b>	15
1.1 Présentation de l'Hôpital Saint-Louis au service de Chirurgie plastique	15
1.2 L'histoire du service du Professeur Mimoun, la relève d'un chef de service de Chirurgie Plastique novateur	17
1.3 L'activité du service de chirurgie plastique.	22
1.4 L'offre et ressources du service de Chirurgie plastique de Saint-Louis	27
<b>2. Les patients transidentitaires, profil et parcours de soins</b>	27
2.1 Présentation et profil des enquêtés	27
2.2 L'utilisation des services de santé selon les enquêtés	34
2.3 Qu'en est-il de la prise en charge du service de Saint-Louis ?	36
<b>3. Les professionnels du Service, atteintes, perception, formation</b>	37
3.1 Une législation qui permet une prise en charge effective du parcours des soins, mais basée sur des textes de références comportant un vide juridique	37
3.2 La vision de l'équipe médicale du service de chirurgie Plastique de Saint-Louis du "cure" au "care"	40
3.4 La vision des médecins de demain	44
<b>4. Une demande en croissance et une offre de soins limités et inégalement réparti sur le territoire</b>	48
4.1 Les limitations du système juridique et le retentissement sur l'offre de soins impactant directement le mode organisationnel des hôpitaux, introduisant un flou juridique pour les pratiques hospitalières	49
4.2 De nombreuses tensions sociales et juridiques persistent autour de la prise en charge des parcours de soins	52
<b>5. Discussion &amp; Préconisation</b>	53
5.1 Des axes d'amélioration à explorer dans le service de Chirurgie plastique de Saint-Louis.	53
5.2 La collaboration avec les associations et les incitations financières à la régulation de l'offre de soins.	54
5.2 Former les carabins et introduire une formation plus approfondies pour les spécialistes et s'équiper d'outils	58
5.3 Mettre à jour les recommandations, actualiser le protocole de 1989 sur des réels bases juridiques et créer un guide de bonnes pratiques	58
5.4 De nombreuses tensions déontologiques et éthiques : des refus des ententes préalables à place de l'usager transgenre dans le soin en passant par la dépsychiatriation	59
<b>Limites de cette enquête</b>	62
<b>Conclusion</b>	64

---

## Liste des sigles utilisés

---

ALD : Affection de longue durée

ARS : Agence régionale de santé

ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

CHU : Centre hospitalo-universitaire

CIM – 11 : Classification internationale des maladies, 11<sup>ème</sup> version

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CCAM : Classification Communes des Actes Médicaux

CNAM : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé

DSM V : Diagnostic and statistical Manual of Mental disorders / Manuel de Diagnostic en Santé Mentale, 5<sup>ème</sup> version

FtM : Female to Male

MtF : Male to Female

GHU : Groupement Hospitalo-universitaire

HAS : Haute Autorité de Santé

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

MtF : Male to Female

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnel

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement économique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PU PU : Praticien Hospitalier

UP : Université de Paris

RCP : Réunion de Concertation Pluriprofessionnelle

SoFect : Société Française d'Etude de prise en charge de la transidentité

THS : Traitement Hormonal Substitutif

TGD : Transgender

WPATH : World Professional Association for Transgender Health

## - Introduction

Depuis des siècles, les notions de genre et d'identité ont imprégnées notre histoire. La plus ancienne est celle du mythe de Tirésias, raconté par Ovide dans ses *Métamorphose*<sup>1</sup> dans laquelle Tirésias se trouve transformé en femme. Cette référence apparaît comme le premier cas de « transsexualisme » décrivant un changement subi et non désiré par la personne. On peut énumérer le culte de la déesse Ishtar en Mésopotamie<sup>2</sup> qui avait la faculté de transformer le genre masculin en genre féminin ou encore les histoires hédoniques et sulfureuses de Varius Avitus Bassinus<sup>3</sup> communément appelé l'empereur Héliogabale qui souhaitait devenir une femme, ou bien même les histoires du Chevalier d'Eon, homme de cours français qui se métamorphosa en femme, durant le XVIIIème siècle<sup>4</sup>. Modifier son identité de genre est une démarche qui existe depuis l'Antiquité. Nombre de rois et reines ont changé leurs vêtements, leur voix ou ont été castrés. Certains devins ou augures des Scythes appelés Enariens, devaient porter des vêtements de femmes et parler avec une voix de femme pour être en contact avec les dieux.

### Précision et évolution de l'approche de la transidentité

L'identité de genre d'une personne est le genre auquel cette personne s'identifie. Il peut être différent du genre assigné à la naissance. Aujourd'hui, on peut dire qu'il existe schématiquement trois catégories de personnes en fonction de leur expression de genre et le genre associé à leur naissance (parfois appelé "sexe biologique") : les personnes cisgenre, transgenre et non binaire. Les personnes cisgenre sont les personnes dont le genre déclaré correspond à celui assigné à leur naissance. Les personnes transgenre ou « trans » (désormais nous utilisons tantôt le diminutif, terme le plus répandu parmi les personnes concernées et les professionnels tantôt le mot complet « transgenre ») sont les personnes dont le genre assigné à la naissance ne correspond pas à celui ressenti. Enfin, non binaire comprend les personnes dont le genre déclaré n'est ni masculin, ni féminin. Ainsi, une personne non binaire n'est ni totalement homme, ni totalement femme, car elle peut être les deux, un mélange des deux ou aucun des deux. La non binarité peut être également le fait d'avoir un genre fluide dans le temps.<sup>5</sup> Nous nous intéresserons particulièrement ici à la transidentité, les deux autres catégories n'étant pas traitées dans ce mémoire. Pour faire simple, on peut dire qu'une personne dont l'expression de genre est masculin mais avec un genre à la naissance féminin est un homme trans, et

---

<sup>1</sup> OVIDE, *Métamorphose* livre III

<sup>2</sup> CHAUMET, P-O., *Le transgenre : une histoire de tous les temps ?*, LEH Editions, Bordeaux, 2015, p14

<sup>3</sup> Ibid, page 254

<sup>4</sup> Ibid, pp 90 - 105

<sup>5</sup> site internet : [wikitrans.com](http://wikitrans.com)

inversement, une personne dont l'expression de genre est féminin avec un genre à la naissance masculin est une femme trans. Attention, il faut préciser que la transidentité ne peut en aucun cas être assimilée au travestissement. En effet, se travestir signifie se déguiser ce qui n'est pas le cas des personnes trans qui ne perçoivent pas leur expression de genre comme un déguisement, mais comme partie intégrante de leur identité<sup>6</sup>. Ce mot doit être banni pour désigner cette catégorie de personne d'autant plus qu'il est souvent utilisé dans un sens péjoratif comme "travelo". Il est également important de préciser qu'on peut être trans et ne pas avoir fait, ou ne vouloir/pouvoir effectuer de transition sociale, administrative ou médicale. La transidentité peut donc se manifester uniquement par un sentiment personnel de décalage entre le genre assigné à la naissance, le genre perçu par la société et la perception de sa propre identité. Ainsi, l'identité de genre n'est pas liée à la biologie.

Il convient aussi de préciser que la transidentité est différente de la transsexualité. Les personnes transsexuelles ont réalisé une transition physique, souvent chirurgicale ou hormonale. Elles sont passées d'un sexe à l'autre. Les personnes transsexuelles sont donc transgenres, mais les personnes transgenres ne sont pas forcément des transsexuelles. Aujourd'hui, la communauté trans préfère ne plus utiliser ce mot et ce pour au moins trois raisons. Premièrement, car qualifier comme transsexuel est perçu comme une irruption très intrusive dans la vie privée, deuxièmement, pour éviter toute confusion avec la transidentité, et finalement parce que le terme transsexuel transporte un bagage historique lourd. Il a été utilisé dans le cadre de la médicalisation et de la psychiatrisation des personnes trans, et pour certains, il renvoie à des pratiques discriminantes comme la stérilisation forcée. Également à ne pas confondre avec l'intersexuation, aussi appelé hermaphrodisme (terme utilisé en biologie et en botanique surtout) qui est une variation anatomique, hormonale et / ou chromosomique défini d'un point de vue purement biologique. L'intersexualité est le caractère d'un être vivant qui possède des attributs sexuels féminins et des attributs sexuels masculins. Il ne s'agit ni d'un mâle, ni d'une femelle. Enfin, il est fondamental de distinguer orientation sexuelle et l'identité de genre, deux notions souvent confondues voir associées. L'orientation sexuelle est, en sciences humaines et sociales, un mode plus ou moins durable d'attraction sexuelle pour le sexe opposé, définissant les hétérosexuels, le même sexe pour les homosexuels, ou les deux sexes pour les bisexuels. D'autres orientations sexuelles existent mais elles ne seront pas abordées ici.

---

<sup>6</sup> Hirschfeld M. (1908), *Transvestites: The Erotic Drive to Cross-Dress*, New York, Prometheus Books  
*Mathilde Pezza - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2022*

## Estimation de la population

Les estimations de la population transgenre sont très rares à ce jour, au moins trois pays de l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Économique) recueillent des informations sur la transsexualité c'est le cas des Etat-Unis, depuis 2013 (0.1% de la population générale), le Chili depuis 2015 (0.3% de la population générale) et le Danemark depuis 2017. Le rapport de la HAS de 2009 indique : "les données épidémiologiques actuelles et en particulier les données françaises sont insuffisantes pour obtenir une estimation fiable de la prévalence et de l'incidence des personnes transsexuelles." Néanmoins à partir des données les plus récentes, l'approximation d'une prévalence entre 1/100 et 1/50 000 pourrait être faite, ce qui indiquerait que le transsexualisme n'est pas un phénomène exceptionnel. ". Attention, ces chiffres ne prennent en considération que les personnes prenant un traitement hormonal ou chirurgical dans le but de changer de sexe. Cette étude ne considère donc que les transsexuels et non l'ensemble des transgenres et n'est de ce fait pas exhaustive. Dans une autre étude réalisée par Collins et Lindsay cette fois sur la transidentité au sens large, la prévalence estimée serait de 355 sur 100 000<sup>7</sup>. Le rapport du ministère des affaires sociales évoque des études en autodéclaration qui auraient montré une prévalence de 0.2 à 1.3% chez l'adulte.

## Profil de la population

Le profil de ces populations est très diversifié en termes d'âge, de milieu social, de parcours de vie et l'accès aux soins est très inégalitaire. Si on se réfère aux données de la CNAM en 2019-2020, le nombre de personnes bénéficiant de l'ALD pour « transidentité » est de 8952 personnes, dans lesquelles 70% sont des jeunes de 18 - 35 ans. Bien que chacun réalise sa transition à son rythme, certaines étapes semblent partagées par un certain nombre de personnes. On peut s'essayer à décrire succinctement le processus (comme précisé, il n'est pas exhaustif car il est intra-individuel) en trois « stades » : le coming-out qu'on appelle également la transition sociale, le parcours administratif qui correspond au changement de prénom ou le changement d'état civil, et le parcours médical qui rassemble l'ensemble des processus, de prise en charge par un endocrinologue, un psychiatre et un chirurgien. Ces étapes sont chronophages, difficiles et génératrices de stress car elles constituent un enjeu majeur pour la reconnaissance de la légitimité des personnes trans. D'après une étude réalisée par le comité IDAHO<sup>8</sup>, la transition favorise l'isolement. Deux tiers des personnes en transition déclarent avoir perdu des

---

<sup>7</sup> Collin, Lindsay et al « Prevalence gender depends on the « case » définition : a systematic review ». The journal of sexual medicine vol 4 n°13 2016, p 613-623

<sup>8</sup> Transphobie (IDAHO 2014) - Mémoire des sexualités [Internet]. [cité 18 août 2022]. Disponible sur: <https://www.memoire-sexualites.org/transphobie/>

amis et 69% n'auraient plus de contact avec un ou des membres de leur famille. Par ailleurs, ce processus s'accompagne de discrimination dans divers domaines de la vie courante. C'est au travail que les personnes trans semblent être le plus en difficulté. Le taux de harcèlement est estimé à 60% et 28% auraient perdu leur travail dans le cadre de leur transition. Ces nombreuses persécutions s'identifient souvent à de la transphobie et ne sont pas sans conséquences sur la santé mentale et physique des victimes. La dépression toucherait 56% de la population trans<sup>9</sup>. 96% des personnes trans déclarent n'avoir jamais porté plaintes, suite à une agression. Ainsi, si nous prenons en compte les chiffres recensés par la police, le nombre de cas pourrait être multiplié par 25. Précisons que le système judiciaire français est très peu sensibilisé à la transphobie, ce qui expliquerait le faible nombre de déclarations. Par exemple, la transphobie n'est pas reconnue comme un délit à part entière, les plaintes étant catégorisées dans « racisme » ou « homophobie ». Ce flou juridique majore les difficultés à trouver des chiffres fiables sur les discriminations à l'égard de ces personnes. Les actes criminels et violents envers les personnes LGBT+ enregistrés par la police et la gendarmerie en 2020 sont de 2170, soit une augmentation de 1.2%, par rapport à 2019 . Avec la crise du COVID on peut supposer qu'ils sont supérieurs, étant donné l'interdiction de sortie. Selon le ministère de l'intérieur, sur la période de 2016-2021, le nombre d'acte anti-LGBT+ a doublé (+104%), les plaignants sont pour la majorité des hommes (73%) âgés de moins de 30ans (51%)<sup>10</sup>.

## **Enjeux pour la santé**

La réprobation sociale à l'encontre de cette population induit un stress qui nuit gravement à leur santé mentale et contribue à créer de l'anxiété, des dépressions, des idées suicidaires, allant jusqu'à la tentative de suicide. Le nombre de tentative au sein de cette population est multiplié par sept<sup>11</sup>. Par ailleurs, l'obligation tacite pour certaines personnes transgenres de dissimuler leur véritable identité pour éviter d'être stigmatisées et de devoir adopter une personnalité publique et privée de façon distinctes causerait des troubles de la santé mentale. Les nombreuses vulnérabilités auxquelles fait face la population trans, notamment les discriminations, les ruptures sociales, professionnelles et affectives en font des populations plus exposées aux facteurs de vulnérabilités socio-économique et aux maladies, tels que le VIH et les IST. L'incidence d'infection du VIH chez les personnes trans en 2019

---

<sup>9</sup> Alessandrin, Arnaud. La transphobie en France : insuffisance du droit et expériences de discrimination | Cairn.info [Internet]. Cairn. 2016 [cité 3 août 2022]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-cahiers-du-genre-2016-1-page-193.htm?contenu=resume>

<sup>10</sup> Les atteintes " anti-LGBT+ " enregistrées par les forces de sécurité en 2021 [Internet]. Ministère de l'Intérieur. [cité 4 août 2022]. Disponible sur: <http://www.interieur.gouv.fr/actualites/communiqués/atteintes-anti-lgbt-enregistrees-par-forces-de-securite-en-2021>

<sup>11</sup> Enquête Chrysalide « Santé Trans 2011 » - Chrysalide [Internet]. [cité 4 août 2022]. Disponible sur: <https://chrysalide-asso.fr/nos-documents/enquete-chrysalide-sante-trans-2011/>



était de 83% avec une majorité de femme trans, nées à l'étranger<sup>12</sup>. Les déserts médicaux, les discriminations ou l'offre de soins inadaptés entraînent un désinvestissement des soins primaires et favorisent le non recours aux soins. Par ailleurs, les difficultés d'obtention des traitements hormonaux pour certaines personnes trans favorisent l'émergence de l'automédication pouvant avoir de graves conséquences sur la santé de ces populations.

### **Evolution des recommandations et contexte légal**

En 1973, Norman Fisk et Donald Laub introduisent la notion de dysphorie de genre, qui signifie « groupe de divers états apparentés par l'insatisfaction, voire la détresse, liées au sexe anatomique, et par une demande de changement de sexe ».<sup>13</sup> C'est une vision psychologique et pathologique du transsexualisme. Longtemps inscrit comme tel dans le système de classification psychiatrique DSM (manuel des diagnostics et statistiques liés aux maladies mentales, référence dans les milieux psychiatriques), il est actuellement décrit comme « l'incongruence de genre »<sup>14</sup> Ainsi, l'incongruence de genre est désormais un facteur non négligeable de la santé sexuelle, et n'est plus considérée comme une affection psychiatrique. La mention "transsexualisme" a été abolie par le décret n° 2010-125 du 8 février 2010 du code de la santé publique. Cette modification a été adoptée en 2019 au niveau international dans la CIM-11 (pour une application en janvier 2022 en France).

L'accès au chirurgie de réassignation se légalise en 1983 par le Conseil de l'Ordre des Médecins, sous condition très stricte à but thérapeutique avérée et seulement dans les hôpitaux publics. Ces conditions sont nécessaires au remboursement par l'assurance maladie, ce qui sera ensuite explicité dans le protocole de 1989 (ce protocole n'a pas de valeur légale, ce qui a été souligné dans le rapport de la HAS de 2009<sup>15</sup>) qui impose deux ans de parcours par une équipe spécialisée (constitué d'un endocrinologue, d'un psychiatre et d'un chirurgien). Ce modèle s'éloigne d'une pratique libérale et d'un libre choix des médecins par les patients. Les différents rapports émis par la HAS et l'IGAS<sup>16</sup> ont permis de rendre compte de la situation et des perspectives de la prise en charge des patients qui donnera suite à la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

---

<sup>12</sup> « Le VIH parmi les trans », Coalition interagence Sida et développement, 2017

<sup>13</sup> Les transgenres et leur histoire [internet]. L'identité de genre. 2016 [cité 1 août 2022]. Disponible sur : <https://tpeidentitegenre.wordpress.com/les-transgenres-et-leur-histoire/>

<sup>14</sup> Selon la CIM 11, « l'incongruence de genre se caractérise par une incongruence marquée et persistante entre le genre vécu par l'individu et le sexe qui lui a été assigné. Le comportement et les préférences en matière de genre ne constituent pas à eux seuls une base pour l'attribution des diagnostics de groupe.

<sup>15</sup> Rapport sur la "situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge médicale du transsexualisme en France" HAS 2009

<sup>16</sup> Rapport " Evaluation des conditions de prise en charge médicale et sociale des personnes trans et du transsexualisme " DAHAN Muriel, ZEGGAR Hayet, IGAS décembre 2011

Avant cette loi, les personnes transgenre devaient réaliser une chirurgie de réassignation<sup>17</sup> et une stérilisation<sup>18</sup>. D'après la circulaire du ministère de la justice datée du 14 mai 2010 " La notion de traitement médicochirurgical [...] a été entendue comme exigeant l'ablation des organes génitaux d'origine et leur remplacement par des organes génitaux artificiels du sexe revendiqué (opération de réassignation sexuelle). Toutefois, certaines juridictions de fond considèrent que les exigences posées par la Cour de cassation visent essentiellement à démontrer le caractère irréversible du processus de changement de sexe<sup>19</sup>". Les patients étaient dans l'obligation d'apporter la preuve de changement de sexe d'ordre médicale et non juridique. La preuve d'un changement physique irréversible et non génital apportée via des attestations des médecins pouvait ne pas suffire, seule la stérilisation chirurgicale et l'hormonothérapie à long terme ouvraient au droit à un changement d'état civil<sup>20</sup>. Le rapport réalisé par le ministère des affaires sociales portant sur le "rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes transgenre" met en avant de multiples interrogations. Ainsi, la situation des patients transgenres et leur parcours de transition se voient limités dans l'accès aux soins par différents freins : la peur des patients d'être discriminé, la difficultés d'obtention de l'ALD, le remboursement de l'assurance maladie varie en fonction des CPAM, le manque de formation des professionnels de santé, le manque d'offre sur le territoire ou encore le délai chronophage des prises en charge. De plus, ce même rapport critique l'utilisation d'un outil juridique obsolète, le protocole de 1989 qui n'a pas été modifié depuis sa création. Celui-ci semble en retard par rapport aux recommandations internationales. De plus, sa valeur juridique est aujourd'hui contestée pour différentes raisons que nous aborderons plus loin. Aujourd'hui, l'organisation générale de la prise en charge des patients transgenres est gérée au niveau institutionnel par la Société Française d'Etudes de prise en charge du Transsexualisme (SOFECT) maintenant appelée FPATH (Association Pluriprofessionnelle Française Santé Trans). C'est une société savante créée en juillet 2010. Mais de nombreux acteurs ont exprimé leur mécontentement concernant la gestion et la prise en charge de la transidentité par cette société savante de par leur approche psycho-pathologisante.<sup>21</sup>

A l'échelle nationale, on assiste à une prise de conscience progressive sur la transidentité menant à une plus grande considération des problématiques associées. L'analyse prospective du rapport de la HAS " Sexe, genre et santé" datant de 2020 constitue une ligne directrice à l'intégration des notions

---

<sup>17</sup> Rapport sur la "situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge médicale du transsexualisme en France" HAS, 2009

<sup>18</sup> Une des recommandations émise par le rapport de la HAS de 2009 portant sur " Situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge médicale du transsexualisme en France" : [Supprimer la reconnaissance de l'identité de genre à une obligation de stérilisation ou d'autres traitements médicaux]

<sup>19</sup> Ministères de la justice, Circulaire CIV / 07 /10, 14 mai 2010

<sup>20</sup> Réponse du ministère de la Justice dans le JO Sénat du 30/12/2010. p 3373

<sup>21</sup> Anne-Laure Pineau " Quand on arrive devant les psys de la sofect, il faut avoir de mourir" : enquêtes " officielles " du parcours trans, Komitid, 2 mai 2018

“sexe” et “genre” dans l’élaboration de stratégies et de plans d’actions publiques en santé, en proposant une adaptation des outils et instruments de politique publique sécurisant l’inclusion et le respect de ces populations. La ministre Elizabeth Moreno met en place le Plan national d’action pour l’égalité, le 14 octobre 2020. Ce Plan national d’action pour l’égalité et contre la haine et les discriminations anti LGBT 2020-2022 se répertorie en 4 axes : le renforcement de leur accès aux droits ; la reconnaissance des droits des personnes LGBT+ ; la lutte et l’amélioration de la vie quotidienne des personnes LGBT+<sup>22</sup>. Ce plan national est piloté par la DILCRAH (Délégation Interministérielle à la lutte contre le racisme, l’antisémitisme et la haine antiLGBT).

### **Problématiques & Hypothèse**

Le récent rapport - mars 2022 - émis par le ministère des affaires sociales “rapport relatif à la santé et aux parcours des personnes trans” relate 20 recommandations, dont certaines sont redondantes avec les rapports précédemment cités. La difficulté d’accès aux soins et au parcours de transition sont encore une fois décrits comme la problématique principale ayant des conséquences sur la santé des patients transgenres et particulièrement sur le recours aux soins. Le poids du contexte historique et institutionnelles de la prise en charge controversée des patients trans évoqué comme de la transphobie juridique pèsent sur l’accès aux soins de par la réticence d’être discriminé ( législation, augmentation nombre, saint-louis ref ...). Les expériences répétées de discriminations sont à l'origine de non recours aux soins ou un recours tardif aux soins souvent lié au peu de confiance vis à vis des professionnels de santé. L’hypothèse de départ est que l’accès aux soins et l’accès à l’offre de soins sont moins importants dans les petites villes que dans les grandes villes. En outre, l’autarcie de quelques villes expliquerait le manque d’investissement de certains professionnels à se renseigner et se former à une type de population prétendue rare. De nombreuses associations dénoncent le manque de considération et de moyens à l’égard des personnes transgenre. Au vue des nouvelles lois et recommandations produites, nous sommes en droit de nous demander en quoi l’accès au soin est-il limité ? Comment améliorer l’accès aux soins pour ces populations ? Nous souhaitons répondre à ces questions, à travers l’analyse de l’action menée par un service de chirurgie spécialisé dans cette thématique au sein de l’Hôpital Saint-Louis (AP-HP): Quelles sont les démarches (inclusives) mises en place dans ce service ? Quelles perceptions ont les patients du services de chirurgie plastique de Saint-Louis ? Et comment ces perceptions peuvent faire émerger des indicateurs de qualité dans la prise en charge des patients en donnant plus de visibilité sur les difficultés rencontrées ?

---

<sup>22</sup> Plan national 2020-2023 de lutte d’action pour l’égalité et contre la haine et les discriminations anti-LGBT, disponible à : [Plan national d’actions pour l’égalité, contre la haine et les discriminations anti-LGBT+ 2020-2023 | Gouvernement.fr](#)

## **Objectifs de l'étude**

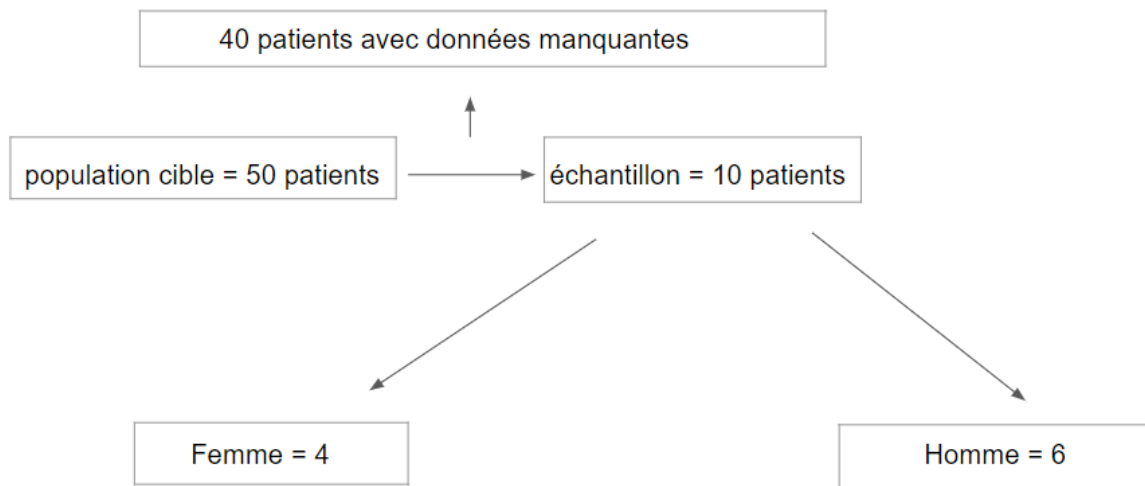
L'objectif principal de cette étude portera sur l'analyse de l'accès au service de Chirurgie Plastique de Saint-Louis et de sa prise en charge multidisciplinaire, tant sur les dimensions sociale et médicale que juridique. D'une part, cette étude permettra de faire un récapitulatif sur la législation utilisée et les conséquences de cette législation. L'hypothèse de départ porte sur la bienveillance et la sécurisation des législations mises en place. Etant donné les inégalités d'accès aux soins de ces populations, ce mémoire aura pour but d'identifier les barrières dans l'accès aux soins perçus par les patients et les professionnels de santé, afin d'émettre des stratégies à développer pour la pratique et la recherche.

### **- Matériel & Méthode**

Dans cette étude, plusieurs aspects méthodologiques ont été réalisés à travers l'immersion dans le service de chirurgie plastique de l'hôpital Saint-Louis, considéré comme une référence européenne, en termes de technique chirurgicale. La réalisation d'un stage du 02/05 au 14/08 a permis de prendre connaissance de l'organisation du service, de participer à des réunions, de mener des entretiens formels et informels, auprès des personnes transidentitaires et des professionnels, qui seront précisés dans les paragraphes suivants. Une enquête quantitative du service a été réalisée permettant de connaître l'activité de l'hôpital, le nombre d'opérations et les différentes techniques utilisées. Cette enquête a permis également d'obtenir le profil des patients. Ces données proviennent du logiciel informatique "momo" créé par le Professeur Mimoun, chef du service étudié. L'ensemble de l'activité du service de chirurgie plastique est visible sur ce logiciel, c'est-à-dire l'ensemble des dossiers des patients, les consultations nouvelles et à venir, les prescriptions réalisées, les photos des opérations (avant et après). **L'enquête qualitative** a été menée selon des entretiens semi-directifs auprès de personnes transidentitaires et des professionnels du service.

#### **Recrutement monocentrique à Saint-Louis des personnes transidentitaires**

L'échantillon a été constitué de façon prospective durant la période du 02/05/2022 au 17/07/2022. L'affectation de la population a été recueillie en variations maximales sur les critères d'âge (de 18 à 72 ans).



**Diagramme de flux de la population d'étude**

40 patients n'ont pas été inclus dans l'étude en raison de données manquantes explicitées dans la partie Limites. Les autres caractéristiques telles que le stade de l'avancement et du type de parcours de transition effectué, du lieu de résidence, des identités trans, de l'implication dans le milieu militant ou non, de l'activité professionnelle et du niveau d'études ont été aléatoires avec le flux d'entrée des patients. Le but n'étant pas d'obtenir un échantillon représentatif de la population transidentitaire mais d'utiliser la diversité des profils et des parcours des patients passant à Saint-Louis dans le cadre de leur processus de transition. Les personnes intersexes n'ont pas été intégrées dans cette étude en raison de leur demande de soins souvent différentes de celle des personnes transidentitaire. Les problématiques des intersexes peuvent cependant être communes aux personnes transgenre mais implique une étude plus complexe.

Le recrutement a été effectué durant les consultations du psychiatre Dr Hubert et lors des consultations du jeudi portées sur la transidentité. Lors des consultations, leur consentement était demandé concernant ma présence à chaque consultation effectuée (que ce soit dans le cadre d'une consultation chirurgicale ou avec le psychiatre). A la suite de l'entretien, je leur demandais personnellement si je pouvais les interroger par la suite. Cette étude n'a pas bénéficié d'une déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) car constituant une étude de santé publique, celle-ci n'est pas requise même si l'enquête est réalisée au sein d'un hôpital avec des patients. 10 entretiens des personnes transidentitaires et 18 entretiens des personnels du service (Chef de service, Professeur des Universités et Praticien Hospitalier, Chef clinique, Cadre de santé supérieur, Cadre de santé, Psychiatrique, Interne, Infirmière, Aide soignante, personne travaillant à l'accueil).

## Réalisation des entretiens

Les entretiens ont été effectués en suivant un guide d'entretien ( cf. annexe II ) à savoir que celui-ci était différent en fonction du statut de la personne. Ainsi, un guide a été réalisé pour les professionnels de santé médicaux, un autre pour les professionnels de santé non médicaux et enfin un dernier pour les patients. Ces différents guides ont été effectués selon l'analyse des données littéraires, il fut ensuite validé par un groupe d'experts constitué d'une psychologue, d'un psychiatre et du chef de service de l'Hôpital Saint-Louis ayant travaillé depuis plusieurs années sur la question de la transidentité. La trame des entretiens débutait par l'étude du profil du participant puis sur le portrait du service, les stratégies des services et enfin sur les pistes d'améliorations. Tous les entretiens ont été enregistrés et intégralement retranscrits. L'analyse des réponses a été effectuée à la fin de l'ensemble des entretiens en réalisant une mise en commun des réponses pour chaque question et ensuite pour chaque thème dans l'objectif d'une analyse thématique. Dans un deuxième temps d'analyse, les réponses redondantes qui ressortaient ont été prises comme élément central étant donné la récurrence des propos. Elles ont ensuite été utilisées dans l'analyse des résultats et de la discussion. Toutes les personnes ont été informées de l'objectif des entretiens. Une feuille de consentement a été signée par chaque participant. Tous les entretiens ont été anonymisés. Le libre choix des réponses du questionnaire a été présenté avant le début de l'entretien, les enquêtés avaient la possibilité de ne pas répondre aux questions si telle était leur volonté. L'enquête quantitative est basée sur les données de PMSI et les revues de littératures.

## Analyse des données

Une analyse thématique a été conduite dans une démarche inductive générale. Pour explorer au plus près le vécu et les représentations des patients et des professionnels de santé basées pour chacun.e.s sur leur expérience personnelle, l'analyse qualitative paraissait la plus pertinente.

**L'enquête quantitative** est la plus adaptée pour réaliser un état des lieux de la situation actuelle. Elle contiendra des informations et des statistiques obtenus dans des rapports notamment les indicateurs sociaux de l'OCDE de 2019, le rapport de l'IGAS de décembre 2011 sur « l'évaluation des conditions de prises en charge médicale et sociale des personnes trans et du transsexualisme », le rapport ministère des affaires sociales émis en janvier 2022 « Rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des patients transgenres ». Par ailleurs, certaines données proviennent directement des sites comme celui de la CNAM ou de l'ATIH.

**En parallèle, un sondage auprès des étudiants en médecine** a été réalisé afin de connaître la vision des futurs médecins, sur le sujet de la transidentité: 171 carabins, issus de trente facultés différentes de France ont répondu à ces questions. Ce sondage composé des 4 questions à été diffusé sur le réseau social Facebook. Le sondage était anonymisé, les réponses étaient sous forme de paragraphe (Annexe V).

Dans les pages qui suivent, nous allons présenter tout d'abord le service de chirurgie plastique étudié (§1). Dans un deux deuxième temps, nous présenterons le profil de la patientèle et de sa vision de l'accès aux soins (§2), nous allons traiter ensuite le point de vue des professionnels du service (§3).

## **- 1. L'hôpital Saint-Louis, le service de chirurgie plastique et de son organisation**

### **- 1.1 Présentation de l'Hôpital Saint-Louis au service de Chirurgie plastique**

#### *- Point historique*

Au XVIIème siècle (1605), dans un contexte d'épidémies de peste à répétition, Henri IV impose la construction de l'Hôpital Saint-Louis, dans le 10ème arrondissement de Paris. Un arrêté en 1801 précise la spécialisation de l'Hôpital Saint-Louis en dermatologie. Son domaine d'expertise s'accroît également en hématologie, au cours du XXème siècle, contribuant à son essor à l'échelle européenne et mondiale.<sup>23</sup>

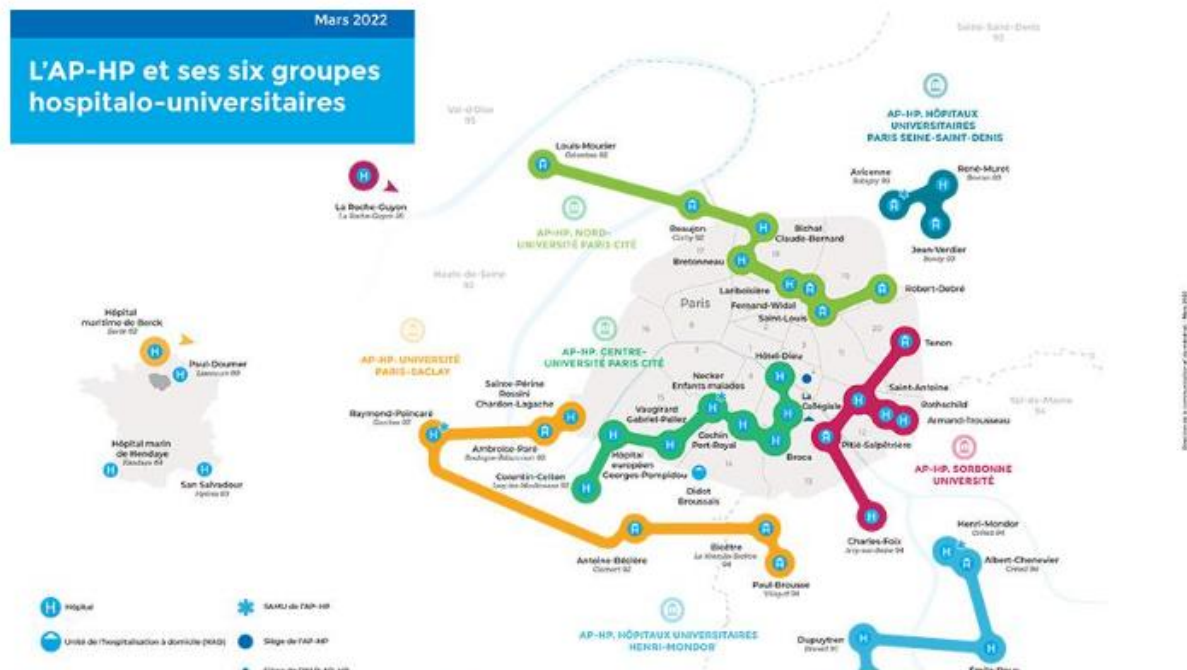
#### *- Généralité*

Aujourd'hui, l'hôpital Saint-Louis est un centre hospitalo-universitaire de l'AP-HP, affilié à un GHU (Groupement Hospitalo-Universitaire). En effet, l'AP-HP a mis en place une nouvelle organisation fédérative, depuis le 3 juillet 2019. Ainsi, les Hôpitaux de l'Assistance Publique sont organisés autour de six groupes hospitalo-universitaires, composés chacun de plusieurs hôpitaux. L'objectif de ce regroupement est de renforcer les liens avec les universités, le territoire et les partenaires, dans un but d'améliorer la qualité des soins, la prise en charge et favoriser l'essor de la recherche. Depuis 2003, l'hôpital Saint-Louis fait partie intégrante du Groupement Hospitalier Universitaire (GHU) Paris-Nord,

---

<sup>23</sup>Histoire de Saint-Louis, histoire INSERM, 2019, disponible à : <https://histoire.inserm.fr/les-lieux/hopital-saint-louis#:~:text=L%C3%A9ducation%20d'une%20nouvelle,pendant%20les%20p%C3%A9riodes%20d'%C3%A9pid%C3%A9mies>.

regroupant sept autres hôpitaux (dont Louis-Mourier, Beaujon, Bichat, Claude-Bernard, Bretonneau, Lariboisière, Fernand-Widal, Saint-Louis et Robert-Debré).



Carte des groupes hospitalo-universitaires - Hôpitaux de Paris -

Au sein de chacun des six nouveaux groupes hospitalo-universitaires, des départements médico-universitaire (DMU) ont vu le jour en remplacement des pôles. Le défi majeur de ces DMU : favoriser l'émergence de nouveaux projets médicaux cohérents, avec les projets de recherche, pour appréhender l'avenir des parcours des patients sur le territoire. L'expertise et la renommée de Saint-Louis retentit aussi bien au niveau national qu'international, notamment dans les disciplines dite phare, telles que l'hématologie, la dermatologie, la chirurgie esthétique, réparatrice et les greffes. Il dispose d'un service d'accueil des urgences ouvert 24H/24 et constitue le centre de recours régional des grands brûlés.

- *Le service de chirurgie plastique, reconstructive, esthétique et traitement chirurgical des brûlés du Pr Mimoun*

Le secteur d'hospitalisation situé au quatrième étage est divisé en deux parties qui représentent deux ailes différentes, "Lavande" et "Fougère". Le côté "Lavande" possède 35 lits d'hospitalisation conventionnelle, dont 5 lits pour les prises en charge de patients brûlés, avec une atteinte maximale de 20% de la surface corporelle et non intubés, non ventilés. Concernant, la partie "Fougère", 16 lits d'hospitalisation conventionnelle sont (actuellement 12 en vue de travaux) avec une chambre adaptée



pour la prise en charge des patients paraplégiques ou tétraplégiques. A noter que l'unité "Fougère" est réservée à la chirurgie plastique et non à l'hospitalisation de patients brûlés.

tableau 1: Descriptif du secteur d'hospitalisation et de sa capacité en lit et en professionnel de santé paramédicale :

Secteurs	Horaire	IDE	AS	Lits
Lavande 4	matin	4	4	35
	Après-midi	3	3	
Fougère 4	Matin	2	2	16
	Après-midi	2	2	

Le service est composé de trois secteurs d'activités :

- un secteur d'hospitalisation conventionnelle, situé dans le bâtiment principal ("lavande", "fougère" 4ème étage, plot A)
- un secteur de consultation, situé au rez-de-chaussée, dans le bâtiment des grands brûlés (porte 10)
- un secteur d'hospitalisation de jour, situé au premier étage du bâtiment des grands brûlés (porte 10)

## **1.2 L'histoire du service du Professeur Mimoun, la relève d'un chef de service de Chirurgie Plastique novateur**

Le professeur Mimoun a exercé à l'hôpital Rothschild, en chirurgie plastique et à l'hôpital Saint-Antoine (ensuite Cochin) au Centre de Traitement des Brûlés. Le Professeur Mimoun avait pour objectif de regrouper les deux services (le service du CTB et celui de chirurgie plastique) dans un seul établissement moderne afin d'optimiser la prise en charge. La construction de ce bâtiment fût en collaboration avec une équipe multidisciplinaire (dont l'équipe du Professeur Mimoun) et notamment des anesthésistes réanimateurs. Pour la première fois dans l'histoire de l'AP-HP, le service de chirurgie des grands brûlés est dirigé par trois personnes, le Professeur Mebazza, chef de service d'anesthésie, son adjoint le Professeur Benoît Plaud pour la réanimation et le Professeur Mimoun qui dirige le service de chirurgie plastique.

En 2017, le Professeur Revol propose au Professeur Mimoun de reprendre la chefferie de son service et donc le service de chirurgie plastique de Saint-Louis, côté Fougère 4 (en complément du service du professeur Mimoun, situé à Lavande 4). En décembre 2009, la quasi-totalité de son service le suit; c'est une première dans l'histoire de Saint-Louis, car 80 personnes se sont délocalisées pour continuer d'exercer, sous sa direction.

- *Une nouvelle vision : Un chirurgien novateur*

Lors de son arrivée, les chirurgies totales<sup>24</sup> sont encore d'actualité dans les hôpitaux réalisant des opérations de réassignation. Mais, il refuse de partager cette pratique au sein de son service et une approche dissocié. Désormais, les patients ont la liberté de refuser la réattribution génitale. L'objectif est de replacer le patient au centre du processus et de valoriser l'auto-détermination. Il est à noter que 80 personnes issus de l'Hôpital Rothschild migrent au sein du service de Saint-Louis, car elles adhèrent complètement à la vision, au professionnalisme et aux pratiques du Professeur Mimoun.

La vision ou l'homme ? Le Professeur Mimoun a son mode opératoire. Un fonctionnement spécifique avec son équipe. Il instaure un cadre, une organisation et une gestion précise. Il croit en son équipe et il la forme. Il suit inconsciemment ou consciemment une des revendications du guide pédagogique de l'OMS <sup>25</sup>: "Pour mettre en œuvre la plupart des méthodes d'amélioration de la qualité, il faut des équipes dont les membres coopèrent et sont d'accord sur le processus à utiliser pour prévenir ou résoudre un problème donné. Mais, en priorité, les membres de l'équipe doivent reconnaître que la question qui les occupe est un problème réel digne d'intérêt." La coopération et le mode de vie familiale instauré au travail facilitent les échanges, l'entraide et l'écoute.

- *Une nouvelle organisation, plus collaborative: "plus qu'une communion, une famille"*

L'organisation du service se réfère à une hiérarchie bien précise. Le chef de service en a la responsabilité et notamment la responsabilité pénale. Il dirige le service et instaure son cadre et son organisation. La collaboration du Professeur Mimoun, du chef de service de réanimation, le Professeur Mebazza et de son adjoint, le Professeur Plaud met en exergue, la volonté du professeur Mimoun à travailler en équipe, dans le but de maximiser les compétences de chacun, afin de favoriser la qualité des parcours de soins. Cette organisation se caractérise notamment par des réunions hebdomadaires, permettant un contrôle sur la gestion du service. Le Staff du lundi consiste à discuter des patients hospitalisés. Sont évoqués les dossiers des patients, les techniques chirurgicales, l'ambiance du service et les difficultés auxquelles fait face l'équipe médicale sont abordées régulièrement. Le staff permet une évaluation des opérations et pratiques réalisées en passant par l'enseignement des internes. Durant le staff, l'ensemble des chirurgiens présente leurs patients et les techniques qu'ils souhaitent réaliser. Par la suite, une décision collégiale est adoptée, permettant de prendre la meilleure décision

---

<sup>24</sup> La chirurgie totale consiste à réaliser la chirurgie de réassignation, ainsi que la chirurgie mammaire ou du faciès.

<sup>25</sup> Guide pédagogique de l'OMS, Utiliser les méthodes d'amélioration de la qualité pour améliorer les soins, disponible à : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-12/cours\\_module\\_7.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-12/cours_module_7.pdf)  
Mathilde Pezza - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2022

pour le patient. Les internes participent activement à cette discussion qui leur permet de donner leur avis sur les différentes possibilités et d'entraîner leur capacité de raisonnement et de réflexion.

- *Une journée portée sur la prise en charge exclusive des personnes transidentitaire : Le processus du jeudi*

Le jeudi est consacré aux patients « transidentitaires ». Durant cette journée, les patients ont plusieurs rendez-vous avec les chirurgiens, les psychiatres et parfois la psychologue. Cette organisation s'est mise en place de façon à joindre plusieurs rendez-vous, en une seule journée. Le Professeur Mimoun a décidé de mettre en place cette journée afin de limiter le temps de délai entre chaque rendez-vous et de compacter les rendez-vous pour les patients venant souvent de loin.

- *L'accès aux traitements chirurgicaux conditionné par le recueil d'un avis collégiale par une équipe pluridisciplinaire : Le rôle des RCP*

Une RCP est une réunion de concertation pluriprofessionnelle consistant en l'élaboration d'un plan de soin, établi avec le patient et l'équipe médicale, permettant d'accompagner le patient dans son parcours de soin. Le professeur Mimoun insiste sur le fait que les patients doivent connaître l'équipe médicale, dans le but d'instaurer une relation de confiance, entre le patient et les médecins. Généralement, la première consultation est une consultation chirurgicale afin d'attester de la possibilité de réaliser un acte chirurgical. Si le patient est éligible, il pourra alors prendre rendez-vous avec les autres professionnels de santé impliqués dans le processus. Le rôle des RCP est primordial pour le patient. Il constitue l'élaboration d'un plan de soin établi avec l'ensemble de l'équipe médicale. Ce plan de soin a pu être élaboré ultérieurement, durant la primo-consultation, avec le Docteur Hubert (psychiatre du service de Saint-Louis) et en consultation avec le chirurgien ou avec la psychologue, si celle-ci avait besoin d'être plus approfondie. L'ensemble des dossiers sont observés et discutés avec l'ensemble de l'équipe médicale, dans un contexte médico-légale, lequel permet de déterminer si la balance bénéfice risque de l'opération est favorable. La RCP permet également l'enseignement des internes, car l'ensemble des éléments et techniques chirurgicales sont abordés, par une équipe hautement qualifiée : le chef de service, à savoir le Professeur Mimoun, les professeurs des universités et praticiens hospitaliers, le Professeur Chaouat et le Professeur Boccara. Le déroulé d'une RCP est toujours identique. Dans un premier temps, le dossier du patient est discuté avec l'ensemble de l'équipe, puis dans un deuxième temps, le patient est invité à présenter son histoire, son vécu, son parcours et sa volonté de réaliser une chirurgie. Dans un troisième temps, des questions peuvent être posées au patient par l'équipe médicale. Par la suite, si le dossier a été validé par les équipes, il sera expliqué au patient la technique utilisée, les avantages et les risques des opérations ainsi que les éventuels effets secondaires. Le consentement du patient ne peut être donné qu'après une explication

loyale et claire des différentes informations ci-dessus. Les risques sont évoqués en RCP et expliqués à la suite des RCP, avec un interne, puis définis une seconde fois par un chirurgien qui s'assure à ce moment-là que l'interne n'a pas oublié d'évoquer certains risques et que toutes les informations ont été comprises par le patient (double délivrance des informations). Ainsi, le protocole opératoire et les risques encourus par le patient sont répétés au minimum trois fois, ce qui permet de sécuriser le parcours de soin. Ils existent différents grade de validation.

V1	V2	V3
Validation par le psychiatre	validation par le psychiatre et la psychologue	validation par le psychiatre et la psychologue
lors de la première consultation sans nécessité de suivi psychologique	nécessité d'un suivi psychologique court	nécessite un suivi psychologique long pour affirmer le parcours

90% des RCP sont validées, c'est-à-dire qu'elles donnent suite à la prise en charge du patient. Après la validation, une date d'opération est fixée. Concernant les patients n'ayant pas validé la RCP, ils restent intégrés dans le parcours de soins de Saint-Louis et entament souvent un accompagnement psychologique. Aucun patient n'est laissé sans accompagnement.

- *« Une organisation sécuritaire » et une identitovigilance imposé au détriment des patients*

Le service de chirurgie Plastique de Saint-Louis est le seul service ayant trois secrétaires, dont une des secrétaires est une femme trans, nommée Inès. Le rôle d'Inès est primordial et s'apparente à un accompagnement social et administratif. Inès, plus qu'une secrétaire, une femme à l'écoute des patients, les accueillants, les aidants et les conseillants dans leurs démarches et leurs parcours de transition. Les bons soins aux bons patients et au bon endroit. C'est ainsi que l'on pourrait résumer l'identitovigilance. Cette mesure consiste à fiabiliser l'identification de l'usager dans le but de sécuriser ses données de santé, à toutes les étapes de sa prise en charge. En l'occurrence, un patient peut être amené à donner son identité plus de 7 à 10 fois dans la journée. Cela peut-être difficile pour les patients n'ayant pas changé d'état civil et de prénom, en leur rappelant à multiples reprises leur ancienne identité. L'identitovigilance doit être expliquée aux patients, par l'équipe médicale afin de faciliter le processus. Lorsque l'information concernant l'identitovigilance est délivrée, les patients acceptent plus facilement cette démarche administrative. Si l'information n'est pas donnée, les patients ont tendance à prendre cette situation comme une agression et une atteinte à leur vie privée. Cette démarche, délétère psychologiquement pour les patients, car les mettant face à leur ancienne identité, dont ils souhaitent se détacher, peut impacter directement leur prise en charge, l'observance des traitements et le suivi. Inès est un élément clef dans le maintien d'un suivi cohérent. Elle rappelle les

patients qui ne sont pas venus en consultation, cherche à en comprendre la cause, délivre les informations à l'équipe, s'occupe des arrangements d'horaires s'ils sont nécessaires et de trouver des dates qui correspondent aux patients afin d'optimiser leur suivi.

- *Une offre de soins limité par les impacts du COVID*

Chaque semaine, une cellule de crise est créée auprès des différents services concernés. On constate une tension toujours importante sur les services d'accueil d'urgence (SAU) du sud et du nord parisien. La tension constante sur le capacitaire de Saint-Louis est proche de 100% d'occupation. Rappelons que chaque service doit maintenir au moins un lit en SAU pour les urgences. Au sein du service de chirurgie plastique, il est arrivé que des patients contractent le COVID, durant leur hospitalisation. Afin de limiter au maximum les contaminations croisées, les patients doivent présenter à leur arrivée un test PCR négatif, dans le cas contraire l'opération est repoussée et l'hospitalisation n'a pas lieu. L'impact du COVID s'est également ressenti sur l'organisation du service. Les staffs réalisés tous les matins avec l'ensemble de l'équipe médicale, dans le but de discuter de chaque patient doivent être suspendus, en vue de limiter les interactions conformément aux recommandations fournies par l'AP-HP. Afin de pallier ce bouleversement, le pouvoir décisionnaire est désormais alloué à un comité plus restreint. Mais cela n'empêche pas le COVID de se propager. De nombreux clusters ont émergé durant ma période de stage au sein même du service de chirurgie plastique, nécessitant d'instaurer un contrôle par PCR chaque semaine à l'ensemble de l'équipe médicale. Durant le COVID, 1 seul bloc était mis à disposition du service contre 6 en période pré covid, rendant l'organisation très difficile. Les consultations doivent être suspendues. A l'heure actuelle, le service n'a pas retrouvé son activité qui était avant le covid de 25 entrées et 25 sorties par jours. Le COVID est toujours présent en interne et entraîne une diminution de l'activité, de part la diminution des blocs opératoires disponibles. Cet événement exceptionnel a induit l'augmentation des délais de prise en charge des patients et l'arrêt des opérations durant plus d'un an. Notons que le délai avant l'opération est un des premiers critères de choix des patients. Dû à l'augmentation de ce délai, de nombreuses personnes se sont tournées vers des pays étrangers qui peinent souvent à répondre à une demande toujours plus forte. De plus, les mentalités dans ces pays ne sont pas toujours en accord avec la transidentité pouvant dégrader l'accueil et la prise en charge des patients.

- *Les enjeux actuels : la démarche managériale de Saint-Louis une approche trans-affirmative*

Concernant la prise en charge des patients transgenres, l'équipe hospitalière de Saint-Louis se base sur une démarche managériale trans-affirmative, orientée vers la compréhension, la reconnaissance et le soutien de l'expérience du genre vécue par chaque personne. Cela se décrit par l'utilisation du prénom choisi et des pronoms correspondants. Cette pratique est d'ailleurs recommandée par l'OMS et par la

plupart des instances de psychologie<sup>26</sup>, psychiatrie<sup>27</sup>, médecine<sup>28</sup> et pédiatrie<sup>29</sup>. La prise en charge hospitalière des patients trans est individuelle et unique pour chaque patient. Un des aspects primordiaux est la communication basée sur l'autodétermination du patient. Cette méthode s'assimile à une démarche de qualité non protocolaire imprégnée comme mécanisme automatique chez ses professionnels de santé. Lors du recrutement du personnel une question simple est posée : Est-ce que la prise en charge d'une personne trans vous gêne ? Madame Bernard (cadre de santé) pose cette question afin d'anticiper un éventuel problème relationnel. (Bien que la vision personnelle ne doit pas s'interposer dans la vie professionnelle, la réalité des comportements humains face à certaines situations complexes impose une prévoyance). Un infirmier vient d'être recruté ayant réalisé son mémoire sur la transidentité. Ainsi, cela permet d'insérer dans l'équipe des professionnels informés et sensibilisés au sujet de la transidentité. Une rotation est souvent effectuée au sein du personnel de l'accueil, certains n'étant pas toujours familier à ce service. Les formes de mégenrage surviennent le plus souvent à l'accueil par des personnes peu ou pas formées sur le sujet. Nous pouvons souligner encore une fois le rôle implicite d'Inès d'informer ces collègues sur le mégenrange permettant de modifier leurs comportements.

### **1.3 L'activité du service de chirurgie plastique.**

L'AP - HP est le deuxième établissement, ayant le plus fort volume d'actes chirurgicaux pelviens d'affirmation en 2019 et en 2020. En l'occurrence, deux hôpitaux réalisent la chirurgie d'affirmation au sein de l'AP - HP, l'Hôpital Tenon et l'Hôpital Saint-Louis.

L'activité de Saint-Louis a été analysée par l'étude individuelle de tous les dossiers médicaux avec l'accord préalable des patients. Les différentes techniques chirurgicales et les différents risques dans le cadre de la prise en charge transidentitaire sont explicités dans l'annexe (cf annexe IV).

*Bilan quantitatif de l'activité de Saint-Louis sur la période du 02/05/2022 au 19/07/2022 et description de l'organisation chirurgicale*

---

<sup>26</sup> American Psychological Association. Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. Am Psychol 2015;70:832-64


<sup>27</sup> American Psychiatric Association. Gender-Affirming Therapy [En ligne]. 2017. Disponible sur : [www.psychiatry.org/psychiatrists/cultural-competency/education/transgender-and-gender-nonconforming-patients/genderaffirming-therapy](http://www.psychiatry.org/psychiatrists/cultural-competency/education/transgender-and-gender-nonconforming-patients/genderaffirming-therapy)

<sup>28</sup> American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Statement Responding to Efforts to ban EvidenceBased Care for Transgender and Gender Diverse Youth [En ligne]. 2019. Disponible sur : [www.aacap.org/AACAP/Latest\\_News/AACAP\\_Statement\\_Responding\\_to\\_Effortsto\\_ban\\_Evidence-Based\\_Care\\_for\\_Transgender\\_and\\_Gender\\_Diverse.aspx](http://www.aacap.org/AACAP/Latest_News/AACAP_Statement_Responding_to_Effortsto_ban_Evidence-Based_Care_for_Transgender_and_Gender_Diverse.aspx)

<sup>29</sup> Cheung AS, Wynne K, Erasmus J, Murray S, Zajac JD. Position statement on the hormonal management of adult transgender and gender diverse individuals. Med J Aust 2019;211:127-33

**Tableau 1 : Bilan des opérations réalisées durant la période mai – juillet 2022 concernant les patient MtF**

Mai – Juillet 2022			
Types de chirurgies	Nombres de patients	Age moyen	Etat-civil
Augmentation mammaire	25	25.33	11 Femmes 14 Hommes
Vulvo-vagino = vaginoplastie	5 (Chirurgie initiale)	41.63	2 Femmes  6 Hommes
	3 ( Reprise de chirurgie)		
Chondrolaryngoplastie, génioplastie	1	20	Femme
Rhinoplastie	1	20	Femme
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>26.74</b> (Moyenne d'âge)	<b>15 Femmes</b> <b>20 Hommes</b>

 Féminisation du visage appelé dans le jargon médicale FFS pour Fashion feminisation surgery

**Tableau 2 : Bilan des opérations réalisés durant la période mai- juillet 2022 concernant les patient FtM**

Mai – Juillet 2022				
Type de chirurgie	Technique chirurgicale	Nombres de patients	Age moyen	Etat-civil
Torsoplastie	Hémipériaérolaire inférieur	7	22.60	2 Hommes 3 Femmes
	Thorek	16	22.27	6 Hommes 10 Femmes
	Pédicule inférieur	21	24.38	4 Hommes 17 Femmes
Phallopièse		0	0	0
<b>Total</b>		<b>44</b>	<b>23.08</b> (Moyenne d'âge)	<b>12 Hommes</b> <b>30 Femmes</b>

La majorité des actes chirurgicaux sont réalisés sous anesthésie générale au bloc opératoire. Le service possède également deux salles équipées pour des anesthésies locales permettant de faire des retouches ou les finitions si nécessaire (dégraissage de pédicule, correction de cicatrices des aréoles). Chaque local reçoit au maximum 14 patients par jour, soit 98 par semaine et concerne en moyenne 3-4 patients trans par semaine. En 78 jours (du 02/05/2022 au 19/07/2022), 79 opérations destinées à une patientèle trans ont été effectuées au bloc opératoire, soit environ 38 opérations en moyenne par mois représentant 4 à 5 opérations par jour dans le cadre des patients transidentitaires. Cela représente une activité importante du service d'autant plus qu'elle est effectuée en parallèle de chirurgies reconstructrices (brûlé, cancérologie) et de chirurgie esthétique. En moyenne, une vaginoplastie ou vulvo-plastie dure 5 à 6 heures, elle demande la mobilisation d'un bloc opératoire entier pour toute la journée pour anticiper une éventuelle complication (cf, annexe les différentes interventions chirurgicales dans le cadre de la transidentité et leurs risques). Le temps de réalisation d'une torsoplastie est en moyenne de 45 minutes à 1 heure. La moyenne d'âge lors de l'intervention est de 24 ans, soit de 27 ans pour les femmes et 23 ans pour les hommes. D'après les sources de l'ATIH, les 18-35 ans représentent désormais 70% des séjours contre 50% en 2011. La part des 36-50 ans ne cesse de diminuer. Elle était de 40% en 2011 et de 17% en 2020.

Tableau N°4 : Nombres de séjours en MCO classifiés avec le code F64 Transexualisme classer par tranches d'âges

année	17 ans et moins	18-35 ans	36-50 ans	plus de 50 ans	total
2011	5	272	215	44	536
2012	4	265	191	54	514
2013	7	283	161	59	510
2014	8	306	171	54	539
2015	8	365	197	80	650
2016	6	427	203	90	726
2017	15	579	295	120	1009
2018	39	832	302	125	1298
2019	69	1118	359	215	1761
2020	48	1113	281	173	1615

source de données ATIH

année	17 ans et moins	18-35 ans	36-50 ans	plus de 50 ans	total
2011	1%	51%	40%	8%	100%
2012	1%	52%	37%	11%	100%
2013	1%	55%	32%	12%	100%
2014	1%	57%	32%	10%	100%
2015	1%	56%	30%	12%	100%
2016	1%	59%	28%	12%	100%
2017	1%	57%	29%	12%	100%
2018	3%	64%	23%	10%	100%
2019	4%	63%	20%	12%	100%
2020	3%	69%	17%	11%	100%

source de données ATIH

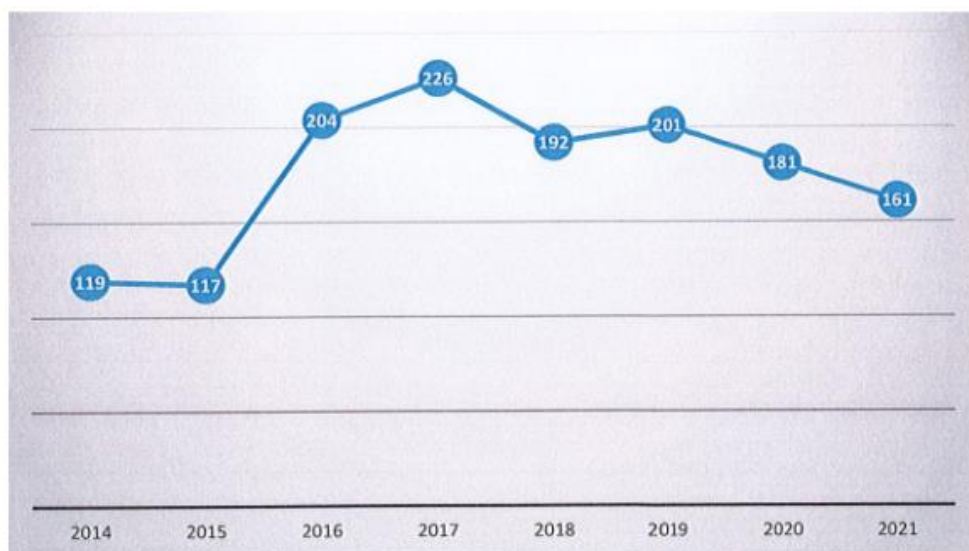
Le nombre d'hommes trans opérés est plus nombreux que les femmes trans. L'absence de changement d'état civil ne constitue pas un prérequis au processus opératoires. La semaine est divisée



entre les consultations et l'activité chirurgicale. Le nombre de consultations trans est en moyenne de 150 par mois. Le recrutement est effectué par chaque Professeur Universitaire lors de leur différentes consultations privées ou bien par le Professeur en consultation publique. Il y a en plus d'une demi-journée et soirée par semaine consacrées exclusivement aux consultations des trans et à la RCP où les chefs de cliniques et internes sont conviés.

- *Bilan des plaintes des usagers*

Madame Martine Trincali est responsable des usagers et des plaintes des usagers, dans l'ensemble de l'hôpital. Concernant le service de chirurgie, une seule plainte a été constatée, durant l'année 2022. En l'occurrence, la plaignante n'appréciait pas le déroulement de la RCP. D'après elle, les professionnels de santé ne l'auraient pas laissé s'exprimer durant toute la réunion de concertation pluriprofessionnelle (RCP). La plainte paraît inusitée, car le patient est systématiquement invité à se présenter et à raconter son parcours à l'ensemble de l'équipe, ce qui initie le début de la RCP. En 2021, aucune plainte n'a été enregistrée. Ceci peut être perçu comme un critère de qualité de la prise en charge du patient, lorsqu'on part du principe que plus de 200 plaintes sont recensées chaque années, tous services confondus.



**Bilan des réclamations de 2014 à 2021 (Nombres de réclamation enregistrés tous services confondus)**

A Saint-Louis, Inès (secrétaire médicale) a pour objectif de définir le nombre de "perdus de vue" et le nombre "d'insatisfactions". Dans le service étudié, en terme chirurgical, aucun patient n'a relaté de regret, en vue des opérations réalisées. Le nombre de perdus de vue est faible. La catégorisation du nombre de perdus de vue s'identifie par l'absence des patients en consultation et l'absence de reprise de rendez-vous. Inès cherche à comprendre pourquoi les patients ne viennent pas en consultation. Il semblerait que le délai, souvent long, soit source de démotivation, voire d'immigration dans les pays

*Mathilde Pezza - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2022*

étrangers. L'ampleur émotionnelle de cette consultation peut être la source d'annulation. Durant la première consultation, deux rendez-vous sont réalisés, comme cité précédemment, soit d'abord le rendez-vous avec le chirurgien, puis le rendez-vous avec le psychiatre. L'annonce d'un rendez-vous psychiatrique est souvent incompris de par l'obtention d'une attestation obtenue en amont par un autre psychiatre. Dans la littérature actuelle, le taux de regret est identifié à un taux de détransition qui s'étend de 0 à 3%, selon les études<sup>30</sup>. Dans ces études, les enquêtés ont indiqué qu'ils ne regrettaient pas les effets physiques de la chirurgie elle-même, mais plutôt la stigmatisation qu'ils subissent de leur famille ou de leur communauté, à la suite de leur affirmation chirurgicale<sup>31</sup>. L'étude "Factors Leading to Detransition Among Transgender and Gender Diverse People in the United States": A Mixed-Methods Analysis", ayant un total de 17 151 (61,9 %) participants qui ont déclaré avoir déjà recherché l'affirmation du genre, au sens large. Parmi ceux-ci, 2242 (13,1%) ont rapporté des antécédents de détransition. Parmi ceux qui avaient détransitionné, 82,5 % ont signalé au moins un facteur moteur externe. Les facteurs externes fréquemment reconnus comprenaient la pression exercée par la famille et la stigmatisation sociale. Les antécédents de détransition étaient associés au sexe masculin, attribué à la naissance, à l'identité de genre non binaire, à l'orientation sexuelle bisexuelle et au fait d'avoir une famille qui ne soutenait pas son identité de genre ( cf annexe VII). Au total, 15,9 % des répondants ont signalé au moins un facteur moteur interne, y compris des fluctuations ou une incertitude concernant l'identité de genre. Parmi les adultes TGD, ayant des antécédents de détransition, la grande majorité a déclaré que leur détransition était motivée par des pressions externes. Les cliniciens doivent être conscients de ces pressions externes, de la façon dont elles peuvent être modifiées et de la possibilité que les patients recherchent à nouveau une affirmation de genre à l'avenir. Plus de 11 000 TGD a révélé que la majorité des personnes voulant détransitionner, sont liées à des facteurs externes, tels que la pression de la famille<sup>32</sup>, des environnements scolaires non affirmatifs<sup>33</sup> et des agressions sexuelles. Les pressions externes précitées et le rejet familial, le harcèlement en milieu scolaire, le manque d'affirmation du gouvernement<sup>34</sup> et la violence sexuelle ont souvent été décrits comme des facteurs favorisant le taux de suicide chez ces populations.

---

<sup>30</sup> Wiepjes CM, Nota NM, de Blok CJM, et al. The Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria Study (1972-2015): Trends in Prevalence, Treatment, and Regrets. *J Sex Med* 2018;15:582-90.

<sup>31</sup> Ryan C: Engaging families to support lesbian, gay, bisexual, and transgender youth: The Family Acceptance Project. *Prev Res* 2010;17:11-13.

<sup>32</sup> Klein A, Golub SA : Le rejet familial en tant que facteur prédictif des tentatives de suicide et de la toxicomanie chez les adultes transgenres et non conformes au genre . *Santé LGBT* 2016 ; 3 : 193-199. Lien, Google Scholar

<sup>33</sup> Goldblum P, Testa RJ, Pflum S, et al. : La relation entre la victimisation basée sur le genre et les tentatives de suicide chez les personnes transgenres . *Prof Psychol Res Pr* 2012 ;43:468-475. Référence croisée, Google Scholar

<sup>34</sup> Scheim AI, Perez-Brumer AG, Bauer GR : Documents d'identité concordants entre les sexes et santé mentale chez les adultes transgenres aux États-Unis : une étude transversale . *Lancet Public Health* 2020 ;5:e196-e203. Crossref , Medline, Google Scholar

## **1.4 L'offre et ressources du service de Chirurgie plastique de Saint-Louis**

Le service de Chirurgie Plastique de l'hôpital Saint-Louis est composé d'une équipe de spécialistes, experts en matière de transidentité. Le premier atout du service est le chef de service, le Professeur Mimoun, et l'utilisation de ses différentes techniques chirurgicales. En l'occurrence, l'expertise de techniques chirurgicales complexes, comme par exemple, la vaginoplastie, par segment du côlon. Cette dernière apporte des atouts majeurs comparée à la technique usuelle, la vaginoplastie par inversion pénienne, qui permet de recréer une cavité lubrifiée ne nécessitant pas l'utilisation de conformateurs à long terme. Le Professeur Mimoun a mis en place une équipe d'experts avec le Professeur Hubert, spécialisé sur la transidentité depuis 20 ans. Un double suivi peut être mis en place à la fois psychiatrique et psychologique. Ceci permet également aux patients d'avoir la possibilité de consulter un autre praticien que le Docteur Hubert tout en ayant un suivi psychologique. A savoir, les standards de soins de la WPATH 7 préconise de mettre en place deux soignants distincts pour assurer les fonctions d'évaluations et d'accompagnements. Étant donné que l'observation et l'évaluation psychiatrique est requise dans le parcours protocolaire actuellement mis en place, il vient toutefois biaiser la relation psychiatre-patient puisqu'elle conditionne l'accès à la chirurgie. Il est arrivé que certains patients préfèrent poursuivre le suivi avec la psychologue, la validation en RCP fût réalisée en V3. L'accueil des patients est réalisé par une secrétaire, elle-même trans, que nous avons présentée plus haut, Inès. Trois secrétaires et trois cadres de santé travaillent dans le service du Professeur Mimoun pour fluidifier et anticiper la gestion et la prise en charge des patients. Ce service n'a pas hésité à mettre des moyens financiers et humains, pour le bon fonctionnement du service.

Régulièrement le Professeur Mimoun sensibilise son équipe aux nouvelles thématiques. La dernière en date portait sur les "non binaires". Une volonté d'impliquer et d'instruire son personnel jusqu'au bloc opératoire. En effet, l'ensemble de l'équipe paramédicale a la possibilité d'assister aux opérations. Un réseau ville-hôpital est mis en place par le biais d'Inès avec l'association PASST. Les patients se réfèrent aux associations lorsqu'elles sont démunies, pour les démarches administratives, mais également médicales. Le développement du réseau ville-hôpital constitue une collaboration et un modèle d'échange réciproque entre associations et structures de soins permettant d'améliorer la qualité de la prise en charge.

### **- 2. Les patients transidentitaires, profil et parcours de soins**

#### **- 2.1 Présentation et profil des enquêtés**

Nous présentons tout d'abord de manière synthétique, le profil des patients interviewés du service. Nous analysons ensuite les résultats des entretiens.

Comme nous pouvons le voir dans le tableau ci-dessous, le profil des personnes interrogées est très variable en termes d'âge (allant de 18 à 72 ans), de démographie et de niveau socio-professionnel.

Tableau 3 : Les caractéristiques socio-économiques des personnes interrogées

Références : CEC : Changement d'état civil / F : femme / M : masculin / D : département

IG: identité de genre / AC : activité militante / LE : lieu d'entretien / DE: durée d'entretien

D	IG	Âge	Profession domaine d'activité/ niveaux d'études	démarche administratif	AC	Couples / enfant	Modalité de transition	Démarches de chirurgies	LE	DE
86	M	27	chômage	P + CEC	Non	pas d'enfant célibataire	Hormones + chirurgie (pas encore effectuée)	Mastectomie	Visio	1H
78	M	23	BTS + formation Ingénieur aéronautique	P + CEC	Non	En couple avec une femme	Hormones + Chirurgie	Mastectomie	Visio	2H
26	F	45	Informatique « création espace de jeux vidéo »	P	Non	Pas d'enfant célibataire	Hormones + Chirurgie	Chirurgie de féminisation faciale + chirurgie de réattribution sexuelle	Saint-Louis	2H
45	M	18	Caissier	P + CEC	Non	En couple avec une femme	Hormones + chirurgie	Mammectomie torsoplastie	Saint-Louis	1H
75	F	72	anciennement professeur des universités désormais écrivain et producteur audiovisuel	P + CEC	Non	célibataire deux filles	Hormones + chirurgie	vaginoplastie	Saint-Louis	2H
33	M	27	Domaines artistique spectacle	P	Oui	célibataire pas d'enfant	Hormones + chirurgie	Torsoplastie	Visio	1H
37	M	22	Livreur	P	Oui	en couple pas d'enfant	Hormones + chirurgie	Torsoplastie	Visio	1H

95	F	31	ingénieur informatique	P + CEC	Non	célibataire pas d'enfant	Hormones + chirurgie	Augmentation mammaire	Saint- Louis	1H
45	F	30	militaire	P + CEC	Non	célibataire pas d'enfant	Hormones + chirurgie	Vaginoplastie	Saint- Louis	1H
17	M	19	Etudiante	P + CEC	Oui	en couple pas d'enfant	Hormones + Chirurgie	Torsoplastie	Saint- Louis	1H

De nombreux patients traversent une partie de la France pour réaliser leurs chirurgies à Saint-Louis. Dans nos entretiens, il ressort que dans la majorité des cas, ils sont guidés par les appréciations émises sur les réseaux sociaux trans (tel que BDDTrans<sup>35</sup>) ou par l'avis de proches, anciennement opérés dans le service du Professeur Mimoun. Les associations précisent également sur leur site, les différents hôpitaux qui réalisent les chirurgies de réassignation. Ainsi, on peut constater que l'information se transmet en grande partie par le bouche à oreille et les réseaux sociaux. Comme nous pouvons le constater sur le tableau 3, la demande est très variable en termes d'âge, de lieu de résidence, de niveau socioéconomique et professionnels. L'analyse des entretiens a mis en lumière des points communs et des différences qui permettent de mettre en exergue des facteurs de risques et des facteurs protecteurs, liés aux enquêtés explicités dans le schéma ci-dessous.

<b>Facteurs protecteurs</b>	<b>Facteurs de vulnérabilité</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- être en couple</li> <li>- habiter dans une grande ville</li> <li>- présence et soutien de la famille</li> <li>- un niveau d'études supérieures</li> <li>- éducation sécurisée<sup>36</sup></li> <li>- parents dans le domaine médicale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- solitude</li> <li>- chômage</li> <li>- perte d'emploi</li> <li>- perte d'amis</li> <li>- perte de membres de la famille</li> <li>- le manque d'instruction</li> <li>- l'isolement géographique</li> <li>- manque de soutien ( famille, amis etc...)</li> </ul>
la formation des professionnels de santé	

Être en couple est aujourd'hui considéré comme une norme sociale. Cette tendance est synonyme de confiance et de stabilité. Les enquêtés étaient dans la majorité des cas, accompagnés de le ou leur

<sup>35</sup> BDDTrans est un site et un forum : <https://bddtrans.fr>

<sup>36</sup> John Bowlby, psychiatre du XXème siècle s'appuie sur les travaux de Harlow chez le singe Rhésus pour montrer le caractère primaire de l'attachement et de ses répercussions sur le développement psychologique de l'enfant et de l'adulte. L'attitude des parents façonnent le développement émotionnel et celui de la personnalité. Cette éducation façonne l'autocorrection et la résilience en son absence favorise l'accumulation de facteurs de risques et les troubles anxieux.

conjoint.e.s.t, et parfois de leur famille. Le soutien d'un.e concubin.e., des amis ou de la famille constitue un facteur protecteur et favorise la validation du processus opératoire. Cela participe à la création d'un environnement stable, plus enclins à la transition du patient. Par ailleurs, la présence d'un soutien extérieur est un facteur favorisant l'acceptation des démarches administratives par les patients est l'accélération du processus. En revanche, ces facteurs ne réduisent pas toujours le délai de prise en charge médical, intrinsèque à la ville, à son tribunal ou sa mairie. Pour deux patients, l'investissement des proches et l'utilisation de leurs contacts auraient accéléré la demande de changement de prénoms auprès des mairies. De plus, il semblerait qu'un niveau d'instruction plus élevé, soit un facteur facilitant les démarches administratives et diminuerait le délai de prise en charge des patients en chirurgie. En effet, les entretiens réalisés auprès des patients ayant un niveau d'études supérieures m'ont permis de constater une meilleure acceptation des démarches instaurées par le système.

Les patients se sont dirigés vers Saint-Louis pour l'offre de soins multidisciplinaires proposée par le service. Le lieu de résidence influe l'accès aux soins proportionnellement à l'offre de soins disponible sur le territoire. On pourrait penser que les grandes métropoles proposent une offre plus importante (de par la taille de la population) que les petites villes, mais d'après le résultat des entretiens, ce n'est pas toujours le cas. L'offre de soins est effectivement plus importante pour les très grandes villes, augmentant les chances de trouver un professionnel de santé "trans-friendly", au détriment des petites villes où l'offre de soins de spécialistes est moindre. Une patiente habitant à Romans-sur-Isère, ville de 50 000 habitants, dans le département de la Drôme, a appelé tous les endocrinologues se situant à un rayon de 50km. Cela représente 40 endocrinologues. Sur l'ensemble des spécialistes contactés, 22 n'ont pas répondu à son message laissé sur leurs boîtes vocales, 6 lui ont répondu qu'ils ne prenaient pas de nouveaux patients et 3 ne voulaient pas prendre en charge de patient trans. Or, l'article R.4127-47 du code de la santé publique et l'article 47 du code de déontologie médicale prévoit que « hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles ». Il s'agit ici de l'impossibilité pour le médecin de prendre en charge ou de poursuivre la prise en charge d'un patient pour des raisons professionnelles ou personnelles. En revanche, le médecin doit prendre les dispositions nécessaires pour que soit assurée la continuité de la prise en charge du patient. C'est une obligation inscrite dans le code de déontologie des médecins et ne pas la respecter peut entraîner des sanctions disciplinaires pouvant aller jusqu'à l'interdiction d'exercer. La loi "hôpital, patients, santé et territoires" du 21 juillet 2009 précise qu'en cas de refus de soins, le directeur de la CPAM pourra infliger des sanctions financières à un professionnel de santé. Un patient habitant à Mantes-la-Jolie, nous a raconté une histoire similaire. Le refus des médecins de le prendre en charge dans son secteur, l'a obligé à consulter à Paris. Le rôle des associations et des réseaux sociaux trans est primordial dans l'accès et le recours

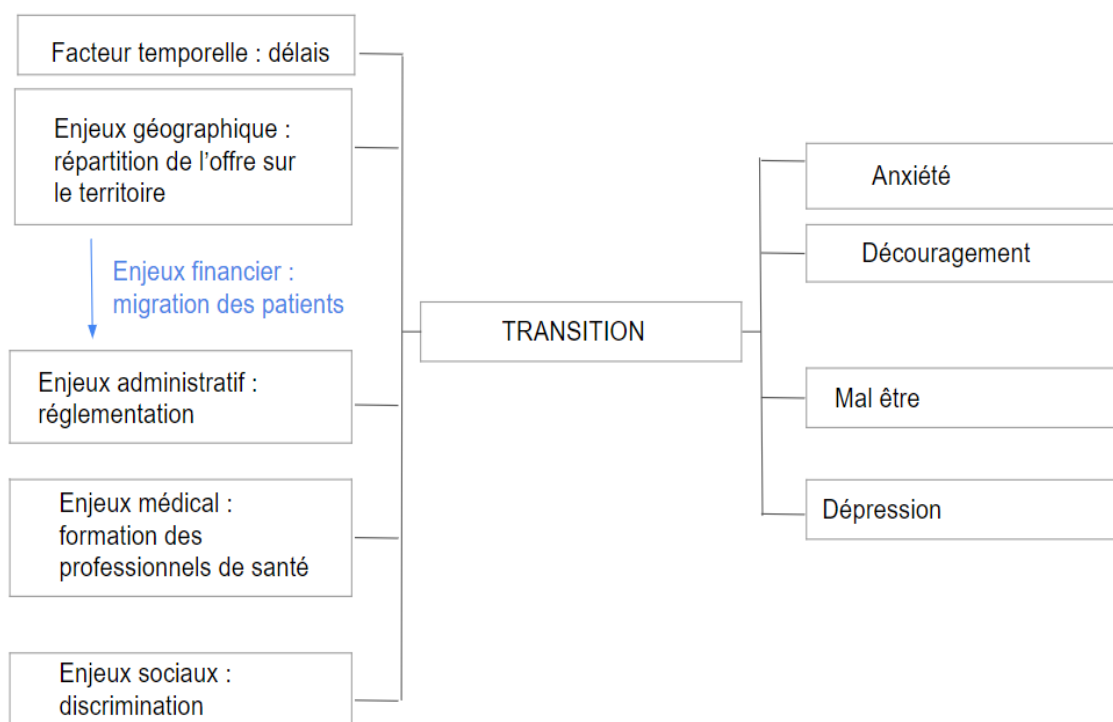
aux soins par des professionnels de santé trans-friendly. Le lieu géographique peut s'avérer être un facteur protecteur, comme un facteur de risque, pouvant engendrer des facteurs de vulnérabilités, tels que le découragement, l'isolement, l'anxiété et la dépression. La ténacité de ces patients à entreprendre et finaliser leur parcours de transition dans ce contexte, demande une force d'esprit et un soutien important qui n'est pas toujours présent, en plus des nombreux freins qu'impliquent le parcours et la souffrance induit par la dysphorie de genre. Ainsi, le manque d'offre de soins et la peur d'être discriminé impacte directement le patient dans son accès aux soins et favorise le non recours. Toutefois, quelques patients ont cité un spécialiste ou un médecin généraliste, désireux de les accompagner dans leur parcours, s'informant et se formant pour la première fois au sujet de la transidentité, parfois directement avec le patient. L'un d'eux cite une phrase de son médecin de famille et médecin traitant qui remplissait pour la première fois le formulaire cerfa pour l'acquisition de l'ALD 31 : *“ En cinquante ans de carrières, c'est la première fois que je signe un papier comme celui-là et je suis content de le faire avec toi ”* (chômage, 27 ans). Il en va du caractère intra-individuel de chaque médecin de s'instruire, de s'informer et d'accompagner ces patients. Et bien que l'isolement de certaines villes peut porter à croire que ce soit un facteur limitant la prise en charge, il a été montré durant le résultat des entretiens, que ce n'est pas toujours le cas.

Un ensemble de paramètres s'entremêlent et viennent directement impacter le recours et l'accès aux soins. Pour expliquer au mieux les interactions entre les différents facteurs, deux schémas seront présentés. Le premier montre les différents enjeux du parcours de transition impactant le bien-être du patient. Le second aborde les différentes dimensions directement corrélées à l'individu. Les pressions externes doivent être comprises non seulement comme des facteurs de risque de “mauvaise” santé mentale, mais aussi comme une barrière pour vivre en toute sécurité dans son identité et son expression de genre.<sup>37</sup> Il est important d'informer les professionnels de santé pour qu'ils soient conscients que la détransition est souvent liée à ces facteurs externes et réfléchir à des moyens de protéger le patient. Cependant une partie des enquêtés ont évoqué des facteurs internes, des raisons psychologiques, l'incertitude quant à l'identité de genre et les fluctuations de l'identité de genre. Il est important de savoir que les facteurs externes peuvent induire des facteurs internes. En effet, le cadre de stress des minorités de genre, des facteurs externes, tels que la stigmatisation peuvent entraîner des interrogations sur son identité de genre, de l'incompréhension de soi ou encore de la dépression. Une étude a mis en exergue que le sexe masculin (attribué à la naissance) est un facteur à risque de

---

<sup>37</sup> Cornell University – What we know. What does the scholarly research say about the effect of gender transition on transgender well-being? [En ligne]. 2018. Disponible sur : [whatweknow.inequality.cornell.edu/topics/lgbt-equality/what-does-the-scholarly-research-say-about-the-well-being-of-transgender-people/](http://whatweknow.inequality.cornell.edu/topics/lgbt-equality/what-does-the-scholarly-research-say-about-the-well-being-of-transgender-people/)

détransition, en raison d'un niveau d'acceptation sociale, plus faible que chez les femmes.<sup>38</sup> Plusieurs études ont mis en avant que les personnes transgenre qui s'adaptent aux attentes sociétales traditionnelles binaires et hétéronormatives sont moins susceptibles d'accéder à des services d'affirmation de genre et moins à risque de détransition. Ainsi, ceux qui ne répondent pas aux attentes sociales sont plus susceptibles de changer d'avis de part des pressions externes. Cela peut également majorer des doutes intériorisés, concernant leur identité de genre pouvant entraîner un arrêt dans la transition, voir une détransition<sup>39,40</sup>. Il est indéniable que des études supplémentaires doivent être réalisées sur ce sujet pour comprendre les différentes associations que celle-ci relatent.



**Diagramme de cause à effet : Les différents enjeux impactant le patient**

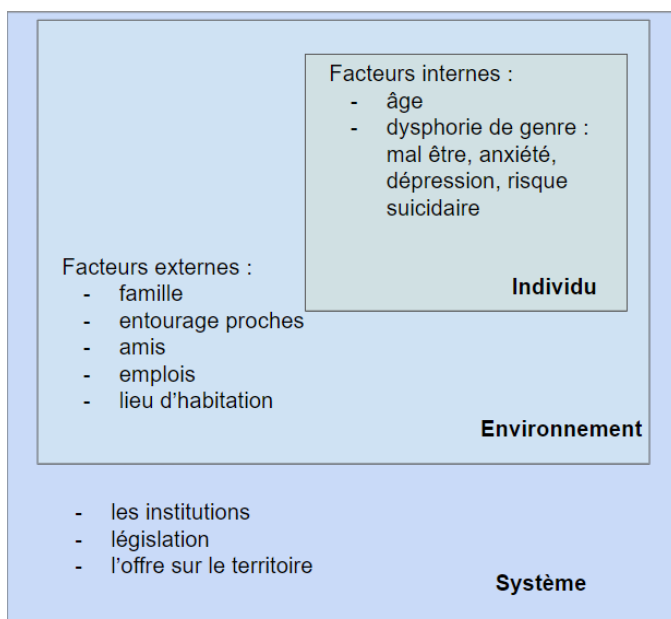
<sup>38</sup> Yu C, Zuo X, Blum RW et al. : Marcher vers un batteur différent : Une comparaison interculturelle de jeunes adolescents qui défient les normes de genre . J Adolesc Health 2017 ;61:S48–S54. Crossref , Medline, Google Scholar

<sup>39</sup> Beckwith N, Reisner SL, Zaslow S, et al.: Factors associated with gender-affirming surgery and age of hormone therapy initiation among transgender adults. Transgend Health 2017;2:156–164.

<sup>40</sup> Turban JL, King D, Carswell JM, Keuroghlian AS: Pubertal suppression for transgender youth and risk of suicidal ideation. Pediatrics 2020;145:e20191725.



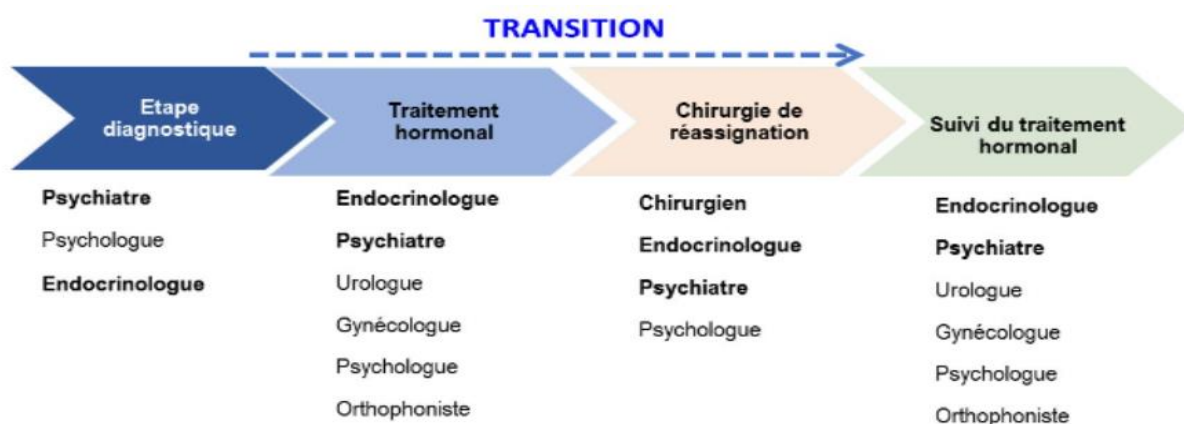
Le délai correspond au facteur le plus important pour les patients qui est souvent très long (par exemple : entre 2 à 5 ans de délai pour une vaginoplastie). Les enjeux géographiques et notamment la nécessité pour certains patients de faire plusieurs centaines de kilomètres pour voir un praticien est énoncé comme éprouvant et souvent à l'origine d'une volonté d'abandonner. Par ailleurs, ces déplacements (nommé migration sur le schéma) ont un impact financier. Certains patients ont évoqué des difficultés financières, ayant parfois impliqué un non recours aux soins, voire un arrêt dans leur transition. Les patients doivent prendre des mesures et économiser pour s'offrir ce changement. Les enjeux administratifs concernent principalement les attestations qui doivent être délivrées par différents professionnels (certification tripartite). Leur obtention est souvent difficile et nécessite de prendre plusieurs rendez-vous. Par exemple, un médecin généraliste a annoncé à un patient qu'il enverrait le document à la CNAM, mais ne l'a transmis qu'après la troisième consultation, ce qui a découragé le patient. Cela va souvent de pair avec le manque de formation des professionnels de santé qui ne connaissent pas les démarches et les apprennent sur le tas. Les enjeux sociaux, tel que la discrimination, impactent encore une fois directement le patient en créant comme les autres enjeux précité, un mal être, de l'anxiété, un sentiment de découragement pouvant aller à la dépression ou la tentative de suicide. Ce schéma permet de montrer les différents facteurs influençant l'individu. Ainsi



le système modifie et conditionne le parcours de transition de l'individu à travers les législations mises en place, les institutions et l'offre sur le territoire. Son environnement impacte directement l'individu, de par le soutien ou non de sa famille, des amis et notamment dans son travail. Le patient est également soumis à des facteurs internes qui influent sur les modalités de sa prise en charge. Le coming out, l'étape diagnostique, la délivrance du traitement hormonal à la chirurgie, dépendent de l'offre sur le territoire.

## 2.2 L'utilisation des services de santé selon les enquêtes

Le parcours de transition dans lequel s'engage les patients implique la mobilisation de très nombreux professionnels de santé.



**en gras** : les médecins obligatoires  
les autres sont facultatifs

### Schéma descriptif des professionnels de santé impliqués dans le parcours de transition

Les réseaux sociaux trans permettent de divulguer des informations sur les différents types de professionnels de santé rencontrés. Leur expérience oriente les néo-patients vers des professionnels trans-friendly. (Une dérive de l'utilisation de ces réseaux a été observée au sein du service de Saint-Louis car deux patients auraient filmé leur prise en charge dans l'établissement. Cette pratique est interdite et peut être perçue comme une pression par certains membres du personnel.) Même si les réseaux trans permettent de cibler les professionnels de santé non trans-friendly, les pénuries de médecins dans certains territoires obligent certains patients à aller les consulter. La répartition des médecins généralistes est une problématique centrale : en 2019, on comptait 230 000 médecins dont 45% de médecins généralistes (31% libéraux et 14% salariés) soit 103 500 médecins généralistes. Si l'on ajoute à cela les médecins qui ne prennent pas de nouveaux patients et ceux qui refusent de prendre en charge des personnes trans, le nombre réel de médecins disponibles est en réalité beaucoup plus bas. Le remboursement des soins par l'assurance maladie incite à suivre le parcours coordonné de soins, ce qui contraint les patients à consulter leur médecin généraliste plusieurs fois. Le manque de connaissances des médecins généralistes entraîne souvent un changement de médecin traitant. Or, le manque de médecin généraliste dans certaines régions oblige les patients à se rapprocher des grandes villes.

Les patients FtM ont tous évoqué l'absence de suivis gynécologiques. La plupart des patients interrogés n'y sont allés qu'une seule fois. Les raisons de ce "non recours" sont diverses. Ce peut-être le dégoût pour cet organe, la position que l'examen requiert, la peur d'être discriminé, la peur que le

professionnel de santé ne sache pas s'y prendre, la peur du rejet ou encore la peur que le médecin remette la faute du problème sur sa transidentité.

Très peu de gynécologues connaissent la position en décubitus latéral communément appelé examen à l'anglaise. Cette technique datant du XIX<sup>ème</sup> siècle est couramment utilisée au Royaume-Uni. Elle consiste à positionner la femme sur le côté durant l'examen gynécologique. Ainsi, la patiente n'a pas les jambes écartées sur les étriers et elle ne voit pas la tête du médecin au niveau de ses parties génitales. Beaucoup de femmes la préfèrent aussi bien du point de vue du confort, de la pudeur, de l'anxiété et de la douleur. C'est une position plus respectueuse et pourtant méconnue des gynécologues français qui devrait être enseignée.

Concernant l'utilisation des services de santé, les patient.es qui habitent dans des petites villes ont plus tendance à avoir recours au CMP, aux maisons de santé ou encore au planning familial. Cependant, le manque de spécialités au sein de ces structures et l'absence de formation des professionnels de santé ne leur permettent pas de suivre correctement leur parcours. Certains spécialistes proposent aux patients la téléconsultation sous forme de visioconférence. Cette méthode facilite le suivi des patients. La moitié des patients y ont recours. Il est important pour ces patients de pouvoir compter sur leur médecin traitant et que celui-ci soit disponible rapidement.

Trois patients ont pris rendez-vous directement auprès de la SOFECT. Leur avis sur cette institution était négatif. Un des patients exprime sa vision sur cette institution " le délai est long, la prise en charge est protocolaire et dénuée d'humanité", (ingénieur informatique, 31 ans). Le site de la SOFECT est décourageant, car ils mégenrent les patients dans leur explication, cette information m'a été livrée par une patiente. Nous avons confirmé ces propos en regardant la présentation sur le site de la SOFECT :

Il existe essentiellement deux types d'opérations qui permettent de changer. Pour les hommes qui désirent modifier leur sexe, on procède à une vaginoplastie. Mais lorsqu'il s'agit d'une femme, l'intervention est appelée phalloplastie. Avant de suivre ces opérations, il faut nécessairement remplir certaines conditions.

D'abord, il faut être un adulte et avoir des raisons valables pour souhaiter suivre l'une des deux de ces opérations. Ensuite, il faut constituer un dossier et le soumettre auprès du tribunal. Cette procédure ne nécessite pas la présence d'un avocat, mais il se peut que le juge organise une audience pour vous écouter avant de délibérer. Enfin, lorsque votre requête est acceptée, il faudra contacter des spécialistes du domaine.

[...]

Habituellement, on se base sur les attributs sexuels pour répartir les humains en deux catégories (féminine et masculine). On dit qu'une personne est « transgenre » lorsqu'elle éprouve des difficultés à s'identifier à son sexe d'origine. Cela peut se manifester chez les enfants par le dégoût pour leur corps. Chez les personnes adultes, on note des sensations d'inconfort continu.

Ces différentes manifestations apparaissent au fil des années. On peut dire que l'on devient transgenre. Il faut noter qu'il existe une différence entre les « transsexuels » et les « transgenres ». Un transgenre peut ne pas éprouver le besoin de changer son sexe, ce qui n'est pas le cas chez la personne transsexuelle.

Capture d'écran, site Sofect, août 2022

Selon les patients, l'offre de soins ne permet pas toujours de répondre à leurs attentes. C'est eux-mêmes qui informent les médecins sur les questions de la transidentité, et pour certains, sur le type de traitement (concernant l'endocrinologie). Le manque d'investissement du corps médical et les différentes discriminations auxquelles ils font face, durant leur prise en charge, ont un impact sur leur santé mentale. L'absence de stock d'hormones a été plusieurs fois citée. Les patients doivent souvent faire différentes pharmacies pour obtenir leur traitement, avec parfois aucune indication concernant le mode d'administration, voire des indications erronées : " Ils m'ont donné une aiguille beaucoup trop petite, le traitement est un peu visqueux et ensuite ils m'ont donné une aiguille pour les ponctions lombaire qui est beaucoup trop grosse" (travail dans le domaine artistique, 27 ans). Selon l'enquête Chrysalide de 2010, 16% des trans se sont vu refuser des soins du fait de leur transidentité et 35% auraient renoncé aux soins de peur de subir des discriminations émanant du corps médical.

- *Un parcours administratif complexe et chronophage*

L'accès aux démarches administratives est une étape périlleuse. Il faut être patient, impliqué, persévérant et déterminé. Le délai pour l'obtention de l'ALD des patients interrogés varie de 2 à 5 ans. Concernant le changement de prénom et d'état civil, les délais sont variables d'un.e patient.e.s à l'autre. En effet, les mairies et les CPAM semblent très différentes d'une ville à l'autre. Les démarches administratives sont fatigantes et redondantes. " Il faut se battre" me racontait un patient. Nous évoquerons en détail les difficultés législatives auxquelles font face les patients dans la partie concernant les législations.

### **2.3 Qu'en est-il de la prise en charge du service de Saint-Louis ?**

Le service de Saint-Louis a reçu quasiment que des avis favorables. Cependant, un point négatif a été évoqué, à plusieurs reprises: l'organisation du jeudi. Le jeudi est réservé à la journée transidentité. Les

patients ont rendez-vous avec le psychiatre et le chirurgien, et certains peuvent être convoqués en RCP ou le délai d'attente peut être très long. Un patient a évoqué une situation de mégenrage à l'accueil. La majorité des patients interrogés ont apprécié l'équipe. Ils se sont sentis écoutés et respectés. Deux patients ont exprimé leur incompréhension de devoir revoir un psychiatre.

*“ On voit que c'est une équipe spécialisée”, “tout le monde m'a appelé [...] par mon prénom, le mien, celui que j'ai choisi. Pourtant, je n'avais pas encore changé de prénom, ni d'état civil, je me suis sentie comprise, ça m'a fait du bien”. (Caissier, 18 ans)*

*“ les internes étaient très gentils, les chirurgiens aussi, les infirmières étaient incroyables, il n'y a rien à dire sur ma prise en charge, mais je n'ai pas apprécié d'attendre 5 heures entre deux rendez-vous, ça, ce n'est pas normal”.(Entretien numéro 5, écrivains et producteurs d'audiovisuel, 72 ans)*

Lors d'un entretien, un patient a eu le courage de me raconter une consultation traumatisante. Il aurait consulté un urologue pour des problèmes urinaires. Il se présente au médecin comme un homme trans. Sa compagne attend dans la salle d'attente. Le médecin lui pose plusieurs questions d'ordre sexuel, telles que : Mais vous faites l'homme lors de vos rapports ? Utilisez-vous des outils (sexuels) ? comme pour satisfaire une curiosité malsaine. Le praticien lui demande ensuite de se mettre sur la table pour l'examiner et aurait stimuler son clitoris. Ce fût le seul “examen clinique” réalisé par le médecin. Cette situation serait non seulement une absence de prise en charge mais surtout une véritable agression sexuelle. L'utilisation du statut du médecin pour réaliser des expériences sur un patient pris comme cobaye, montre à quel point la transidentité est un sujet trop peu connu qui aigüise les curiosités.

### - **3. Les professionnels du Service, atteintes, perception, formation**

Avant de décrire la vision et la perception des professionnels, il est utile de revenir rapidement sur la législation actuelle sur les chirurgies, dans le cadre de la transidentité.

#### **3.1 Une législation qui permet une prise en charge effective du parcours des soins, mais basée sur des textes de références comportant un vide juridique**

Actuellement, dans la législation, il existe deux textes de références, le protocole de 1989 et le rapport de la HAS datant de 2009. L'une des recommandations du rapport de l'IGAS de 2011 était de créer un nouveau référentiel, fondant la prise en charge de l'assurance maladie, en substituant le protocole de 1989. Concernant le protocole de 1989, celui-ci conditionne la prise en charge financière des soins, selon deux conditions :

- Le suivi du patient pendant au moins deux ans par une équipe spécialisée (composée d'un psychiatre, d'un endocrinologue et d'un chirurgien) ;
- La rédaction d'un certificat tripartite (co-signé par les spécialistes précités)<sup>41</sup>

La prise en charge des actes chirurgicaux pelviens et mammaires s'accompagne d'un avis positif du médecin conseil national. Ce protocole s'accompagne d'une lettre ministérielle qui impose la prise en charge dans un établissement public, au motif du caractère non lucratif de l'opération. Il s'avère que cette précision s'est ouverte aux établissements privés, lors d'une jurisprudence .... (modification privé). Le rapport de la HAS intitulé: « situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge du transsexualisme en France» de 2009, souligne la fragilité de cette juridiction et avoue qu'aucune autre base n'existe juridiquement induisant son utilisation. Par ailleurs, un rapport n'a pas de valeur juridique, mais a pour autant été utilisé dans certaines jurisprudences, pour émettre un refus [décision défenseur des droits n°2021 – 087]. Ces deux textes servent de référence pour les CPAM. Cependant, le fonctionnement hétérogène des caisses entre elles, complexifie les prises en charge, étant donné que certaines demandent le certificat tripartite, et d'autres non. Les CPAM peinent à être sur la même longueur d'onde. En effet, chacune à son propre mode de fonctionnement limitant ainsi l'accès, selon la localisation et constitue une discrimination, puisqu'il est de nature à créer une inégalité de traitement en matière d'accès aux soins.

Lors du jugement du Tribunal des Affaires de la Sécurité Sociale (TASS) de Quimper (n°248-18, 21 mai 2018), il a été émis « qu'aucune disposition légale ou réglementaire n'interdit la prise en charge financière par les organismes de sécurité sociale d'actes médicaux, réalisés pour le traitement du syndrome du transsexualisme » et que « seules deux conditions doivent être réunies pour que la prise en charge de la personne transsexuelle soit assurée, à savoir : « (...) que soit reconnu le caractère thérapeutique des actes réalisés, d'une part, et que les actes pratiqués figurent sur la nomenclature générale des actes professionnels, d'autres part (...) ». Ainsi, le refus d'une prise en charge en raison des conditions précitées n'apparaît juridiquement pas fondé, mais n'est pourtant pas inhabituel.

Ainsi, toute prise en charge doit être interprétée en comptabilité avec les principes énoncés par le protocole de l'HAS de 2009, s'imposant aux personnes transidentitaires, doit être interrogé et analysé au regard du principe de non-discrimination qui résulte de la loi n°2008-496 du 27 mai 2008, portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de la lutte contre les discriminations, laquelle prévoit en son article 1 que : « Constitue une discrimination directe la situation dans laquelle, sur le fondement de son identité de genre, (...) une personne est traitée de

---

<sup>41</sup> Cette certification tripartite mentionne leur diagnostic, leur accord sans réserve pour les actes chirurgicaux et les motifs médicaux justifiant la réalisation de ces actes.

manière moins favorable qu'une autre ne l'est, ne l'a été ou le l'aura été dans une situation comparable ». Par ailleurs, l'article 3-2 du même article prévoit que « toutes discriminations directes ou indirectes fondées sur un motif mentionné à l'article 1<sup>er</sup> est interdite en matière de protection sociale, de santé, d'avantages sociaux, d'éducation, d'accès aux biens et services ou de fourniture de biens et services. ». Or, le dispositif inscrit dans le protocole de 1989 induit une différence de traitement entre la patientèle transgenre et les personnes cis. En effet, les patientes cis souhaitant une augmentation mammaire n'ont pas à présenter un document médical cosigné par une équipe pluridisciplinaire pour obtenir cette opération. Si on se réfère à l'article 2 précités, on qualifie le traitement de discriminant s'il existe une différence et si les moyens de parvenir au but n'est pas nécessaire et inappropriés. Cependant, selon les recommandations, le diagnostic de dysphorie de genre est exigé en tant que diagnostic différentiel, afin de sécuriser le corps médical que cette souffrance douloureuse provient bien de la dysphorie et non d'une autre cause. On peut supposer que cette exigence psychodiagnostic provient d'une volonté d'éviter que des individus qui ne sont pas véritablement transgenre s'engagent dans un traitement médical de conversion irréversible. C'est sur cette réserve que la HAS justifie son processus, par une volonté de sécuriser le patient par cette mesure de protection. La différence de traitement matérialisée par l'exigence d'un document spécifique cosigné, ne paraît ainsi ni nécessaire, ni appropriée. Ce document est exigé lors de l'initiation du processus de transition. Il constitue également un prérequis pour obtenir l'ALD 31. L'ALD 31 est réalisée par le médecin traitant, par le biais d'un formulaire CERFA. Un certificat psychiatrique n'est pas obligatoire, mais réclamé par certaines CPAM. Il semblerait qu'il n'y ait pas de conditions particulières concernant la demande d'ALD. Les soins couverts par l'ALD varient d'une CPAM à l'autre, en l'occurrence l'épilation définitive ou encore l'orthophonie peuvent être prises en charge par certaines CPAM, ce qui renforce les inégalités de traitement de ces patients.

En application d'une lettre réseau de 2010, jamais publiée et donc non opposable, l'accès à la chirurgie pelvienne et mammaire relève d'une décision du médecin conseil national de la CNAM (selon le protocole de 1989 et le rapport de la HAS 2009) avec une évaluation pluridisciplinaire de l'ordre de deux ans (par un psychiatre, un endocrinologue et un chirurgien) et un certificat tripartite. Cette procédure est toutefois contestée (y compris par des équipes médicales) : les référentiels semblent désormais obsolètes, par rapport à la dépsychopathologisation, consacrée par la CIM 11 ; la CNAM, qui seule a valeur réglementaire ne prévoit pas de demande d'entente préalable pour la plupart des actes mobilisés dans le cadre de la chirurgie d'affirmation. Les protocoles utilisés par la CNAM semblent décalés par rapport à la réalité des parcours de transition et de plus en plus modulaires et diversifiés. Pour les cinq actes spécifiques du « transsexualisme », la partie « notes » de la CCAM ou CPAM précise uniquement que le « diagnostic de transsexualisme doit avoir été fait par une équipe

multidisciplinaire, après une période d’observation du patient de plusieurs années, au minimum de deux ans, à ce jour. Il est recommandé que les indicateurs soient décidés par un comité national, avec la mise en place d’un suivi à long terme de cette chirurgie ». En 2020, l’assurance maladie a donné 344 accords à des demandes d’entente préalable pour des chirurgies d’affirmation pelvienne et mammaire, mais il s’agit d’une estimation basse, étant donné que plusieurs équipes médicales interrogées dans le cadre du rapport de janvier 2022, intitulé « Rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans » ont signalé qu’elles ne demandaient pas d’entente préalable pour la chirurgie pelvienne. De plus, 1615 séjours en MCO ont été enregistrés, avec un code diagnostic F64 (transsexualisme). En 2020, 1260 actes rattachés à une forme de chirurgie d’affirmation de genre pelvienne, mammaire ou faciales ont été enregistrés par la CNAM pour des personnes bénéficiant de l’ALD, au titre de la transidentité.

### 3.2 La vision de l’équipe médicale du service de chirurgie Plastique de Saint-Louis du “cure” au “care”

Cette partie abordera le point de vue des différents professionnels de santé du service à partir des résultats de nos entretiens.

#### Listes des professionnels de santé médicaux et non médicaux interrogés (18 participants).

Statut	Nombres
Chef de service	1
PUPH	1
Chef clinique	1
Psychiatre	1
Interne	8
Cadre de santé	2
Cadre de santé supérieur	1
Infirmière	1
Aide soignante	2
Personne travaillant à l’accueil	1

- Cette patientèle a-t-elle impliqué une modification dans l’organisation de votre travail ?



L'arrivée de cette nouvelle population dans le service a entraîné des modifications organisationnelles, liées aux caractéristiques de la prise en charge de ces patients. Des critères sont mis en place dans le but de contrôler et gérer le nombre de lits, en l'occurrence trois critères sont systématiquement observés: l'acte chirurgical (le temps de convalescence, la gravité de l'opération), le parcours de transition et le genre. Le type de chirurgie est particulièrement important, car le délai d'hospitalisation pour la vaginoplastie est de deux à trois semaines, alors que pour une torsoplastie, le séjour dure entre 1 et 5 jours. De cela découle des temps d'attente différents pour ces deux types d'intervention : en moyenne, le service réalise une vaginoplastie toutes les deux semaines et cinq à six torsoplasties par semaine. Il est de la volonté du service de ne pas mélanger les patients cis et les patients trans, lors de leur hospitalisation, entraînant de ce fait une organisation des lits très rigoureuse. Les modifications organisationnelles qu'a entraîné la prise en charge de cette patientèle se retrouvent dans la gestion des lits. Cette volonté de ne pas mélanger ces patients impose une gestion rigoureuse et implique que les chambres seules sont majoritairement accordées aux patients trans. La lourdeur de certaines opérations, telle que la vaginoplastie, impose une chambre seule de part la complexité de l'opération et de la prise en charge qui impliquent un post-opératoire plus attentif que d'autres types d'opérations. Ce nombre a été instauré par l'équipe et dans une volonté d'apporter une prise en charge de qualité. Les chirurgiens ont autorisé les cadres à réunir les patients, s'ils s'agissent de torsoplastie ou mastectomie et si les opérations se réalisent le même jour.

En parallèle à ses tâches de secrétariat, Ines doit maintenir une souplesse dans son organisation. En effet, elle reste à l'écoute des patients qui la sollicitent sur place ou par téléphone pour obtenir des renseignements sur les nombreuses démarches qu'ils doivent entreprendre, y compris à l'extérieur de l'hôpital, ou encore pour se livrer sur leurs expériences pré/post consultations. Il est important pour Inès d'être présente pour les patients et de les accompagner dans l'ensemble de leurs démarches. Cependant, il arrive qu'elle soit submergée au détriment d'autres patients. Certaines caractéristiques de vulnérabilités, telles que la précarité ou l'isolement social de certains patients s'imposent à Inès comme le devoir de les écouter au détriment d'autres aspects plus administratifs de son travail. Parfois, des patients dit "perdus de vue" c'est-à-dire ceux qui ont déjà réalisé une primo-consultation et ne viennent pas à la deuxième consultation sont généralement joints par mail pour savoir s'ils vont bien.

- *L'un ne va pas sans l'autre : du cure au care à quel prix ?*

Les cadres de santé ont une vision similaire à la gestion et à la prise en charge des patients s'apparentant fortement au care. Madame Badot (cadre de santé) m'explique en entretien son rôle de médiateur, pouvant être d'ordre médical ou relationnel avec les patients. Son objectif principal est le bien être du service. Madame Machet (cadre de santé) promeut un accompagnement de l'équipe

*Mathilde Pezza - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2022*

paramédicale, c'est-à-dire des infirmières et des aides-soignants en leur fournissant par exemple un livret d'accueil qui leur est destiné dans lequel se trouve des recommandations et un guide de bonne pratique. Madame Bernard (cadre de santé) insiste sur la nécessité de communiquer et d'informer les patients sur les pratiques obligatoires de l'hôpital, telles que l'identitovigilance ayant parfois comme conséquence le mégenrage. L'information de cette clause législative permet une meilleure compréhension du patient. Toutefois, il est noté dans le dossier médical le prénom et le pronom souhaité par le patient et l'équipe utilise ses données pour nommer le patient mais le protocole requis par l'identité vigilance et le travail intense de ces équipes peut créer des situations d'inadvertance. Si nous devons définir un critère de qualité par cette équipe, il se définirait par l'écoute et la bienveillance, comme le montre cet extrait d'entretien. *“Je pense d'ailleurs que tout l'intérêt de ces consultations réside dans le fait d'écouter ces patients, dans ce domaine plus que dans d'autres, car il n'y a pas un domaine dans lequel, en étant nous-même, on comprend si peu nos patients. C'est beaucoup plus simple de se mettre à la place d'une femme qui a un complexe ou de quelqu'un qui a une maladie éventuellement grave... ce sont des choses qui peuvent se présenter à nous directement ou à des proches. Mais je n'ai personnellement jamais eu le sentiment de ne pas être dans mon genre phénotypique et je n'imagine pas y être, donc c'est typiquement ce sujet-là, où il faut selon moi être le plus à l'écoute des patients. Je crois qu'il faut toujours être à l'écoute des patients, mais a fortiori encore plus car on ne peut pas s'imaginer ce qu'ils vivent sans écouter leur point de vue [...] Après, il y a des patients qui arrivent en décidant que c'est eux contre nous alors qu'à la base on met quand même notre vie personnelle entre parenthèses pour être là pour eux et ils décident qu'on est là pour leur mettre des bâtons dans les roues. Ils entrent en guerre et là ça devient très compliqué, mais encore une fois ce n'est pas propre à cette patientèle. [...] il faut savoir que c'est quand même un sacrifice puisque 3/4 jours par mois je ne vois pas mes enfants, je rentre tard, ce n'est pas anodin. Le lundi et mardi je ne fais que la chirurgie trans, si j'avais dit non, j'aurais pu avoir plus de temps pour mes propres consultations. [...] Mon sentiment là-dessus c'est que même s'ils ne vont pas forcément bien après, ils vont mieux. Finalement je ne sais pas si ça règle à chaque fois tous leurs problèmes, mais j'ai le sentiment qu'on leur enlève un poids. Mon but est qu'il aille mieux”* ( Samuel Levy, Chef clinique, chirurgien plasticien).

- *Le rôle et la vision du psychiatre, le Professeur Hubert, sa philosophie et sa méthode de travail*

Le Docteur Hubert, ancien chef de service et actuellement Chef de service à la “Fondation Elan Retrouvé” des Hôpitaux psychiatriques depuis plusieurs années, a été recruté par le Professeur Mimoun pour sa qualité d'expert, sur le sujet de la transidentité. Il y a vingt ans, une rencontre avec une patiente bouleverse sa façon de voir les choses : sa première rencontre avec une femme trans. Il s'intéresse au sujet de la transidentité à cette époque, encore peu connue. Selon lui, la question de la

transidentité est beaucoup plus vaste que seulement l'identification d'une dysphorie de genre. Les interrogations des patients reflètent une réflexion sur des notions universelles tel que le rapport au corps. Trois dimensions peuvent être distinguées. La relation de soi à son corps, la relation de l'autre à notre corps, et l'image de la société au corps, notamment les valeurs associées à l'apparence physique. Cette réflexion fût d'ailleurs l'objet d'une de ses thèses . « *Ce sont les patients qui m'ont tout appris* » : il a élaboré de par son expérience et les informations délivrées par les personnes transgenre, un modèle d'analyse lui permettant d'observer, de lier et délier les caractères communs déjà rencontrés. Cette trame s'identifie à la compréhension de la dysphorie, à travers l'étude des valeurs des mots, des images et du corps. Par exemple, l'image des seins durant la puberté et donc l'apparition «de deux bosses bizarres»<sup>42</sup> à l'adolescence sont associées à un critère féminin vécu de façon péjorative, décrit comme un dysmorphisme pour les FtM. L'analyse de la valeur des mots est attribuée à une description de soi, à un moment de sa vie, de son histoire, de son passé ou du mode éducationnel. L'objectif du Docteur Hubert est de comprendre la construction de ces valeurs à travers différents prismes que sont les mots, les images et le corps. Ces derniers indiquent comment se structure la transidentité chez ses patients.

*«Je ne cherche pas à évaluer la transidentité, je cherche à comprendre comment elle s'identifie chez cette personne* ». La transidentité n'est pas quelque chose de fixe, elle varie en fonction des personnes, car toute personne à sa façon de transitionner qui est spécifique à chaque individu de par son histoire, son vécu et ses propres représentations. Lorsque je rencontra le Docteur Hubert, il m'indique qu'il ne cherchait pas évaluer, si oui ou non un patient est trans mais à comprendre comment sa transidentité s'est manifestée, à quel moment de sa vie elle s'est éveillée, pourquoi à ce moment-là, quels sont les moments difficiles vécues et quelles conséquences ont-ils eux sur sa transidentité ? Il s'agit de comprendre quels sont les enjeux du patient. Comment les normes sociales influencent-elles sa vie et à quel degré ? La pression sociale que subissent les personnes trans implique des souffrances, des remises en question agissant sur le psychisme et notamment sur la confiance et l'estime de soi. L'objectif du Docteur Hubert est d'établir avec le patient l'utilité d'une opération chirurgicale et d'étudier la balance bénéfique/risque pour le patient. Par ailleurs, il est nécessaire de discuter avec le patient de sa vision de la chirurgie, de la prise de conscience après la chirurgie qui peut être très difficile et perturbante ainsi que des conséquences sur sa personne, sa vie sociale et professionnelle. Le Docteur Hubert est un partisan de la non pathologisation de la transidentité et de l'autodétermination des personnes, tout en réalisant une co-évaluation des besoins et des réponses, via un accompagnement rigoureux mais non rigide, en ayant une approche globale de la personne dans sa globalité et sa singularité. « *Etymologiquement, le mot Diagnostic renvoie à un partage de savoirs.*

---

<sup>42</sup> Décrit de cette façon par une patiente lors d'une consultation avec le Professeur Hubert par un autre psychiatre est souvent incompris par la population mais nécessaire à la prise en charge dans ce service.

*Outre le partage, il peut être construit en commun, telle est la fonction possible du travail dans une rencontre avec un psychiatre* ». (Docteur Hubert<sup>43</sup>)

- *Des biais psychologiques à prendre en considération, la rareté n'en fait pas moins le risque*

Les biais psychologiques imposent un cadre psychologique à toutes opérations. Il est important de faire attention au vécu des personnes, notamment les individus ayant eu des traumatismes, car l'image du corps a pu être altérée par un événement et peut expliquer la fuite de l'image du corps. Par exemple, durant une soirée à thème réalisée par le Professeur Mimoun pour sensibiliser son équipe à la non-binarité et à la transidentité, un cas rare et particulier a été discuté. Une patiente voulait changer de sexe, car elle ne supportait plus son corps de femme. Initialement, sa dysphorie n'était pas contestée en vue du principe d'autodétermination. A la suite d'un autre rendez-vous, cette femme dévoile avoir été violé à multiples reprises par un membre proche de sa famille. Ce traumatisme s'est caractérisé par un profond dégoût pour son corps de femme. Jugeant son corps responsable et notamment son sexe de femme comme la cause de son mal être. En l'occurrence, pour cette patiente il était plus facile de fuir son corps lui permettant d'échapper à la réalité de son traumatisme que d'y faire face. C'est ici qu'interviennent les nombreux enjeux éthiques et déontologiques. Cette patiente n'a pas été opérée et fait l'objet d'un suivi psychologique. Elle a par la suite remis en considération sa transidentité qui n'était finalement pas avérée. Ces cas sont très rares, mais mettent en évidence le fait que l'approche psychopathologique de la dysphorie de genre ne suffit pas pour aider les personnes dans leur rapport à la demande chirurgicale. L'outil mot - Image - corps est indispensable et permet de déterminer différentes formes de transidentité suivant le mode d'éveil qui s'est manifesté dans l'histoire de la personne. Débuter par un éveil à partir du mot n'est pas la même chose que le début par l'image. L'accompagnement médico-psychologique permet de faire la part des choses et d'assurer un suivi médico-psychologique adapté à chacun.

### **3.4 La vision des médecins de demain**

Le sondage anonymisé réalisé sur Facebook a permis de mettre en exergue le point de vue des carabins, sur le sujet de la transidentité. Au total 171 candidats ont participé. Les réponses étaient libres et chaque étudiant pouvait s'exprimer.

---

<sup>43</sup> Le docteur à Hubert écrit et dirige des thèses, disponible sur le site suivant : <https://www.theses.fr/070370389>  
*Mathilde Pezza - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2022*

**Première question :**

Avez-vous déjà eu des cours portant sur la transidentité ?

A été comptabilisé comme “oui” les étudiants ayant rencontré des personnes trans durant leur stage (de chirurgie plastique, médecine générale, endocrinologie, pédopsychiatrie, service-sanitaire), les cours d'éthique médicale (étant une option). Trois candidats ont informé avoir reçu un cours d'anglais interrogeant sur les comportements à avoir avec cette population, notamment le fait de poser la question comment voulez-vous que je vous appelle, quel pronom utiliser, etc... En revanche, l'item 69 portant sur la dysphorie de genre ne donnant pas d'indication sur la prise en charge et sur les réels enjeux au sujet de ces populations n'a pas été compté comme une connaissance acquise. 34 étudiants ont évoqué connaître le sujet non pas, par leur étude mais par l'investissement des associations étudiantes carabines, telles que *Solid'up* à Université de Paris désormais appelé Université Paris Cité. Par ailleurs, 28% des étudiants répondant au sondage affirment avoir étudié le sujet pour leurs propres connaissances. Dans ces 28%, 17% ont signifié s'être renseignés à la suite d'une prise en charge d'un patient trans, car ils se sentaient démunis face aux comportements et agissements à avoir.

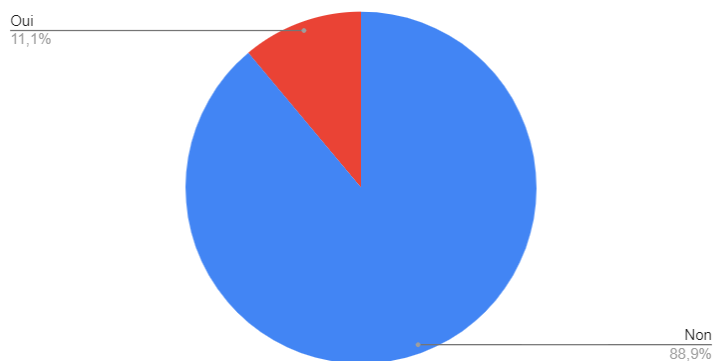
La troisième édition du référentiel de Psychiatrie et d'Addictologie ne présente plus l'item 69 sur la dysphorie de genre contrairement à la deuxième édition. Ce référentiel est utilisé par les étudiants en médecine pour le concours des ECN. A noter que les étudiants ayant recours à la troisièmes éditions concernent seulement la promotion de 2021-2022.

**Deuxième question :**

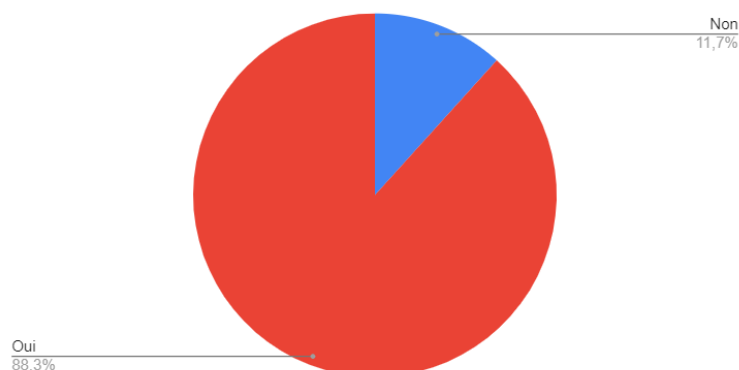
Pensez-vous que vous devriez être formés à la transidentité ?

La majorité des étudiants ont répondu favorablement. Dans les réponses positives, 12% aimeraient avoir une formation générale dans le tronc commun et une formation plus approfondie pour les spécialistes. Trois étudiants ont répondu “non” en précisant qu'un patient reste un patient et la prise en charge ne change pas de par l'identité ou le genre du patient. La majorité des étudiants ont répondu oui, par peur d'une mauvaise prise en charge, d'un mégenrage. Par exemple, un de ces étudiants déclare: “ Clairement, en plus d'être un sujet de société et d'actualité, c'est une « population » en souffrance du milieu médical de part le manque de connaissances des soignants (médecin, IDE, AS)”. L'enquête révèle que sur 171 réponses, 81 ont souhaité un approfondissement de leurs connaissances durant leur formation. Ils ont conscience que la formation existante ne leur permet pas d'assurer une prise en charge classique et de qualité. En somme, l'absence de ses connaissances se répercute également sur la vision qu'ils ont d'eux-mêmes, en tant que médecin, qui doit avant tout comprendre, aider et accompagner son patient.

1) Avez-vous déjà entendu parlé de transidentité dans le cadre vos études ? ( en cours d'éthique, psycho etc... ? )



2) Pensez-vous que vous devriez être formés au sujet de la transidentité ?



Dans certaines facultés, les associations carabines ont un rôle de sensibilisation sur les différents enjeux actuels. Cette instruction peut s'effectuer grâce à des activités comme le théâtre (à Montpellier) ou via l'utilisation des réseaux sociaux, tel qu'instagram (Université de Paris, désormais Université Paris-Cité et Lyon). Les penseurs de plaisir est l'association éthique de la fac de médecine du Kremlin Bicêtre. Cette association organise des cafés débats ou encore des conférences en faisant intervenir des professionnels. Les fac recensé ne présentant aucune forme de sensibilisation ou d'association sont : Paris Ouest, Tours, Toulouse, Paris XIII (Bobigny), Marseille.

Une trentaine de facultés de médecines existent en France, l'ensemble des facs n'a pas été interrogé ou n'as pas répondu.

### question 3 :

seriez vous mal à l'aise dans la prise en charge d'un patient transgenre ?

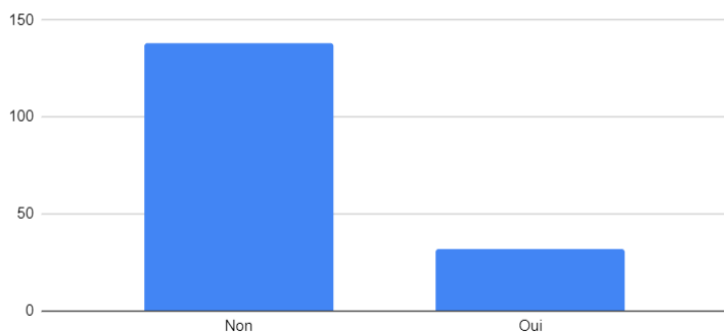
Des étudiants ont explicité leur vision des patients, en l'occurrence, 12 carabins ont répondu qu'un patient reste un patient et que cela n'altère pas leur relation avec l'individu. 32 carabins ont exprimé leur malaise à la prise en charge d'un patient trans en vue de leur méconnaissance sur le sujet créant un sentiment d'impuissance à cette accompagnement. Par ailleurs, 20 d'entre eux voit cette prise en charge comme un stress des étudiants de par l'absence des notions comportementales à avoir. 14 ont peur que leur comportement soit mal interprété ayant une conséquence directe sur le patient. Pour finir, 3 personnes ont évoqué les poids historiques des professionnels de santé qui n'était pas ouvert au sujet.

### Question 4 :

Avez-vous entendu parler de formation au sein de vos stages ?

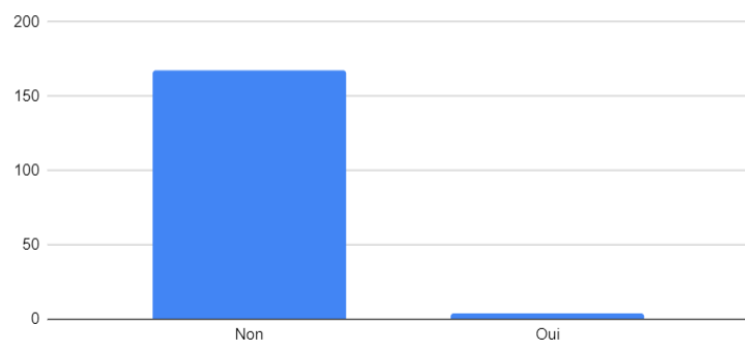
L'enquête révèle que la grande majorité des étudiants n'ont pas entendu parler de formation au sein de leur stage ou leur formation. En effet, 169 sur 171 ont répondu "non" à cette question. Les étudiants ayant entendu parlé de formation ont pris en compte par exemple la conférence sur l'identité réalisée à Bichat en 2022 ou encore deux ont évoqué l'association NOSIG LGBTQI+ à Nantes qui proposait une formation auprès des professionnels de santé.

3) Seriez-vous mal à l'aise dans la prise en charge d'un patient trans ?



Nombre de 3) Seriez-vous mal à l'aise dans la prise en charge d'un patient trans ? Si oui, pourquoi ?

4) Avez-vous déjà entendu parlé de formation à ce sujet dans certains hôpitaux ?



Nombre de 4) Avez-vous déjà entendu parlé de formation à ce sujet dans certains hôpitaux ?

Pour conclure, on constate que l'importance de considérer le sexe et le genre dans l'enseignement et dans les pratiques médicales sont encore minoritaires. La majorité des carabins répondants déclarent un manque de formation universitaire ou pratiques dans leur enseignement, limitant ainsi leur connaissance sur la prise en charge et l'accueil des personnes transgenre. D'après la HAS dans son rapport "Sexe, genre et santé" 2020, " Il est de la responsabilité des universités et des centres de formation d'apporter aux étudiants et aux professionnels des clés de lecture afin d'habituer chacun à réfléchir sur les différences induites par le sexe et le genre chez les personnes qu'ils soignent ou accompagnent, et sur la manière dont le genre influence leur actions et leur organisation", page 152. " La recherche médicale et infirmière, la collecte et l'analyse des données de vie réelle doivent être mobilisées pour nourrir les contenus de formation des soignants sur les différences biologiques liées au sexe, et l'importance de considérer le genre dans les pratiques", page 154. L'appréhension réelle que suscite la prise en charge d'un patient transgenre et largement souligné par les étudiants en médecine, face à la défaillance institutionnelle universitaire. Elle s'impose pour certains, comme un dilemme et pour d'autres comme un devoir. L'enquête "Chrysalide" de 2019, réalisée à partir d'entretiens avec des personnes trans, concernant leur condition de prise en charge dans le système de soin, à montrée que 43% des personnes interrogées estiment que les médecins n'avaient pas de comportements ou de dires réellement déplacés, mais qu'une gêne était cependant toujours présente. Ceci témoignant d'un malaise profond avec le corps médical (finalement un malaise collectif.) Alain Giami, chercheur français en sciences sociales et directeur de recherches à l'institut national de la santé et de la recherche médicale à défini 4 attitudes récurrentes chez les médecins généralistes confrontés aux questions de sexualité posées par les patients qui " constituent des modes de construction de l'activité professionnelle en réponse à des problèmes et des situations pour lesquels les médecins généralistes n'ont pas reçu de formation universitaire".<sup>44</sup> Les 4 attitudes sont : l'évitement de la prise en charge ;

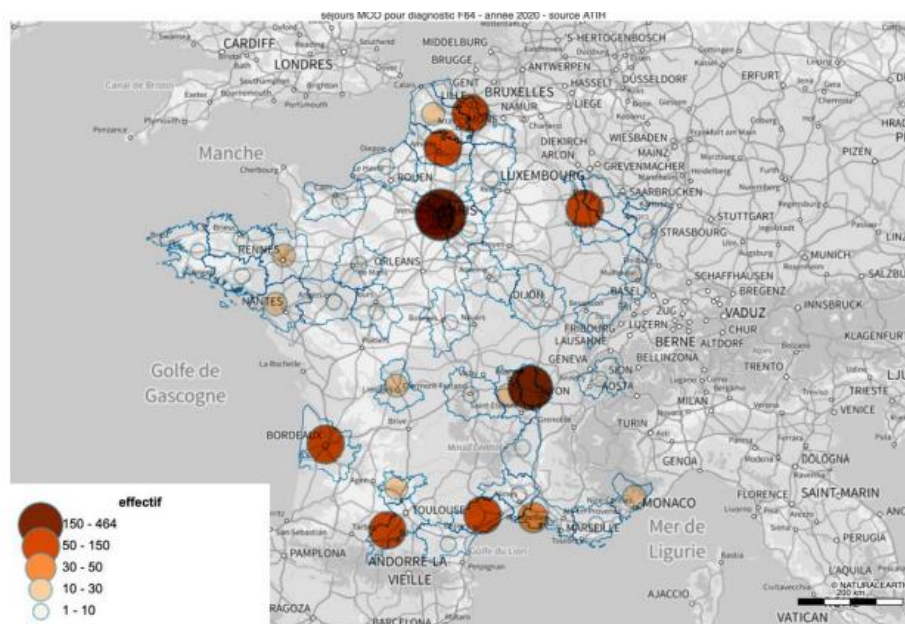
<sup>44</sup> GIAMI A., Singuliers Généralistes, chapitre 8 « La spécialisation informelle des médecins généralistes : l'abord de la sexualité », éd. Presses de l'EHESP, Rennes, 2010, pp. 147-166

l'appropriation médicale par les traitements ; la prise en compte de la dimension psychologique et relationnelle ; la formation quand elle existe sur le problème posé. (phrase de transition)

#### - 4. Une demande en croissance et une offre de soins limités et inégalement réparti sur le territoire

En 2020, la CNAM a enregistré 1260 actes, sous la forme F 64 (transsexualisme) pour les personnes bénéficiant de l'ALD 31. D'après les données de l'ATIH, entre 2011 et 2020 le nombre de séjours a été multiplié par trois (chirurgie pelvienne et mammaire). Si on s'intéresse au secteur privé, on observe une augmentation de 10 à 18%.

Graphique : Volume de séjours en MCO par département avec code diagnostique F64 "Transexualisme" en 2020



Source : Mission à partir des données du PMSI.

En 2020, 80% du volume total d'actes est réalisé par 10 établissements.



Tableau N° 6: les dix établissements MCO ayant le plus fort volume d'actes chirurgicaux pelviens d'affirmation en 2020

rang d'activite	etablissement	nombre actes	pourcentage	cumul
1	Hopital privé Jean Mermoz	92	22%	22%
2	Assistance Publique Hôpitaux de Paris	60	15%	37%
3	Hospices civils de Lyon	60	15%	52%
4	Hôpital Foch	28	7%	58%
5	CHRU de Lille	24	6%	64%
6	CHU de Limoges	22	5%	70%
7	CHU d'Amiens	20	5%	74%
8	Hôpital privé mère enfant Natecia	12	3%	77%
9	CHU de Bordeaux	11	3%	80%
10	Clinique Capiro La Croix du Sud	8	2%	82%
11 et plus	ensemble des 36 autres établissements	74	18%	100%
Total		411	100%	

source de données ATIH

Tableau N° 6: les dix établissements MCO ayant le plus fort volume d'actes chirurgicaux pelviens d'affirmation en 2020

rang d'activite	etablissement	nombre actes	pourcentage	cumul
1	Hopital privé Jean Mermoz	92	22%	22%
2	Assistance Publique Hôpitaux de Paris	60	15%	37%
3	Hospices civils de Lyon	60	15%	52%
4	Hôpital Foch	28	7%	58%
5	CHRU de Lille	24	6%	64%
6	CHU de Limoges	22	5%	70%
7	CHU d'Amiens	20	5%	74%
8	Hôpital privé mère enfant Natecia	12	3%	77%
9	CHU de Bordeaux	11	3%	80%
10	Clinique Capiro La Croix du Sud	8	2%	82%
11 et plus	ensemble des 36 autres établissements	74	18%	100%
Total		411	100%	

source de données ATIH

Actuellement, l'offre est inégalement répartie sur le territoire et repose sur des établissements déjà en surcharge. Il suffit de regarder le délai d'attente, allant de 1 à 5 ans (selon l'hôpital) pour la prise en charge d'une vaginoplastie. Différentes solutions peuvent être mises en place, l'augmentation du nombre de lits ou la réouverture de blocs qui implique directement une augmentation du nombre de personnel.

#### **4.1 Les limitations du système juridique et le retentissement sur l'offre de soins impactant directement le mode organisationnel des hôpitaux, introduisant un flou juridique pour les pratiques hospitalières**

Les soins sur la transition sont pris en charge par l'Assurance Maladie. Il a été observé une forte croissance du nombre de bénéficiaires de l'ALD 31, au titre de la "transidentité" et du nombre d'actes chirurgicaux. L'obtention d'une prise en charge des soins par l'Assurance Maladie s'avère être un point

de difficulté, tant pour les personnes trans que pour les professionnels de santé qui les accompagnent, de part le manque de clarté et l'absence de recommandation de bonne pratique. Le défenseur des droits a signalé le défaut juridique du protocole de 1989. Il a même recommandé la modification de celui-ci concernant la prise en charge du parcours de soins des personnes trans.<sup>45</sup> Selon la CNAM en 2020, 9000 personnes étaient bénéficiaires de l'ALD dont 3300 dans l'année, soit dix fois plus qu'en 2013. 70% des détenteurs de l'ALD ont entre 18 et 35 ans. On observait une part plus importante de MtF avec aujourd'hui une proportion relativement égale des FtM. L'activité de Saint-Louis montre sur deux mois une part plus importante d'opérations chez les hommes trans. La CNAM estime que les demandes ont été multipliées par 4, durant la période de 2011-2020. Il est difficile d'établir un constat clair et précis sur la demande et l'accès aux soins de transition, étant donné que l'obtention de l'ALD n'est pas toujours demandée par les personnes trans. De plus, il n'existe pas de données sur les interventions chirurgicales réalisées à l'étranger sans prise en charge par l'Assurance Maladie. Selon la CNAM, cela représenterait la majorité<sup>46</sup>. Le cadre de prise en charge du parcours de transition repose sur deux dispositifs. Le premier dispositif est l'obtention de l'ALD 31, permettant l'exonération du ticket modérateur, sous critères de gravité et coût des soins requis auprès de sa CPAM. Les conditions d'attributions semblent variables d'une CPAM à l'autre puisque certaines demandent seulement un certificat psychiatrique, d'autres un certificat d'un médecin généraliste ou encore certaines réclament un certificat d'un médecin généraliste, d'un psychiatre et d'un endocrinologue ce qui confus pour certains praticiens hospitaliers. Le second dispositif concerne les règles de prise en charge des actes mammaires et pelviens. Là encore, les conditions de prise en charge sont floues, car régies par lettre de réseau de février 2010 (annexe VI) conditionnés sous la base du protocole de 1989. Les demandes sont effectuées des CPAM au CNAM. Entre 2012 et 2019, l'équipe médicale de la CNAM a traité 4 fois plus de demandes. Dans 2/3 à ¾ des cas elles font l'objet d'un accord. Les refus résultent de l'absence de certificat tripartite ou l'absence d'attestation du suivi de deux ans.

---

<sup>45</sup> Décision-cadre du Défenseur des droits n°2020-136 du 18 juin 2020, recommandation n°6 : « Le Défenseur des droits recommande au ministère des solidarités et de la santé de modifier le protocole de la HAS concernant la prise en charge des parcours de transition afin que les frais médicaux liés à la transidentité soient pris en charge sur l'ensemble du territoire, que ce soit le parcours de soins choisi par la personne transgenre ».

<sup>46</sup> Selon des données CNAM, en 2020 17 avis ont été donnés pour des soins réalisés à l'étranger dont 11 concernaient la Belgique et les autres l'Espagne, le Luxembourg, le Canada, la Thaïlande et l'Espagne.

Tableau 8 : Nombres d'avis favorable pour les chirurgies de féminisations et de masculinisations de 2012 à 2020

année	avis favorable pour chirurgie de		total	% chirurgie de masculinisation
	féminisation	masculinisation		
2012	51	29	80	36%
2013	67	39	106	37%
2014	88	52	140	37%
2015	81	65	146	45%
2016	101	66	167	40%
2017	120	71	191	37%
2018	128	99	227	44%
2019	194	127	321	40%
2020	226	121	347	35%

source CNAM

Cette forme de procédure de validation réalisée par la CNAM s'apparente à une entente préalable. Pourtant, la grande majorité des actes concernés ne prévoit pas d'entente préalable. En l'occurrence, la CCAM prévoit une entente préalable pour la mastoplastie bilatérale d'augmentation, avec pose d'implant prothétique (QEMA004) et la capsulotomie mammaire avec changement de loge de l'implant prothétique (QEMA001). Concernant les cinq actes spécifiques du transexualisme, soit la vaginoplastie (JZMA001 et 002) et la phalloplastie (JHMA 004, 007, 008), la CNAM précise seulement que : *« le diagnostic de transsexualisme doit avoir été fait par une équipe multidisciplinaire, après une période d'observation du patient de plusieurs années, au minimum de deux ans à ce jour. Il est recommandé que les indications soient décidées par un comité national, avec mise en place d'un suivi à long terme de cette chirurgie »*. Les conditions particulières du certificat tripartite pour accéder à certaines interventions en particulier celles non-spécifiques à la transidentité, telles que la chirurgie mammaire apparaissent comme discriminantes de part l'inégalité de traitement entre une patientèle trans et une patientèle non trans à qui ces conditions ne sont pas demandées. Le défenseur des droits a rappelé *« La production de documents supplémentaires pour les femmes transgenres par rapport aux femmes cisgenres pour une même opération chirurgicale est constitutive d'une inégalité de traitement en matière de santé et d'une discrimination à raison de l'identité de genre conformément à l'article 225-1 du code pénal »*. Le tribunal des affaires de sécurité sociale de Quimper a statué dans le même sens dans un arrêt récent concernant une mammectomie : *« seules deux conditions doivent être réunies pour que la prise en charge de la personne transsexuelles soit assurée, à savoir : [...] que soit reconnu le caractère thérapeutique des actes réalisés d'une part, que les actes pratiqués figurent sur la nomenclature générale des actes professionnels d'autre part [...] »*.

Des chirurgiens ont fait ressortir des inadaptations de la CCAM aux spécificités de la chirurgie de réassignation dans lequel certains actes ne peuvent être codés que pour l'un des deux sexes, ce qui complique le suivi des hommes transgenres qui ont changé de sexe à l'état civil, sans pour autant avoir

subi une ablation de leurs organes génitaux, mais aussi pour le suivi prostatique des femmes. Compte tenu du problème de codage, il est difficile de déterminer le nombre précis de recours à la chirurgie d'affirmation, cependant, on peut partir du constat émis par l'Assurance Maladie relatant 344 accords à des demandes d'entente préalable pour des chirurgies d'affirmation pelvienne et mammaire. Il semblerait que cette estimation soit basse car à Saint-Louis, par exemple, l'entente préalable n'était pas requise.

Les " aléas " dans les décisions de prise en charge par les différentes CPAM ou encore les lacunes de l'offre de soins compliquent l'accès aux traitements hormonaux et chirurgicaux et génèrent de l'incertitude dans les délais. Comme précité l'Hôpital Saint-Louis demande aux patients que leur dossier soit complet <sup>47</sup> avant toute validation en RCP permettant de sécuriser le parcours du patient et celui de l'hôpital concernant le remboursement. Le profil des populations étudiées lors de cette étude a pu mettre en exergue les fortes inégalités géographiques, au vue du nombre de kilomètres, que certains sont prêts à faire pour réaliser leur transition. On a également pu constater, comment le service du Professeur Mimoun s'est adapté à ce problème, en l'occurrence, la durée de séjour se voit rallongée pour que les complications soient prises en charge directement par son équipe.

#### **4.2 De nombreuses tensions sociales et juridiques persistent autour de la prise en charge des parcours de soins**

Une décision du 18 janvier 2021 par la Chambre disciplinaire de l'Ordre des Médecins d'Occitanie a condamné un psychiatre et un endocrinologue à des peines d'interdiction de la médecine de un et trois mois. La raison est le non-respect du protocole de 1989 imposant un délai de psychiatrisation de deux ans et le suivi d'une équipe pluridisciplinaire pour l'obtention d'un certificat attestant de la dysphorie de genre du patient présumé. Cette plainte a été déposée par les parents d'un jeune majeur trans (qui été également majeur au moment des faits). Cette décision a provoqué la mobilisation des associations *Fierté Montpellier Pride* et *Angel* qui ont réalisé une pétition et contestent cette décision pour plusieurs raisons. Ce jugement est jugé dangereux, dans un communiqué ces associations expliquent leur perception : *" elle ouvre la voie à de nouvelles plaintes de la part de parents refusant la transition de leurs enfants, elle fait peser un risque sur tous les médecins ne suivant pas le protocole désuet et transphobe aujourd'hui en vigueur "*. Les associations insistent sur le caractère désuet du protocole de 1989 et de la circulaire ministérielle. Elles dénoncent également l'absence de prise en considération qu'une transition est la manifestation d'un libre choix et renvoie à une suspicion de pathologie. Par ailleurs, il a été fortement critiqué dans cette affaire, le recours par la chambre

---

<sup>47</sup> rappel : un dossier complet se définit à Saint-Louis comme l'obtention d'une attestation de suivi d'un psychiatre et d'un endocrinologue comme il est requis d'après le protocole de 1989.

disciplinaire du prénom d'origine de l'individu trans concerné ayant pourtant réalisé le changement de prénom depuis novembre 2018.

## - 5. Discussion & Préconisation

### 5.1 Des axes d'amélioration à explorer dans le service de Chirurgie plastique de Saint-Louis.

L'organisation de la journée du jeudi peut être améliorée par une diminution du nombre de consultations et du nombre de patients en RCP. Cette journée se termine entre 22H30-23H30, elle est fatigante pour l'ensemble des professionnels, d'autant plus que la semaine se termine le vendredi et donc une journée complète les attends le lendemain. Par ailleurs, la durée d'attente entre les rendez-vous du jeudi est critiquée à de multiples reprises par les patients. Inès essaie de prévenir le maximum de patients concernant cette modalité. Bien que la théorie d'une salle vide soit effrayante pour les patients<sup>48</sup>, elle ne l'est pas forcément pour tous. Est-ce le prix à payer pour un service de qualité ? Est-ce la condition à l'obtention d'une prise en charge par des chirurgiens renommés ?

L'ouverture des RCP à des acteurs associatifs concernant la prise en charge du jeune patient (tout juste mineur) dans la prise de décision de validation, lors des réunions de concertation pluriprofessionnelle permettrait de confronter les différents enjeux que cette question suppose et renforcerait la qualité et sécuriserait la prise en charge de ces jeunes patients. Ce modèle innovant est effectif dans le service de pédopsychiatrie de l'Hôpital la Pitié-Salpêtrière, et permet l'intégration des associations et associations d'usagers au sein même des outils de partage et d'échange de l'équipe médicale. Il s'agirait de réfléchir à la balance bénéfice risque de cette collaboration, tant pour la dimension qualité des soins que la dimension organisationnelle. Par ailleurs, la mise en place d'un.e médiateur(ice) de façon hebdomadaire pour les patients latino-américains, ayant des difficultés pour parler la langue française améliorerait la compréhension pour les patients, des risques encourus par l'acte chirurgicale. De plus, cette médiatrice pourrait également aider les patients dans les démarches administratives hospitalières. Au sein de ce service, des axes d'amélioration peuvent aussi être proposés, s'inspirant des actions menées ailleurs: nous évoquons dans les pages suivantes, trois parmi elles, qui visent à lutter contre les inégalités territoriales et de santé

---

<sup>48</sup> Représentation et enjeux de la salle d'attente : points de vue comparés de médecins généralistes et de patients d'après une enquête qualitative, Anne Guyot, 2010. thèse disponible à l'adresse suivante : [https://www.researchgate.net/publication/323795492\\_Representation\\_et\\_enjeux\\_de\\_la\\_salle\\_d'attente\\_points\\_de\\_vue\\_comparés\\_de\\_medecins\\_generalistes\\_et\\_de\\_patients\\_d'après\\_une\\_enquete\\_qualitative](https://www.researchgate.net/publication/323795492_Representation_et_enjeux_de_la_salle_d'attente_points_de_vue_comparés_de_medecins_generalistes_et_de_patients_d'après_une_enquete_qualitative)  
*Mathilde Pezza - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2022*

## **5.2 La collaboration avec les associations et les incitations financières à la régulation de l'offre de soins.**

La loi du 24 juillet 2019, relative à l'organisation et la transformation du système de santé, introduit une notion de responsabilité collective dans l'organisation de la réponse aux besoins de santé dans les territoires. En outre, l'article L1434-10 CSP, modifié par la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 - art. 19 annonce que : « *L'ensemble des acteurs de santé d'un territoire est responsable de l'amélioration de la santé de la population de ce territoire ainsi que de la prise en charge optimale des patients de ce territoire* ». L'organisation territoriale du système de santé constitue le vecteur commun de déploiement de ces différentes initiatives. Nous pouvons également évoquer que la loi de modernisation du 26 janvier 2016 a prévu différentes démarches - projet, à l'initiative des acteurs ou pilotées par les ARS, qui toutes contribuent à faire évoluer l'offre en santé au service des parcours, de la qualité et de la sécurité des prises en charge et de la réduction des inégalités territoriales de santé, tel que les Équipes de Soins Primaires (ESP), les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), le Pacte Territoire-Santé, le Projet Régional de Santé (PRS). Il faudrait donc renforcer les outils déjà instaurés et mis à notre disposition, ce qui signifie de compléter les équipes de soins primaires, les CPTS (communautés pluriprofessionnelles de santé), les maisons de santé, les maisons de santé pluriprofessionnel et les centres de santé par des professionnels de santé, nécessaires à la prise en charge et aux parcours des populations transgenres (psychiatre et endocrinologue). L'utilisation d'instruments déjà présent, comme le renouvellement des Contrat Territorial de Santé (CTS) pour les EPS et CPTS (défini par l'article L1434-13 du code de la santé publique et modifié par la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019, article 22). Il faut introduire cette logique au sein même des projets et des contrats. Un guide à destination des fonctions RH et managériale a été mis au point par l'autre Cercle et l'ANDRH, rédigé par une équipe pluridisciplinaire (une avocate en droit social, de médecins du travail et de spécialistes de l'inclusion et des ressources humaines). L'objectif est de rendre bienveillant et respectueux l'environnement de travail et l'entourage professionnel d'une personne transgenre, lors de sa transition. Soutenu par la DILCRAH (Délégation Interministérielle à la Lutte contre le Racisme, l'Antisémitisme et la Haine anti-LGBT) cet outil a pour but de permettre aux personnes en transition de ne pas s'éloigner du collectif de travail et de l'entreprise et de permettre aux fonctions managériales de disposer du bon lexique, de savoir adopter l'attitude adéquate, de savoir comment agir en association, avec le ou la collaboratrice en transition, d'être capable de garantir sa protection et d'accompagner les équipes. Un autre exemple de méthode managériale à été mis en place dans une revue médicale suisse en 2020 et soumet un exemple de communication médicale trans-affirmative, lors d'une consultation avec un médecin de premier recours (annexe tableau V ). La place du médecin

de premier recours, des endocrinologues, des psychiatres ou parfois des chirurgiens est centrale dans la prise en charge des patients trans,<sup>49</sup> car c'est souvent auprès d'eux que sont soulevés les premiers questionnements et les différents enjeux autour de l'identité de genre. Leur rôle est d'accueillir, de soutenir et d'accompagner les patients tout en informant des possibilités de prises en charge et en soutenant le patient et leur famille sur les impacts relationnels, émotionnels que constitue cette prise en charge. L'association *Acceptess-T* travaille en partenariat avec le SMIT (Service de Maladie Infectieuse et Tropicale) de l'hôpital Bichat, depuis 2010. Des médiatrices paires de l'association accompagnent les patient.e.s et assurent une permanence hebdomadaire au sein même du service. Le CeGIDD de l'hôpital Bichat mène une action en dehors de l'hôpital avec une permanence hebdomadaire pour les primo-prescription de la Prep (Prophylaxie de pré exposition, traitement empêchant l'infection par le virus du SIDA) réalisée par un médecin infectiologue qui a permis de réduire de façon conséquente, le délai de prise en charge et d'accès aux traitements. Le nombre de femmes trans suivies pour Prep a augmenté de 60% en 2021, au sein du CeGIDD de l'hôpital Bichat. De plus en plus, des associations travaillent au sein de structures hospitalières pour renforcer et préserver l'accès à la santé, notamment à Marseille<sup>50</sup> ou encore à Nancy<sup>51</sup>. Le CHU de Nancy a instauré un outil éducatif en ligne intégré dans la journée d'hospitalisation et/ou consultation dans le service d'Endocrinologie, dans le cadre du suivi habituel pour informer et impliquer les personnes transgenres et leur entourage dans la prise en charge. Cette démarche éducative s'effectue par des podcasts éducatifs permettant de sensibiliser le grand public, de faciliter l'accès aux soins pour cette population et de renforcer les mesures éducatives à la bonne conduite thérapeutique et la collaboration Hôpital - Ville. Des Podcasts, nommé le " e-learning", aborde les thèmes du parcours des soins, de la bonne conduite médicamenteuse et de la surveillance du traitement hormonal afin d'améliorer le parcours des soins, responsabiliser les usagers et lutter contre l'auto-médication. Ils ciblent les professionnels de santé en établissement de soin ou en ville (pharmaciens, orthophonistes, psychologues ), les professionnels travaillant dans le domaine scolaire ou universitaire et plus largement, le grand public.

La liberté d'installation des médecins provoque de nombreux déserts médicaux, malgré les incitations de l'Etat et des élus de terrain pour les attirer (mise à disposition de locaux par les communes, pour 1 euro symbolique). Le gouvernement adopte une vision incitative "convaincre plutôt que contraindre"

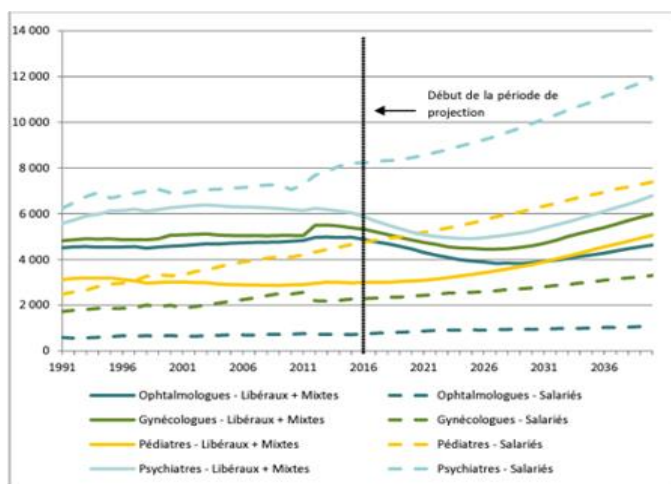
---

<sup>49</sup> Dans ce texte, j'emploie le terme "trans" au sens générique, comme c'est le cas en anglais pour transgender

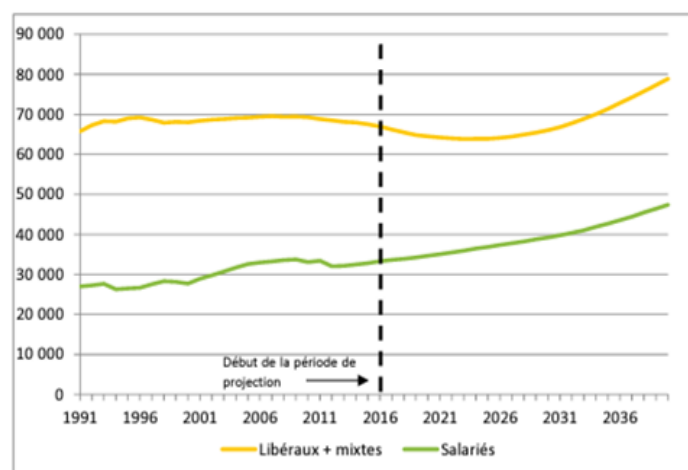
<sup>50</sup> Projet TRANS'POSE - Accompagnement des personnes transidentitaires en voie de changement de sexe - Bouches du Rhône - OSCARS : Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé [Internet]. [cité 18 août 2022]. Disponibles sur: <https://www.oscarsante.org/provence-alpes-cote-d-azur/action/detail/15921>

<sup>51</sup> Pour répondre aux mieux aux besoins des personnes transgenres - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. [cité 15 août 2022]. Disponibles sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/bonnes-pratiques-en-region/grand-est/article/pour-repondre-aux-mieux-aux-besoins-des-personnes-transgenres-428777>

à travers différents instruments financiers, tels que les contrats d'incitations financières. Il faut espérer que ces solutions soient en mesure de convaincre les médecins de s'installer dans les villes ou communes en déficit, car ce phénomène accentue gravement la prise en charge des personnes trans. L'inégalité de répartition des médecins sur le territoire est un dilemme faisant partie des objectifs de la politique nationale.



**Graphique : Evolution des effectifs de médecins spécialiste en accès direct par mode d'exercice**



**Graphique : Evolution des effectifs de médecins généralistes par mode d'exercice**

### 5.3 Le développement de la télémédecine pour le suivi diagnostique, le suivi du traitement hormonal en passant par le post-opératoire

La télémédecine inscrit dans le droit commun 5 actes de la télémédecine, la téléconsultation, la téléexpertise, la télésurveillance médicale et la régulation médicale. La « télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication », Art.L6316-1 du Code la Santé Publique/(article 78 de la loi Hôpital Patient Santé et territoire loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 ). « *La télémédecine permet, entre autres, d'effectuer des actes médicaux dans le strict respect des règles de déontologie mais à distance, sous le contrôle et la responsabilité d'un médecin en contact avec le patient par des moyens de communication appropriés à la réalisation de l'acte médical* », loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Elle permet de joindre des patients avec un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, si nécessaire, d'autres professionnels de santé. Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients. Le télésoin définie par l'article 6316-1 du code de la santé publique ( la loi du 24



juillet 2019) est une pratique de soin à distance permettant de faciliter la liaison d'un patient avec divers professionnels de santé tels que des pharmaciens ou auxiliaires médicaux. Les activités de soins font l'objet d'avis par la HAS et encadré par décret. Cette valorisation de la technologie informatique permettrait de pallier aux enjeux géographique d'inégalité de l'offre sur le territoire. Elle provoquerait une réduction des délais et des déplacements dans les métropoles pour les patients transgenres et faciliterait la prise en charge et le suivi des traitements hormonaux. C'est un moyen de pallier aux différents freins d'accès aux soins pour ces populations. Notons que la télémedecine s'est considérablement développée, 1000 actes ont été enregistrés en 2015 et plus d'un million en 2020.

#### **5.4 L'inclusion des patients dans les essais cliniques pour limiter l'automédication et connaître les risques à long terme.**

La valorisation des populations trans dans les essais cliniques, notamment pour les traitements hormonaux s'avèrent être un enjeu majeur pour connaître l'ensemble des effets secondaires et des impacts des traitements hormonaux à long terme. Cela pourrait aussi permettre à terme que ces traitements soient pris en charge par la sécurité sociale, car ils ne sont pas remboursés actuellement en l'absence d'ALD, dû à la mention "hors AMM" sur les ordonnances de traitements. Le caractère hors AMM favorise les dérives de l'automédication. Cela signifie que l'utilisation de ce traitement est déviée de sa principale utilisation. Les laboratoires pharmaceutiques n'ont pas inclus les personnes trans comme population concernée par ces traitements hormonaux dans leurs dossiers de demandes d'AMM (Autorisation de Mise sur le Marché). Cette mention signifie que le traitement est détourné de son "but" initial et explique qu'il ne soit pas solvable par l'assurance maladie. La HAS a mentionné dans son rapport de 2020 : " Sexe, genre et Santé" l'absence d'étude clinique et sa volonté d'en mettre en place. Cette prise en compte par la Haute Autorité de Santé est significative et doit être relayée durant les Commissions de Transparence, sur l'Utilisation des Médicaments, car ces rapports émis durant les commissions sont utilisés par l'assurance maladie pour déterminer le prix et le taux de remboursement d'un médicament. Le développement des recherches cliniques concernant les soins de transition, l'élaboration de travaux sur les déterminants de la santé et l'inclusion et le financement de la problématique trans à des thèmes de recherche permettraient une meilleure compréhension et une amélioration des soins de par une meilleure connaissance scientifique. Le financement de la recherche est effectué par dotation appelé les MIGAC, le contexte actuel de l'Ukraine et l'inflation des MIGAC ces dernières années complexifie la gestion de ces crédits et est « source de lourdeur », sans compter la justification très souvent « insuffisante » des financements accordés, d'où la nécessité d'associer des experts tel que les associations dans les projets régionaux et territoriaux en soutenant financièrement les études et projets qu'ils réalisent.

## **5.5 Former les carabins et introduire une formation plus approfondies pour les spécialistes et s'équiper d'outils**

La problématique du manque de formation des professionnels de santé est citée à de nombreuses reprises dans les rapports nationaux et surtout par les patients. Il faut intégrer dans la formation initiale des professionnels de santé les questions relatives à la santé des populations trans et notamment sur les risques accrues pour certaines pathologies, telles que la dépression, l'anxiété, les pathologies cardiovasculaires etc. Il convient également d'inclure les formations continues 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. Comme nous avons pu le voir dans les paragraphes précédents, une collaboration entre les associations et les hôpitaux permet de former et d'informer les médecins hospitaliers sur les enjeux de leur territoire et de renforcer le réseau ville-hôpital. Cette instruction doit s'étendre aux médecins libéraux qui ont la possibilité de prendre en charge cette population. Ils seraient judicieux de former les spécialistes tels que les gynécologues, les urologues, les psychiatres et les endocrinologues à ce sujet pour limiter les situations de discrimination, de mégenrage ou de maladresse. Cela nous amène à nous interroger sur les médecins libéraux qui exercent à ce jour. La mise en place de recommandation et guide de bonne pratique à destination de ces médecins pourrait leur permettre d'obtenir des clés pour améliorer leur prise en charge. Par exemple par l'installation d'un outil valorisant et sécurisant la relation médecin-malade, par un guide méthodologique pour l'ensemble des professionnels de santé travaillant ou ayant la possibilité d'être en contact avec la population transgenre. Un outil de langage, un tronc commun pour les professionnels para-médicaux qui consisterait à demander: comment voulez-vous qu'on vous appelle ? Quel pronom souhaitez-vous que nous utilisions ? Une référence utilisant le langage et la communication comme fil conducteur d'une relation médecin patient et professionnel permettant d'aborder les questions délicates dans le respect de sa dignité, de sa vie privée et de son intimité pour les patients. Par exemple, la première question qu'un médecin doit poser aux patients est : Comment allez-vous ? L'objectif est de déconstruire les idées reçues que peuvent avoir les patients et de rétablir une posture de bienveillance et de positivité dès le début de chaque consultation.

## **5.6 Mettre à jour les recommandations, actualiser le protocole de 1989 sur des réels bases juridiques et créer un guide de bonnes pratiques**

Le protocole de 1989 n'ayant aucune valeur juridique est perçu comme obsolète par la sphère médicale et associative. Celui-ci doit impérativement être supprimé ou à minima être réactualisé. L'hétérogénéité dans le traitement des demandes de dossier ne permet pas d'obtenir un cadre clair que ce soit pour les patients ou les médecins. Ainsi, la transparence sur les directives de la CNAM et la CPAM permettrait une gestion homogène et réduirait les inégalités de traitement. Cette demande fût

d'ailleurs réalisé à l'échelle européenne sous l'objet d'une requête réalisé par le commissaire aux Droits de l'Homme, Monsieur Thomas Hammarberg en 2009<sup>52</sup>. La nouvelle génération a mis en exergue dans le sondage à cette volonté de prendre en charge la transidentité et d'exercer dans le respect de l'être humain.

- *Quels sont les enjeux économiques ?*

La discrimination des personnes transgenre entraîne des retentissement économiques, sociaux et sociétaux considérables. En effet, celle-ci a pour conséquence : de freiner le développement économique de part un affaissement de l'investissement dans le capital humain, du fait du harcèlement scolaire dont sont victime les personnes trans qui provoque un faible rendement de cet investissement sur le marché du travail en excluant les talents. Tout cela érode les finances publiques du budget alloués aux services sociaux et de santé pour corriger les conséquences de la marginalisation des personnes transgenre. La perte d'emplois chez les personnes trans est une réalité. Il faut annihiler les discriminations liées à la transidentité et favoriser l'inclusion de ces populations dans notre société.

- **5.7 De nombreuses tensions déontologiques et éthiques : des refus des ententes préalables à place de l'utilisateur transgenre dans le soin en passant par la dépsychiatisation**

Le refus des ententes préalables lors de la validation du médecin conseil national est souvent justifié par l'article 41 du Code de Santé Publique R.4127-41 qui déclare qu'« aucune intervention mutilante ne peut être pratiquée sans motif médical très sérieux ». Les modifications corporelles associées à une vision mutilante crée de fait une vision pathologisante et interrogent sur le respect et l'intégrité du corps humain. Cependant, les individus souffrant de dysphorie de genre ne sont pas automatiquement pathologiques et ces opérations apparaissent pour certaines personnes transgenre nécessaire à leur bien être voir de la survie. Les associations militantes rappellent dans leurs communiqués l'arrêt Van Kück de la Cour Européenne des Droits de l'Homme : le droit à l'identité sexuelle et à l'épanouissement personnel est un aspect fondamental du droit au respect de sa vie privée”.

---

<sup>52</sup> Thomas Hammarberg a produit 12 recommandations aux États membres et la cinquième demandait de rendre accessible les soins liés aux procédures de transition, et d'en " garantir le remboursement par le régime public d'assurance maladie". Hammarberg T. Droits de l'homme et identité de genre [Internet]. Conseil de l'Europe - Commission des droits de l'Homme; 2009 juill [cité 18 janv 2020]. Disponible sur: <https://rm.coe.int/16806da5d0>  
*Mathilde Pezza - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2022*

Le respect de la privé et la dignité du patient peut être altéré par un défaut d'attention, une incapacité d'envisager le patient dans sa globalité et sa singularité<sup>53</sup> ou de ne pas tenir compte des comportements associés aux genres. Cela constitue indéniablement un facteur de risque d'une mauvaise relation avec les patients et un risque de défiance pour ceux déjà en tension avec le système de santé. L'approche centrée sur le patient est aujourd'hui valorisée par les pouvoirs publics. La nécessité d'une prise en charge globale est prouvée scientifiquement.<sup>54 55 56</sup> Pourtant ces aspects sont peu mis en avant que ce soit dans la prise en charge des patients transgenre, dans leur inclusion dans les essais clinique ou études ou encore dans le parcours des professionnels. L'absence d'intégration des éléments précités constitue un frein à leur diffusion et ne permet pas de limiter les stéréotypes de genre face au patient. La nécessité d'une inclusion sociétale et de l'inclusion du genre tarde à faire partie des enseignements et se retrouve dans l'absence de travaux en sciences sociales notamment concernant le travail social et apparaît même comme un déni sur cette question<sup>57 58</sup>. Bien qu'il existe aujourd'hui des formations introduisant la question du genre, ces initiatives restent ponctuelles et isolées.

La dépsychiatisation a été abordé pour la première fois par le gouvernement lors du rapport : " relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes transgenre". Ce débat houleux depuis plusieurs années est revendiqué par les associations militantes et par les standards de soins de la World Professional Association for Transgender Health (WPATH) dans leurs dernières versions prenant acte de cette "dépsychopathologisation" en mettant l'accent sur la participation active des patients et aux décisions qui les concernent. A la base, la psychiatrie est utilisée pour classifier le "normal" et le pathologique. Donc, si la dysphorie de genre est catégorisée et classifiée en tant que maladie, elle n'est pas "la norme" et stigmatise ces populations. Le vécu des patients face au poids de la normalisation sur ces patients et le contrôle des médecins qui possèdent une forme de pouvoir sur le parcours de transition doit instaurer une volonté de déconstruire la mise en place actuelle en

---

<sup>53</sup> Canguilhem, Le normal et le pathologique, 2013

<sup>54</sup> Colombier L. La qualité d'écoute des médecins généralistes : étude qualitative de l'opinion des patients dans le département du Cher [thèse : doctorat en médecine]. Tours: Faculté de médecine; 2017. [http://memoires.scd.univ-tours.fr/Medecine/Theses/2017\\_Medecine\\_ColombierLuc.pdf](http://memoires.scd.univ-tours.fr/Medecine/Theses/2017_Medecine_ColombierLuc.pdf)

<sup>55</sup> Fu S. Étude qualitative sur les impacts d'une formation à l'écoute active pour des médecins généralistes [thèse : doctorat en médecine]. Le Kremlin-Bicêtre: Université Paris Sud; 2019. [http://www.sfm.org/data/generateur/generateur\\_fiche/1435/fichier\\_the768se\\_ecoute\\_active-fu-20199737e.pdf](http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/1435/fichier_the768se_ecoute_active-fu-20199737e.pdf)

<sup>56</sup> Laplante A. L'écoute en médecine générale. L'adaptation à la médecine générale de techniques d'apprentissage de l'écoute importées d'autres domaines [Thèse : doctorat en médecine. Spécialité : médecine générale. Paris: faculté de médecine Pierre et Marie Curie; 2011. [http://cmge-upmc.org/IMG/pdf/these\\_laplante.pdf](http://cmge-upmc.org/IMG/pdf/these_laplante.pdf)

<sup>57</sup> Bessin M, Vachon J. « Il y a un déni sur la question du genre dans le travail social » [en ligne] 2017. <https://www.ash.tm.fr/hebdo/2708/rencontre/il-y-a-un-deni-sur-la-question-dugendre-dans-le-travail-social-377858.php>

<sup>58</sup>Rapport : " Genre et renouveau du travail social", Cah Stratégie et Prospective 2014, Direction générale de la cohésion sociale

dépsychopathologisant. La dépsychopathologisation permet de rentrer dans la norme en tant que variante de genre parmi le continuum du spectre de genre. La dépsychopathologisation de la transidentité ne signifie pas démedicaliser, car le parcours nécessite des soins et un accompagnement psychologique. Le besoin d'un accompagnement psychologique ne signifie pas qu'ils ont une maladie mentale, ils ont besoin de faire un travail sur la déconstruction des normes qui les font souffrir et de constamment douter d'eux-mêmes. La nécessité d'un justificatif pour obtenir ce qu'ils souhaitent, biaise la relation médecin-malade. Il est plus facile de faire un travail avec une personne quand elle n'est pas contrainte à consulter. Le gouvernement a mis en place un protocole qui s'apparente à du paternalisme médical protocolaire. Le plus éthique est de laisser le choix au patient en le responsabilisant, ce sera son choix individuel et personnel. Toute personne ayant des informations claires sera plus à même de faire le meilleur choix pour lui. Le parcours est long, l'acheminement d'un parcours nécessite une réflexion étendue et laborieuse, impliquant beaucoup d'émotions.

- *Un accès aux soins limités par des facteurs de vulnérabilité intrinsèques à l'environnement du patient*

Des facteurs de vulnérabilités externes, tels que le manque de soutien de la famille, des amis ou encore la perte du travail sont des éléments qui impactent directement l'acheminement et le parcours de transition des patients. Le manque de soutien a également été associé à des antécédents de détransition et l'augmentation de la tendance suicidaire<sup>59</sup>. Les psychiatres et psychologues de santé doivent prendre en compte l'environnement du patient dans le but d'intervenir sur l'environnement social des patients notamment au niveau familial pour aider à diminuer ce risque. Le développement des thérapies familiales est mis en place à Saint-Louis, lors des consultations avec le psychiatre et le psychologue. Travailler sur l'environnement du patient est primordial pour créer un cadre sécurisant, protecteur et rassurant. Ce critère favorise la validation d'un acte chirurgical, si l'environnement du patient a réussi à être apaisé. Nous pourrions nous interroger sur la mise en place d'une tierce personne au sein des Hôpitaux n'ayant pas cette ressource au sein de leur structure, en vue des inégalités de répartition de l'offre des professionnels de santé pour tenter de modifier l'environnement des patients, vers un environnement bienveillant et sécurisant. Cette personne peut être un pair provenant d'une association, un aidant, un psychologue spécialisé dans le domaine.

---

<sup>59</sup> Travers R, Bauer G, Pyne J, et al.: Impacts of strong parental support for trans youth: A report prepared for Children's Aid Society of Toronto and Delisle Youth Services. Toronto: Trans Pulse Project, 2012.

## - **Limites de cette enquête**

Malgré une grande richesse, il existe de nombreuses limites à l'exploitation du SNDS. Les difficultés juridiques d'accès rendent complexe l'utilisation « maquis juridico-institutionnel ». Par ailleurs, le volume de la base ou les maintenances fréquentes traduisent la technicité de l'accès et nécessitent des moyens spécialisés, se traduisant par un besoin d'expertise. Par ailleurs, on peut constater des limites dans les données disponibles, par exemple, les données cliniques et les données socio-économiques sont pauvres. De plus, ces outils donnent des informations uniquement sur les soins remboursés par l'Assurance maladie donc des médicaments délivrés mais ne permettent pas d'avoir une vision sur les médicaments non consommés. En outre, les informations sur les soins réalisés par les psychologues ne sont pas référencées comme l'accès aux médicaments non remboursés et donc sur l'automédication.

L'EDP géré par l'institut national de la statistique et des études économiques propose une base de l'échantillon démographique permanent appariée aux données de consommation de soins. Il m'a paru intéressant d'utiliser cet outil pour obtenir des informations sur l'état de la population, notamment de leurs revenus. Cependant, l'accès a été impossible, en vue de la collaboration nécessaire et restreinte avec le ministère de la santé conformément au RGPD et à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique. Les statistiques annuelles des établissements (SAE) ont été perturbées par le COVID impliquant des données « anciennes » ne me permettant de connaître le nombre exact d'opérations pelvienne et mammaire en 2021 (d'où l'utilisation des données référées au rapport relatif à la santé et aux parcours des personnes transgenres).

Concernant le sondage réalisé auprès des étudiants en médecine, de nombreux biais peuvent être explicités. La formulation de la question peut être mal interprétée ou mal comprise, ce qui peut limiter la justesse de certaines réponses. De plus, l'utilisation de paragraphes, comme réponses et non l'utilisation de réponses binaires (oui/non) a obligé l'utilisation d'indicateurs et de paramètres jugeant une réponse comme oui ou comme non. Par ailleurs, le biais de mémoire constitue le fait d'oublier certaines informations, il est possible que ce biais soit présent sur un échantillon de 171 personnes. (limites enquêtes qualitatives à développer). Cette approche permet la prise en compte de l'identité de genre et sexuée dans les études de médecine en France faute de littérature à ce sujet. Ce sondage a obtenu plus de 3000 réponses, mais n'en a sélectionné que 171, due à un manque de temps. Ainsi, cette enquête ne prétend ni à la représentativité, ni à l'exhaustivité de par le biais de sélections utilisées. La sélection des réponses a été faite de par la longueur des réponses. Je n'ai utilisé que les commentaires des personnes, ayant pris le temps de répondre. Les textes étant plus longs, le contenu était plus intéressant que des réponses binaires. En revanche, les réponses binaires ont été utilisées

pour établir les statistiques. Il aurait été intéressant d'analyser les réponses binaires en fonction du genre afin de déterminer si les femmes ont plus répondu oui ou non, à telle ou telle question, malheureusement le questionnaire étant anonyme ce paramètre n'a pu être étudié.

Le manque de temps, concernant l'évaluation de l'ensemble des réponses utilisées dans le sondage, s'explique également par le vol de mon ordinateur, un mois avant le rendu du mémoire, m'obligeant à analyser une partie des réponses. Initialement, je voulais faire un comparatif avec les pratiques observées à Saint-Louis et les pratiques réalisées dans les autres hôpitaux parisiens. La raison des données manquantes, concernant 40 patients, s'explique par la perte de ces dernières. Une étude comparative sur les hôpitaux internationaux aurait été judicieux. Encore une fois, le fait de recommencer le mémoire n'a pas permis de faire ces comparaisons.

Par ailleurs, j'ai conscience que ma vision du service de Saint-Louis et notamment son analyse a été partiellement biaisée et influencée par l'estime et la considération que j'apporte à cette équipe médicale, en particulier au Professeur Mimoun. La nécessité de la neutralité d'une étude est primordiale pour garder son objectivité, car l'inverse parasite l'analyse et fait place à la subjectivité.

## - Conclusion

La politique de santé et la stratégie nationale de santé relèvent de la responsabilité de l'État. La politique de santé est structurée autour de la déclinaison d'une "stratégie nationale de santé (SNS)" inscrite dans la loi de modernisation de notre système de santé et définie par le gouvernement par le décret du 29 décembre 2017. La création de la SNS marque une inversion du système de santé par le passage d'une logique institutionnelle de l'organisation du système de santé par l'offre à la construction d'une réponse aux besoins de santé. La SNS comprend 4 axes dont : " la lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé", "Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé" et "l'Innovation : innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des usagers". La politique de santé mise en place et le dernier rapport du ministère des affaires sociales de 2022 laisse penser que les prochaines années seront débarrassées du sceau de la pathologisation de la transidentité et de sa stigmatisation et substitué par la dépsychiatisation et l'autodétermination du malade. La logique impliquerait la suppression, voire l'actualisation du protocole de 1989. Pour autant, l'histoire de la législation sur la transidentité semble parfois faire des avancées pour finalement reculer ou stagner. Un réseau ville-hôpital entre les associations se crée, les territoires de santé s'organisent également, ce qui démontre la prise de conscience et l'investissement des collectivités territoriales et régionales pour répondre aux enjeux de cette population. Comme nous avons pu le voir, l'accès aux soins est limité par une offre inégalement répartie sur le territoire. Le manque de formation des professionnels de santé, les maladresses et les discriminations que subissent cette population impactent directement l'accessibilité aux soins et favorisent le non recours. Les problématiques du système renforcent les facteurs de vulnérabilités chez ses populations. De plus, la complexité du parcours de transition, la discrimination et l'indigence de ces populations sont des facteurs externes perturbant directement le recours aux soins.

L'intégration de la problématique transidentitaire dans la recherche d'amélioration de la formation des professionnels de santé (jusqu'à la politique publique nationale, régionale et territoriale) favorise l'émergence de pratiques plus respectueuses et augmente la sécurité du parcours de soins. L'insertion de cette thématique et le renforcement des outils et instruments du premier et deuxièmes recours, tels que les CPTS, les centres de santé, les maisons de santé, les équipes de soins mobiles et les MSP déjà présents permettraient d'assurer une meilleure coordination de leur action et ainsi concourir à la structuration des parcours de santé. D'où la nécessité de sensibiliser les professionnels de santé à cet enjeu en coordination avec les acteurs gouvernementaux, régionaux et territoriaux. Le Plan national d'action pour l'égalité, instauré le 14 octobre 2020, doit inclure les enjeux précités dans le Projet



Régionale de Santé (PRS) en instaurant le soutien des ARS dans l'élaboration de formation « Sentinelle » impliquant les associations trans et les acteurs de la santé trans. Ce qui permettrait d'être en accord avec la loi LMSS et la LOTSS du 24 juillet 2019 (article L1432-1 du CSP modifié par LOI n°2019-774 du 24 juillet 2019, article 61) ayant comme objectif de rendre compte d'actions précises de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé, notamment à l'égard des personnes en situation de vulnérabilité ou de précarité sociale, dans le cadre du PRAPS. La contribution de ces populations et du travail par paire au sein des institutions et des politiques gouvernementales permettent une meilleure compréhension des différentes approches et favorise une vision inclusive de ces populations. La révolution numérique semble aussi être une solution pour abolir les distances et répondre à la précarisation médicale rencontrée.

Nous avons également pu constater que la mise en place de démarches inclusives à travers l'analyse du service de Chirurgie plastique du Professeur Mimoun favorise une prise en charge de qualité. Cela permet entre autres un suivi complet du patient au niveau social, médical et chirurgical. Par exemple, l'inclusion d'une secrétaire trans permet de rassurer les patients qui se confient plus aisément, se sentent plus légitime à demander des renseignements et peuvent se projeter avec plus de facilité. C'est un point fondamental pour cette patientèle qui subit des discriminations et qui peut être isolée socialement. L'écoute est le maître mot de l'équipe. Le service propose une vision holistique du soin. Le patient est pris en charge dans sa globalité par la mise en place des consultations, avec divers professionnels de santé. De plus, des temps de parole ont été instaurés dans le service pour assurer le bien-être des soignants et améliorer leur qualité de vie. Chacun y est libre de parler de ses expériences, des situations qu'il a vécu, ce qui permet un transfert de connaissances plus efficace et améliore la prise en charge par les équipes soignantes. De plus, le service est composé d'une équipe d'experts dans le domaine de la transidentité. De nombreux professionnels ont une formation ou une expérience antérieure poussée. A cela s'ajoute une organisation minutieusement orchestrée en adéquation avec d'autres services comme celui du Professeur Mebazza. L'objectif du service a été de relier deux types de spécialités : la chirurgie plastique et reconstructrice afin que la prise en charge des patients trans ne soit pas sectorisée. C'est un service multidisciplinaire qui favorise la collaboration et l'entraide dans le seul but de soigner. Mais pour pouvoir soigner ses patients, il faut être formé et la formation du professeur Mimoun attise la curiosité de nombreux internes qui viennent réaliser leur stage au sein de ce service. Cette formation est axée sur la chirurgie esthétique, plastique, reconstructrice et sur le traitement des brûlés. Un recrutement de professionnels spécialisés dans leur domaine est effectué afin de garantir une prise en charge de qualité. Le retour des patients concernant le service de Chirurgie plastique de Saint-Louis sont globalement très positifs, bien que certains n'apprécient pas le délai d'attente concernant la journée du jeudi, jugée chronophage par le grand nombre de consultations qui

s'enchaînent. L'ensemble des enquêtés affirme être respecté et écouté ce qui est un axe majeur pour cette population trop souvent victime de discriminations. L'immersion dans ce service a également permis de faire émerger des critères de qualité dont nous pouvons citer quelques exemples. On trouve notamment le respect dont fait preuve l'équipe médicale, la disponibilité et la réactivité des médecins, l'écoute à toutes les étapes du parcours, l'accessibilité à une prise en charge complète et l'organisation du service qui facilite le processus. Ces différents points peuvent faire office d'axes d'amélioration dans les autres services réalisant ce type de prise en charge. Le service de Saint-Louis peut être considéré comme une référence à l'échelle nationale et doit inspirer à maintenir son niveau d'expertise, voire l'améliorer. Mais ces résultats ne peuvent être obtenus que par un travail important. Il faut mettre en avant les sacrifices réalisés dans ces corps de métier afin de garantir une prise en charge optimale, un suivi régulier et le bien être des patients. Cela nécessite également des moyens importants qui peuvent ne pas être disponibles dans certaines régions. Ainsi, la prise en charge doit être encore améliorée pour répondre à la définition de la santé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : " état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité". Cependant, le service de l'hôpital Saint-Louis en mettant le patient à la première place et en s'attachant à son bien être mental et physique est aujourd'hui un leader dans la prise en charge des patients transidentitaires.

Aujourd'hui, les patients transidentitaires cristallisent l'importance de l'éthique médicale. Le soin ne peut être apporté que si les intentions sont bonnes. Cela a fait émerger dans le monde anglo-saxon les notions de cure et care. Cure est défini comme le fait de soigner une maladie et care comme l'attention, la sollicitude que l'on porte au malade. Les deux sont importants et devraient être retrouvés dans toutes prise en charge. Dans le cas où le care n'est pas présent, la relation soignant-patient atteint ses limites intellectuelles et morales. Il n'est pas possible de réaliser une prise en charge satisfaisante des patients transidentitaires avec des idées limitantes ou dénigrantes. On ne soigne jamais seulement un corps, on soigne un individu avec sa complexité, sa différence et sa sensibilité.

---

## - Bibliographie

---

- 10 recommandations pour faire valoir les droits des personnes transgenres. (2020, juin 26). Défenseur des Droits. <https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/actualites/2020/06/10-recommandations-pour-faire-valoir-les-droits-des-personnes-transgenres>
- A Montpellier, un cas grave de pression anti Trans. (2021, février 4). Le Poing. <https://lepoing.net/a-montpellier-un-cas-grave-de-pression-anti-trans/>
- Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps – L’Académie nationale de médecine a pour missions de répondre au Gouvernement sur la santé publique, de contribuer aux progrès de l’art de guérir et de promouvoir la médecine française. (s. d.). Consulté 5 août 2022, à l’adresse [https://www.academie-medecine.fr/?sfid=1000033776&sf\\_s=transidentit%C3%A9](https://www.academie-medecine.fr/?sfid=1000033776&sf_s=transidentit%C3%A9)
- Alessandrin, A., Gallarda, T., & Bouchard, J.-P. (2019). Transidentités et changement de sexe : Le point de vue du sociologue - le rôle du psychiatre. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02290302>
- Alessandrin, Arnaud. (2016). La transphobie en France : Insuffisance du droit et expériences de discrimination | Cairn.info. Cairn. <https://www.cairn.info/revue-cahiers-du-genre-2016-1-page-193.htm?contenu=resume>
- APMnews—Parcours de soins des personnes transgenres : « dépsychiatriser » et laisser place à l’autodétermination (rapport). (s. d.). Consulté 19 août 2022, à l’adresse <https://www.apmnews.com/depeche/183072/380022/parcours-de-soins-des-personnes-transgenres-depsychiatriser-et-laisser-place-a-l-autodetermination-%28rapport%29>
- Enquête Chrysalide ‘Santé Trans 2011’—Chrysalide. (s. d.). Consulté 4 août 2022, à l’adresse <https://chrysalide-asso.fr/nos-documents/enquete-chrysalide-sante-trans-2011/>
- Fiche 2 : Le refus de soins par un professionnel de santé—Ministère de la Santé et de la Prévention. (s. d.). Consulté 18 août 2022, à l’adresse <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/modeles-et-documents/guide-usagers-votre-sante-vos-droits/article/fiche-2-le-refus-de-soins-par-un-professionnel-de-sante>
- Haute Autorité de Santé—Commission de la Transparence. (s. d.). Consulté 19 août 2022, à l’adresse [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_412210/fr/commission-de-la-transparence](https://www.has-sante.fr/jcms/c_412210/fr/commission-de-la-transparence)
- Journée recherche et santé : Sexe et genre dans les recherches en santé, une articulation innovante · Inserm, La science pour la santé. (s. d.). Inserm. Consulté 7 août 2022, à l’adresse *Mathilde Pezza - Mémoire de l’Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2022*

<https://www.inserm.fr/seminaire/journee-recherche-et-sante-sexe-et-genre-dans-recherches-en-sante-articulation-innovante-2/>

- Le care, le caring, le cure et le soignant | Cairn.info. (s. d.). Consulté 20 août 2022, à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2015-3-page-77.htm>
- Les atteintes " anti-LGBT+ " enregistrées par les forces de sécurité en 2021. (s. d.). Ministère de l'Intérieur. Consulté 4 août 2022, à l'adresse <http://www.interieur.gouv.fr/actualites/communiques/atteintes-anti-lgbt-enregistrees-par-forces-de-securite-en-2021>
- Les transgenres et leur histoire. (2016, février 4). L'identité de genre. <https://tpeidentitegenre.wordpress.com/les-transgenres-et-leur-histoire/>
- Marc REVOL : Chirurgie, médecine et société, le transsexualisme. (s. d.). Consulté 5 août 2022, à l'adresse <https://vimeo.com/95724122>
- Ministères de la santé. (s. d.). Que faire en cas de refus de soins de la part d'un professionnel de santé ? - Ministère de la Santé et de la Prévention. Consulté 18 août 2022, à l'adresse <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/liberte-de-choix-et-acces-aux-soins/article/que-faire-en-cas-de-refus-de-soins-de-la-part-d-un-professionnel-de-sante>
- Ministères de la santé. (2019). Identitovigilance—Ministère de la Santé et de la Prévention. Identitovigilance. <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/securite/securite-des-soins-securite-des-patients/article/identitovigilance>
- Naït-Bouda, F. (2021). Arnaud Alessandrin et Johanna Dagorn (dirs), Le rôle de la ville dans la lutte contre les discriminations. Pessac, Maison des sciences de l'Homme d'Aquitaine, 2020, 150 pages. Questions de communication, 40(2), 635-638. <https://doi.org/10.4000/questionsdecommunication.27824>
- Pairin, J.-M., Fournis, G., & Gohier, B. (2015). Evaluation de la qualité de vie sexuelle chez les patients schizophrènes : Étude observationnelle à travers la passation de l'échelle Arizona Sexual Experience Scale (ASEX). Université Angers.
- PERMANENCE PSYCHOLOGIQUE | acceptess-t. (s. d.). Consulté 23 août 2022, à l'adresse <https://www.acceptess-t.com/soutien-psychologique>
- Pour répondre aux mieux aux besoins des personnes transgenres—Ministère de la Santé et de la Prévention. (s. d.-a). Consulté 15 août 2022, à l'adresse <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/bonnes-pratiques-en-region/grand-est/article/pour-repondre-aux-mieux-aux-besoins-des-personnes-transgenres-428777>

- Pour répondre aux mieux aux besoins des personnes transgenres—Ministère de la Santé et de la Prévention. (s. d.-b). Consulté 18 août 2022, à l'adresse <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/bonnes-pratiques-en-region/grand-est/article/pour-repondre-aux-mieux-aux-besoins-des-personnes-transgenres-428777>
- Projet TRANS'POSE - Accompagnement des personnes transidentitaires en voie de changement de sexe—Bouches du Rhône—OSCARS : Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé. (s. d.). Consulté 18 août 2022, à l'adresse <https://www.oscarsante.org/provence-alpes-cote-d-azur/action/detail/15921>
- Que faire en cas de refus de soins de la part d'un professionnel de santé ? - Ministère de la Santé et de la Prévention. (s. d.). Consulté 18 août 2022, à l'adresse <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/liberte-de-choix-et-acces-aux-soins/article/que-faire-en-cas-de-refus-de-soins-de-la-part-d-un-professionnel-de-sante>
- Quelles sont les opérations pour changer de sexe ? - Sofect. (s. d.). Consulté 18 août 2022, à l'adresse <https://www.sofect.fr/quelles-sont-les-operations-pour-changer-de-sexe/>
- Reucher, T. (2011). Dépsychiatriser sans démedicaliser, une solution pragmatique. L'information psychiatrique, 87(4), 295-299. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8704.0295>
- Ryan, C. (2010). Engaging Families to Support Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth : The Family Acceptance Project. Prevention Researcher, 17(4), 11-13.
- SANTE SEXUELLE / PREVENTION | acceptess-t. (s. d.). Consulté 18 août 2022, à l'adresse <https://www.acceptess-t.com/sante-sexuelle-prevention>
- Sexe, genre et santé—Rapport d'analyse prospective 2020. (s. d.-a). Haute Autorité de Santé. Consulté 4 août 2022, à l'adresse [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3223570/fr/sexe-genre-et-sante-rapport-d-analyse-prospective-2020](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3223570/fr/sexe-genre-et-sante-rapport-d-analyse-prospective-2020)
- Sexe, genre et santé—Rapport d'analyse prospective 2020. (s. d.-b). Haute Autorité de Santé. Consulté 7 août 2022, à l'adresse [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3223570/fr/sexe-genre-et-sante-rapport-d-analyse-prospective-2020](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3223570/fr/sexe-genre-et-sante-rapport-d-analyse-prospective-2020)
- Sofect. (2021, décembre 23). Nait-on transgenre ou le devient-on ? Sofect. <https://www.sofect.fr/nait-on-transgenre-ou-le-devient-on/>
- Transidentité : Un guide de bonnes pratiques pour les DRH et les managers. (2019, mars 26). L'Autre Cercle | La référence en management de la diversité LGBT+ au travail. <https://www.autrecercle.org/actualite/transidentite-un-guide-de-bonnes-pratiques-pour-les-drh-et-les-managers>

- Transidentité : Un guide de bonnes pratiques pour les DRH et les managers | L'Autre Cercle | La référence en management de la diversité LGBT+ au travail. (s. d.). Consulté 19 août 2022, à l'adresse <https://www.autrecercle.org/actualite/transidentite-un-guide-de-bonnes-pratiques-pour-les-drh-et-les-managers>
- Transphobie (IDAHO 2014)—Mémoire des sexualités. (s. d.). Consulté 18 août 2022, à l'adresse <https://www.memoire-sexualites.org/transphobie/>
- Transsexualism, könsdysfori. (s. d.). Internetmedicin. Consulté 16 août 2022, à l'adresse <https://www.internetmedicin.se/behandlingsoversikter/gynekologi-obstetrik/transsexualism-konsdysfori/>
- Turban, J. L., Loo, S. S., Almazan, A. N., & Keuroghlian, A. S. (2021a). Factors Leading to “Detransition” Among Transgender and Gender Diverse People in the United States : A Mixed-Methods Analysis. *LGBT Health*, 8(4), 273-280. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2020.0437>
- Turban, J. L., Loo, S. S., Almazan, A. N., & Keuroghlian, A. S. (2021b). Factors Leading to “Detransition” Among Transgender and Gender Diverse People in the United States : A Mixed-Methods Analysis. *LGBT Health*, 8(4), 273-280. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2020.0437>
- Utilisation des services de santé et des soins par les jeunes transgenres et de genre non conforme : Une étude basée sur la population—PubMed. (s. d.). Consulté 23 août 2022, à l'adresse <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29437861/>
- Wahlen, R., Brockmann, C., Soroken, C., Bertholet, L., Yaron, M., Zufferey, A., Ambresin, A.-E., & Merglen, A. (2020). Adolescents transgenres et non -binaires : Approche et prise en charge par les médecins de premier recours. *Revue Médicale Suisse*, 16(691), 789-793. <https://doi.org/10.53738/REVMED.2020.16.691.0789>
- Wallis, C. J., Ravi, B., Coburn, N., Nam, R. K., Detsky, A. S., & Satkunasivam, R. (2017). Comparison of postoperative outcomes among patients treated by male and female surgeons : A population based matched cohort study. *BMJ*, 359, j4366. <https://doi.org/10.1136/bmj.j4366>

---

## - Liste des annexes

---

- I. Feuille de consentement signés par les patients et les professionnels de santé
- II. Guide d'entretiens
- III. Tableau d' exemple de communication trans-affirmative lors d'une consultation
- IV. Les différentes techniques chirurgicales et les différents risques dans le cadre de la prise en charge transidentitaire
- V. Questionnaire relatif au sondage réalisés auprès des étudiants en médecines
- VI. Circulaire ministérielle de 1989 suivis de la lettre de la CNAM qui accompagnait la circulaire
- VII. Tableau récapitulatif des raisons de la détransition

## I- Feuille de consentement à destination des patients et des professionnels de santé

### Feuille de consentement

#### Présentation

---

Dans le cadre du Master 2 AMOS (Analyse et management des organisations de santé) à l' EHESP encadrée par Madame Cristofalo, les étudiants doivent recueillir des informations relative à leur projet d'étude.

En conformité avec le code déontologie du monde médical, veuillez trouver ci-dessous le formulaire de consentement libre et éclairé pour la participation de l'étude. La participation de l'étude n'est pas obligatoire mais votre participation sera utile aux recueilles des informations pour la réalisation d'un mémoire.

#### Engagement de l'étudiante

---

Moi, PEZZA Mathilde, née le 22/04/1996 à Paris IVème, m'engage à procéder à cette études conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains. Je m'engage à respecter le secret des informations qui me seront communiqués mais également tout ce que j'ai pu, voir, entendre ou compris.

#### Information libre et éclairé du mémoire

---

Je réalise un mémoire portant sur « la place de l'usager transgenre dans le système de soin » axés sur le changement d'identité au sein de l'Hôpital Saint-Louis. Les entretiens me permettront de répondre à la problématique : Dans quelle mesure les déterminants organisationnels influencent-ils l'accessibilité aux services de santé pour les personnes transgenre ? Quelles sont les pratiques existantes au sein des établissements de santé qui sont favorables à l'accessibilité des services de santé pour les personnes transgenre ?

Ainsi, je réalise une enquête qualitative auprès des professionnels de santé, des associations, des patients et de leurs proches. Les entretiens sont enregistrés et retranscrit de façon anonymiser dans le mémoire.

#### Consentement du participant

---

Je, .....


Confirme avoir été informée, au sujet du projet de mémoire intitulé « la place de l'usagers transgenre dans le système de soins ». J'ai bien compris les conditions, les risques et les bienfaites éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. Je comprend que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer à tout moment, sans avoir à me justifier, ni encourir aucun responsabilité.



Au cours de cette étude, j'accepte que soient recueillies des données. Je comprends que les informations recueillies sont strictement confidentielles et à usage exclusif des investigateurs concernés.

J'ai été informé que mon identité n'apparaîtra dans aucun rapport ou publication et que toute information me concernant sera traitée de façon confidentielle. J'accepte que les données recueillies et/ou enregistrées à l'occasion de cette étude puissent être conservées dans une base de données et faire l'objet d'un traitement informatisé non nominatif. Les résultats de la recherche me seront communiqués à ma demande.

**J'accepte donc librement de participer à cette étude :**

Participant	Etudiante
Nom :	Nom : PEZZA
Prénom :	Prénom : Mathilde
Date :	le 16/05/2022
Signature ( précédé de la mention « lu et approuvé )	Signature : 

## II- Guide d'entretiens

### Guide d'entretien pour les patients

Thèmes	Questions	Relances
Profil de la personne participante	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Pouvez-vous me raconter quand est-ce que vous avez-vous pris conscience de votre transidentité</li> <li>❖ Comment vivez-vous actuellement votre transition ?</li> <li>❖ Pouvez vous me raconter quelles ont été vos premières démarches et comment se sont elles passées ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Comment définissez-vous votre identité de genre?</li> </ul>
Utilisation des services de santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Expliquez-moi comment vous utiliser les services de santé au cours des dix dernières années ?</li> <li>❖ Au cours des derniers mois, auriez-vous eu besoin de consulter un médecin, sans l'avoir fait ?</li> <li>❖ Quels types de soins et d'accompagnements souhaiteriez-vous obtenir et quelles sont les raisons qui vous ont empêché d'avoir recours à ce ou ces services ?</li> <li>❖ De manière générale, quelle appréciation faites-vous de la disponibilité des ressources à l'intention des personnes trans ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Quels sont les services que vous utilisez de manière générale ? A quelle fréquence ? Où vous êtes vous présenté en général ?</li> <li>❖ Avez-vous un médecin de famille ? Etes-vous suivi par un spécialiste ?</li> <li>❖ Avez-vous déjà rencontré des difficultés avec des professionnels de santé ? Ou avec d'autres institutions, établissement ?</li> <li>❖ Quels éléments en ont fait une bonne ou une mauvaise expérience ?</li> <li>❖ Comment évalueriez-vous vos interactions avec les professionnels de santé ?</li> <li>❖ Quel impact cette expérience à l'inverse a-t-elle eu sur votre utilisation des services de santé/ de l'hôpital Saint-Louis ?</li> </ul>
Focus sur le service de Saint-Louis	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Quelle appréciation faites-vous des services offerts par l'hôpital saint louis ?</li> <li>❖ Avez-vous eu une mauvaise expérience avec l'hôpital Saint-Louis ? Si oui, pouvez-vous m'en dire plus ?</li> <li>❖ Décrivez-moi l'accueil dans le service ?</li> <li>❖ A l'inverse avez-vous eu des expériences positives, amélioratives ?</li> </ul>	

<p>Adéquation des services (focus Saint-Louis)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ De manière générale, jugez-vous qu'il y a une sensibilité aux réalités des populations trans dans les ressources offertes au sein de l'hôpital Saint-Louis ?</li> <li>❖ Qu'en est-il des procédures administratives à l'hôpital que vous avez eu à remplir ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Comment évaluez-vous l'attitude et le comportement des membres du personnel de santé à l'égard de la diversité des identités de genre ?</li> <li>❖ Quelle appréciation faites-vous des documents d'information ou de sensibilisation consultés en ce qui concerne l'inclusion des réalités transgenre ? Voyez-</li> </ul>
--	--	--

## ❖ Guide d'entretien pour les professionnels de santé

Thèmes	Questions	Relances
Vision et profil du PFS	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Comment voyez-vous la transidentité ?</li> <li>❖ Avez-vous déjà eu des expériences avec des personnes transgenres ? Est-ce que cela représente un défi pour vous ?</li> <li>❖ Quels types de difficultés avez-vous rencontrés ?</li> <li>❖ Avez-vous déjà reçu une formation concernant la prise en charge de ses patients ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Que représente le soin pour ces patientèles ?</li> <li>❖ Vous êtes-vous déjà renseigné sur les différentes modalités de prise en charge ? (exemple : rapport de prise en charge des populations trans réalisé par le Ministère des affaires sociales)</li> </ul>
Portrait des services	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Jugez vous que l'offre de services de l'établissement prend en compte les besoins et réponde aux besoins de la patientèle trans ?</li> <li>❖ Quels éléments participent favorablement ou défavorablement à votre intervention auprès des patientèles trans ?</li> <li>❖ Selon vous, quels types de barrières peut-il exister au sein l'hôpital Saint-Louis concernant l'accès aux services de santé (santé en général) pour les patientèles trans ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Y a-t-il des services spécifiques mis en place pour cette patientèle? Si oui, lesquels ? Depuis combien de temps ?</li> <li>❖ Y a-t-il du matériel type documents d'informations ou de sensibilisation adapté spécifiquement pour ces populations (ex : affiches, brochures etc, livret d'accueil)? Si oui, quelles sont-elles ?</li> </ul>
Stratégie à développé	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Pensez vous que le fonctionnement du service de l'hôpital ST Louis cad équipe pluri disciplinaire, parcours interne du patient, RCP... représente un intérêt pour ces populations ?</li> <li>❖ Y a-t-il un effort fournis par l'hôpital Saint-Louis pour développer les habiletés du personnel à intervenir des patientèles trans ?</li> <li>❖ Quels types de stratégies ou d'initiative ont- été développées au sein de l'établissement pour répondre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Pensez vous que l'hôpital saint louis représente un intérêt pour ces populations au vu des politiques, des discours, des formations offerte ou encore des objectifs stratégiques de l'organisation ?</li> <li>❖ Si des initiatives ont été développés ou des politiques : dans quel</li> </ul>

	spécifiquement aux besoins des patient·es trans ?	<p>contexte ont-elles mises en place (ont-elles été mis en place due à des plaintes des patients ou due à la politique gouvernemental) ? Offre de formation ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Quels ont été les impacts de ces initiatives ? Si non, quelles seraient les raisons d'après vous ?</li> </ul>
Piste d'amélioration	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Pensez-vous que votre organisation devrait en faire d'avantage pour l'accès et l'utilisation des services de santé par la population transgenre ?</li> <li>❖ Quels seraient les principaux défis dans l'amélioration des services en ce sens ?</li> </ul> <p>Pour terminer, voyez-vous des aspects que nous n'avons pas évoqués et dont vous voudriez me parler ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Quels sont les sources d'améliorations et ressources qui peuvent être mises en place ?</li> <li>❖ Selon vous, est ce que d'autres services devraient mettre en place les sources et ressources d'amélioration ? Si oui, lesquels ? Si non, pourquoi ?</li> </ul>

## Guide d'entretien

### ❖ Guide d'entretien pour les professionnels de santé de non médicaux

Thèmes	Question	Relance
Profil de la personne participante	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Comment voyez-vous la transidentité ?</li> <li>❖ Avez-vous des expériences auprès des personnes transgenres ?</li> <li>❖ Avez-vous eu des difficultés avec cette population dans la gestion et l'organisation de votre travail ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Est-ce que cela représente un défi ?</li> <li>❖ Considérez-vous que la prise en charge de ces patients est plus difficile que celle d'autres patients (par ex : patients brûlés, patients reconstruction, chirurgie esthétique) ?</li> </ul>
Portrait des services	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Jugez vous que l'offre de services de l'établissement prend en compte les besoins et réponde aux besoins de la population trans ?</li> <li>❖ Quels éléments participent favorablement ou défavorablement à votre intervention auprès des patientèles trans ? Quelles spécificités favorables mettez-vous en place dans la prise en charge des patients trans ?</li> <li>❖ Quels éléments selon vous pourraient parasiter la prise en charge de ces patients ?</li> <li>❖ Selon vous, quel types de barrières peut-il exister au sein l'hôpital Saint-Louis (établissement : SMIT, associations) concernant l'accès aux services de santé pour les patientèles trans ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Y a-t-il des services spécifiques mis en place pour cette patientèle ? Si oui, lesquels ? Depuis combien de temps ?</li> <li>❖ Y a-t-il du matériel type documents d'informations et sensibilisation adapté spécifiquement pour ces populations ?</li> <li>❖ Si oui, quelles seraient-elles ?</li> </ul>
Stratégies des services	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Pensez vous que l'hôpital ST Louis représente un intérêt pour cette populations ?</li> <li>❖ Y a-t-il un effort fournis par l'hôpital Saint-Louis pour développer les habiletés du personnel à intervenir des clientèles trans ?</li> <li>❖ Quels types de stratégies ou d'initiatives</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Pensez vous que l'hôpital Saint-Louis représente un intérêt pour ces populations au vu des politiques, des discours, des formations offertes ou encore des objectifs stratégiques de</li> </ul>

	<p>ont été développés au sein de l'établissement pour répondre spécifiquement aux besoins des patientèles trans ?</p>	<p>l'organisation ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Si des initiatives ont été développés ou des politiques : dans quel contexte ont-elles été mises en place (ont-elles été mise en place suite à des plaintes des patients ou suite à la politique gouvernementale) ?</li> <li>❖ Quels ont été les impacts de ces initiatives ? Si non, quelles seraient les raisons d'après vous ?</li> </ul>
Pistes d'amélioration	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Pensez-vous que votre organisation devrait en faire d'avantage pour l'accès et l'utilisation des services de santé par la population transgenre ?</li> <li>❖ Quels seraient les principaux défis dans l'amélioration des services en ce sens ?</li> <li>❖ Pour terminer, voyez-vous des aspects que nous n'avons pas évoqués et dont vous voudriez me parler ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Quels sont les sources d'améliorations et ressources qui peuvent être mises en place ?</li> <li>❖ Selon vous, est ce que d'autres services devraient mettre en place les sources et ressources d'amélioration ? Si oui, lesquels ? Si non, pourquoi ?</li> </ul>

### III- Tableau d'exemple de communication trans-affirmative lors d'une consultation

<b>TABLEAU 5</b>	<b>Exemples de communication médicale trans-affirmative lors d'une consultation</b>
------------------	---

#### **Début d'entretien**

- Bonjour, est-ce que vous souhaitez que j'utilise le prénom qui est sur votre dossier ou y a-t-il un autre prénom qui vous convient mieux?
- Quel pronom souhaitez-vous que j'utilise à votre sujet (il ou elle ou iel)?
- Est-ce secret? Avec quelles personnes utilisez-vous ce prénom et ce pronom?
- Comment voulez-vous que le secrétariat et les autres professionnels s'adressent à vous?
- Si je fais des erreurs quand je m'adresse à vous, elles sont involontaires et je vous prie de m'en excuser.
- Je suis désolée de m'être trompée de prénom (ou de genre). Toutes mes excuses!

#### **Se positionner pour apporter sécurité et bienveillance**

Ici, on accueille et on prend soin de toutes les personnes, quelles que soient leurs origines, leurs cultures, leurs religions, leurs identités de genre et leurs orientations sexuelles ou affectives. Et on peut parler de ces sujets quand ils sont importants pour vous. Ces éléments, comme tous les autres de la consultation, sont confidentiels et protégés par le secret médical.

#### **Ouvrir la discussion sur le genre**

- Avez-vous des questions concernant le genre?
- Est-ce que vous vivez un malaise ou de la souffrance en lien avec votre identité de genre?
- Comment vous identifiez-vous concernant le genre?

#### **Affirmations et/ou transitions**

- De quoi auriez-vous besoin en lien avec le genre pour vous sentir bien?
- Avez-vous commencé une forme de transition sociale ou médicale?
- Avez-vous des attentes particulières par rapport à ces changements?
- Qu'est-ce qui est important pour vous dans ces changements?
- Avez-vous pensé à un calendrier ou un ordre pour ces changements?

#### **Discussion de décision médicale partagée**

- Certains patients viennent avec un plan clair de la façon dont je peux les aider et les soutenir. Avec d'autres, nous avançons ensemble pour avoir une liste des éléments qui sont importants pour eux. Comment pouvons-nous faire équipe au mieux pour votre santé?
- Dans cette situation, il y a plusieurs options. On peut les explorer ensemble et voir ce qui est faisable et ce qui est important pour vous.

#### **Examen physique**

Y a-t-il des parties de votre corps qui vous mettent mal à l'aise? Je vous informerai des zones qu'il serait utile d'examiner et nous déciderons ensemble si l'examen doit avoir lieu ou non et comment nous pouvons faire pour diminuer votre malaise.

#### **Relations amoureuses et sexuelles**

- La personne qui vous accompagne a-t-elle un lien particulier avec vous?
- Êtes-vous en relation amoureuse actuellement? Pourriez-vous me parler un peu de cette personne?
- Comment se sont passés les rapports sexuels que vous avez eus récemment?
- Avez-vous des relations sexuelles avec des hommes, des femmes, ou les deux? Je pose la question de cette manière à tous les patients pour parler de sexualité, de plaisir et de risques.
- Comment vous identifiez-vous concernant l'orientation sexuelle et affective?



## IV- Les différentes techniques chirurgicales et les différents risques dans le cadre de la prise en charge transidentitaire

Dans cette partie, nous verrons plus en détail les interventions chirurgicales, dans le cadre de la transidentité. Toutes ces interventions se font sous anesthésie générale, et comporte de ce fait des risques communs inhérents à toutes chirurgies :

- Le risque de l'anesthésie générale
- Risque de saignement et d'hématome postopératoire pouvant nécessiter une transfusion de culots globulaires rouges, ou une reprise chirurgicale au bloc opératoire.
- Risque d'infection avec selon les cas, la nécessité d'un traitement antibiotique ou une réintervention chirurgicale.
- Risque de complication thrombo-embolique pour certaines des procédures (lipoaspiration, vulvo-vaginoplastie, phalloplastie...) avec la nécessité d'un arrêt per-opératoire de l'hormonothérapie pour les gestes lourds, et un traitement anticoagulant à visé préventif en post-opératoire pour toutes les interventions à risque.
- Risque de désunion cicatricielle.
- Risque de cicatrisation pathologique : cicatrice hypertrophique ou chéloïde.

### I. **Chirurgie de la transition MtF :**

- 1. Augmentation mammaire :

L'augmentation mammaire est une des plus fréquentes et fréquemment la première intervention réalisée dans le cadre de la transition MtF. Elle consiste en une augmentation du volume de la poitrine et peut se faire soit par la pose d'un implant mammaire, soit par des greffes adipocytaires (lipofilling), soit par l'association des deux techniques. Le lipofilling exclusif est indiqué pour les petites augmentations mammaires (bonnet A ou B). Cette intervention consiste, après une infiltration préalable des zones à aspirer par un mélange de sérum physiologique et de l'adrénaline, à prélever la graisse via des canules dédiées. Après préparation, la graisse est réinjectée au niveau de la poitrine pour donner du volume. Les études montrent cependant que 30 à 50% de la graisse injectée se résorbe dans le mois suivant l'intervention. Ceci explique que la technique ne soit adaptée que pour les petites augmentations mammaires, et que plusieurs séances de lipofilling peuvent être nécessaires afin d'atteindre le résultat escompté. Cette intervention comporte plusieurs risques qui restent souvent rares et mineurs. Certains sont non spécifiques : risque d'anesthésie générale, infection de la peau et des tissus sous cutanée, hématome/hémorragie, complication thrombo-embolique si prélèvement de graisse au niveau de l'abdomen ou des membres inférieures, embolie graisseuse exceptionnelle. Un

état de choc peut survenir si la quantité aspirée est excessive (>3L par exemple). D'autres complications sont liées à une faute technique : nécrose cutanée, perforation de la cavité abdominale et/ou d'un viscère. Les complications de loin les plus fréquentes restent néanmoins d'ordre esthétique : asymétrie, dépression cutanée, irrégularité de surface.

Tous les autres cas d'augmentation mammaire nécessitent la pose d'un implant mammaire. Actuellement en France, les implants mammaires préremplis de gel de silicone sont les seuls disponibles sur le marché. Ils ont comme principal avantage d'être de consistance très naturelle à la palpation avec un risque de rupture moindre par rapport à l'implant au sérum physiologique. Leur principal inconvénient est lié au risque de contact du gel de silicone avec l'organisme en cas de rupture de l'implant. Dans le cadre d'une augmentation mammaire MtF par pose d'implant, deux voies d'abord sont possibles : la voie aréolaire et la voie sous-mammaire. Pour les augmentations mammaires de tailles modérées (environ 300-350cc), chez des patientes ayant une aréole de taille suffisante, une voie aréolaire est possible. Elle consiste à faire une incision hémi-périaréolaire, de toute la moitié inférieure de l'aréole en longeant la jonction peau-aréole. Via cette incision, une loge est créée en arrière du muscle grand pectoral (loge rétro-pectorale) puis l'implant y est inséré. Dans les autres cas, la voie sous-mammaire est indiquée, plaçant après repérage la future cicatrice au niveau du futur sillon sous-mammaire. D'autres loges sont possibles pour la pose d'implant, mais ne sont pas réalisées dans le service : la loge rétro-glandulaire pré-pectorale (en arrière de la glande mammaire mais en avant du muscle) et la loge sous-fasciale pré-pectorale (en arrière du fascia musculaire mais en avant du muscle). L'intérêt d'une loge rétro-pectorale est d'avoir un aspect plus naturel du sein avec plus d'épaisseur entre la peau et l'implant. En effet, les loges pré-pectorales ont comme principal inconvénient un risque de visibilité du pôle supérieur de l'implant, surtout si la patiente est maigre, donnant un aspect de ballon posé sur le torse. Outre les risques inhérents à toutes interventions chirurgicales (infection, hématome, désunion de la cicatrice avec exposition de l'implant et cicatrisation pathologique), la pose d'implant mammaire comporte spécifiquement les risques suivants : la rupture de l'implant, la durée de vie de l'implant d'environ une dizaine d'année avec la nécessité de changement, et le risque de coque. La coque est un durcissement et une rétraction de la capsule fibreuse qui entoure l'implant ; capsule qui apparaît dans les suites de toutes les interventions de pose d'implant en réponse à la présence de ce corps étranger dans l'organisme. Cette coque peut entraîner une déformation du sein et des douleurs, pouvant poser l'indication d'une réintervention chirurgicale. Plus particulièrement dans le cadre de la transition MtF, la pose d'implant peut avoir un « effet loupe », en amplifiant des caractères propres au torse masculin comme des aréoles qui regardent en externe. Les suites opératoires sont dans la majorité des cas simples. La douleur, bien que subjective, est contrôlée par des antalgiques de palier 1 (doliprane +/- Acupan). La cicatrisation est acquise en une dizaine de jours (plus rapidement pour la voie aréolaire que pour la voie sous-mammaire)

- 2. Vulvo-vaginoplastie ou Aïdoïopoïèse :

La vulvo-vaginoplastie ou aïdoïopoïèse est la chirurgie de réassignation sexuelle des personnes transidentitaires MtF. Elle consiste en la création chirurgicale des lèvres, du vagin, et du clitoris, en enlevant les testicules, les corps caverneux et la majorité du bulbe spongieux de l'urètre. Deux principales techniques existent : la technique de vaginoplastie par inversion pénienne et la technique de vaginoplastie par segment colique. C'est cette dernière qui est réalisée à l'hôpital Saint-Louis. Elle consiste en la création d'une néo-cavité vaginale entre le rectum en arrière et la vessie en avant à partir d'un segment de côlon sigmoïde. Plus lourde que la technique par inversion pénienne, elle nécessite le travail en double équipe : chirurgiens viscéraux et de chirurgiens plasticiens. Les suites opératoires sont plus longues, avec un risque ajouté de complications digestives comparé à la technique classique d'inversion pénienne (risque de constipation, de fistules et de péritonite) Néanmoins, elle comporte plusieurs avantages. En effet, le colon sigmoïde étant histologiquement une muqueuse, la néo-cavité vaginale se trouve être autolubrifiante, autonettoyante (moins d'odeur), et un risque quasi-nul de rétraction de la cavité et donc aucune indication à des dilatations pluriquotidiennes (un risque de rétraction de l'orifice du néo-vagin à la jonction peau-néo-vagin existe, pouvant gêner la pénétration sexuelle, et pouvant être traité chirurgicalement sous anesthésie locale.).

- 3. Féminisation du visage :

La chirurgie de féminisation du visage ou féminisation faciale, plus connue sous le terme de FFS, est un ensemble de procédures chirurgicales dont le but est de modifier les traits du visage pour les rendre plus féminin. Elle peut inclure : lifting jugo-cervicale ou frontal, rhinoplastie, implant malaire (joue), génioplastie (chirurgie du menton), chondrolaryngoplastie (chirurgie de réduction de volume de la pomme d'Adam) ... Les indications de chacune de ses procédures se posent au cas par cas. Les suites opératoires sont généralement simples. La majorité de ses interventions peuvent être réalisées en ambulatoire ou nécessite une hospitalisation d'une journée.

- **II. Chirurgie de la transition FtM**

*Torsoplastie :*

La torsoplastie est la chirurgie masculinisante du thorax. Plusieurs procédures chirurgicales différentes peuvent être envisagées, en fonction du degré d'hypertrophie et de ptôse de la glande mammaire : torsoplastie par voie hémi aréolaire inférieure, torsoplastie à pédicule inférieur, torsoplastie transthoracique avec greffe d'aréole selon la technique de Thorek.

La trophicité représente le volume du sein. Une hypertrophie mammaire est un sein gros. La ptôse représente un sein qui tombe. Une hypertrophie mammaire s'accompagne d'un certain degré de ptôse, mais la réciproque n'est pas vraie. Un sein ptôtique peut être de petit volume. Pour les petits seins non ptôtique (bonnet A, B), une torsioplastie par voie aréolaire peut être envisagée, plus ou moins associée à une lipoaspiration préalable. Elle consiste en une exérèse glandulaire et graisseuse, via une incision hémi aréolaire inférieure (identique à l'incision de pose de prothèse mammaire). Le principal risque de cette technique est l'hématome post-opératoire, l'étranglement de l'incision pouvant gêner la réalisation d'une hémostase soignée. Pour les hypertrophies mammaires plus importantes avec un sein pas ou modérément ptôtique, la technique de torsioplastie à pédicule inférieur trouve ses meilleurs résultats. Elle consiste à retirer la quasi-totalité du tissu glandulaire, comme une mastectomie, mais en préservant la vascularisation de la plaque aréolo-mamelonnaire (PAM). En effet, la PAM est levée sur un pédicule porte-mamelon, préservant la vascularisation à la fois dermique et glandulaire d'origine inférieure. Cette technique permet ainsi de préserver l'innervation de la PAM et donc la sensibilité post-opératoire. Néanmoins, le volume du pédicule assurant la sécurité vasculaire de la PAM peut nécessiter une reprise chirurgicale sous anesthésie locale, afin d'affiner le résultat post-opératoire. Pour les grosses hypertrophies mammaires avec ptôse importante, la torsioplastie transthoracique avec greffe d'aréole, selon la technique de Thorek est la seule possible. Elle consiste à prélever la PAM et la greffer après résection cutanéoglandulaire maximale. Cette greffe équivaut à une greffe de peau totale et comporte par conséquent les mêmes risques, à savoir : risque rare d'échec de la greffe avec perte de la PAM, risque de dyschromie (modification de la coloration), et perte inéluctable de la sensibilité de la PAM. Afin de maximiser les chances de prises de greffe, un pansement gras occlusif ou bourdonnet est cousu par-dessus la greffe et ouvert à J5. Les suites opératoires sont simples pour toutes les techniques. Sortie généralement à J1 post-opératoire, sauf pour les greffes d'aréoles qui restent jusqu'à J5, les douleurs sont en général modérées et contrôlées par des antalgiques de palier 1. Un boléro de contention doit être porté pendant 4 à 6 semaines.

V- Questionnaire relatif au sondage réalisés auprès des étudiants en  
médecines

## Questionnaire dans le cadre de la réalisation d'un mémoire portant sur la place de l'usager transgenre dans le système de soin

Ce questionnaire me permettra d'obtenir trois données quantitatives, soyez honnête s'il vous plaît. Merci beaucoup pour votre investissement, j'apporterai une attention particulière à chaque réponse.

1) Avez-vous déjà entendu parlé de transidentité dans le cadre vos études ? ( en cours d'éthique, psycho etc... ? ) Si oui, faites moi part en quelques lignes de ce que vous avez retenu.



Paragraphe

Réponse longue

Corrigé (0 point)



Obligatoire



2) Pensez-vous que vous devriez être formés au sujet de la transidentité ?

Réponse longue

3) Seriez-vous mal à l'aise dans la prise en charge d'un patient trans ? Si oui, pourquoi ?

Réponse longue

4) Avez-vous déjà entendu parlé de formation à ce sujet dans certains hôpitaux ?

Réponse longue

**VI- Circulaire ministérielle de 1989 suivis de la lettre de la CNAM qui  
accompagnait la circulaire**

MINISTERE DE LA SOLIDARITE,  
DE LA SANTE  
ET DE LA PROTECTION SOCIALE  
-----  
DIRECTION DE LA SECURITE SOCIALE  
SOUS-DIRECTION DE L'ASSURANCE MALADIE

Bureau A.M.5  
-----  
JLI/ML - N 1166

REPUBLIQUE FRANCAISE  
-----

PARIS le - 4 JUIL. 1989  
1, Place de Fontenoy - 75700  
PARIS  
TEL. 40-56-60-00

Le Ministre de la Solidarité,  
de la Santé et de la Protection  
Sociale

à

Monsieur le Directeur de la Caisse  
nationale de l'assurance maladie  
des travailleurs salariés

A l'attention du Docteur ROUSSEAU  
Médecin-conseil régional adjoint.

OBJET : Traitement chirurgicaux liés au transsexualisme.

REFERENCE : Votre lettre n° 1658/89 du 28 mars 1989.

Vous avez appelé mon attention sur les traitements chirurgicaux  
liés au transsexualisme et notamment sur la question de la prise en  
charge des ces traitements par l'assurance maladie.

En premier lieu, je vous rappelle que la nomenclature générale des  
actes Professionnels ne définit pas le champ de l'assurance maladie à  
l'hôpital public. En effet, il ressort des articles R.162-51 et R.162-52  
du code de la sécurité sociale que l'absence d'inscription d'actes à la  
nomenclature ne saurait justifier un refus de prise en charge lorsque ces  
actes sont effectués dans le cadre du service public hospitalier.

Dans ce cadre, seuls peuvent être exclus de la prise en charge les  
actes qui n'entrent pas dans le champ de l'assurance maladie au sens de  
l'article L.321-1 du code de la sécurité sociale, tels les actes de  
chirurgie plastique de confort.

Toutefois, je partage votre souci d'entourer les interventions  
sur lesquelles vous appelez mon attention des meilleures garanties  
médicales. Sur ce point, j'ai transmis le 30 mai dernier votre courrier à  
la Direction Générale de la Santé et à la Direction des Hôpitaux, qui  
sont compétentes pour définir les protocoles à recommander dans le cadre  
du service public hospitalier.

Le sous directeur de l'Assurance Maladie

D. POSTEL-VINAY



Service Médical de l'Assurance maladie

Le Médecin Conseil National

Paris le 17

Monsieur le Docteur Jean AMOUYEL  
Médecin Conseil Régional

Allée Vauban

59661 VILLENEUVE-D'ASCQ CEDEX

Relation avec les Professions de santé et  
Contrôle Technique des Actes de Nomenclature  
Dr YR/EG/N° 3466/89

Mon Cher Confrère,

Je vous prie de trouver ci-joint une lettre Ministérielle prenant position sur les actes chirurgicaux liés au transsexualisme.

Il en découle que ces actes peuvent être pris en charge dans le cadre hospitalier public (sauf s'il s'agit de chirurgie plastique de confort).

Cependant, compte-tenu des problèmes médicaux difficiles que posent ces malades, et en attendant de connaître la position de la Direction des Hôpitaux et de la Direction Générale de la Santé, je vous communique le Protocole retenu jusqu'ici avec l'équipe hautement spécialisée du Professeur BANZET, (Hôpital Saint-Louis, Assistance Publique de Paris), protocole offrant à mes yeux les garanties médicales nécessaires.

Je vous prie de croire, Mon Cher Confrère, à l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

P.J. 2

Professeur Claude BERAUD  
Médecin Conseil National

Docteur Alain ROUSSEAU  
Médecin Conseil Régional Adjoint

66 Avenue  
du Maine

Télécopie  
42.79.32.99

## VII- Tableau récapitulatif de la démographie médicale et des raisons de la détransition

TABLE 1. SAMPLE DEMOGRAPHICS

	<i>Have you ever de-transitioned? In other words, have you ever gone back to living as your sex assigned at birth, at least for a while?</i>					
	<i>Yes (n = 2242, 13.1%)</i>		<i>No (n = 14,909, 86.9%)</i>		<i>% Difference</i>	<i>p<sup>a</sup></i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>		
Sex assigned at birth						
Male	1235	55.1	6744	45.2	9.9	<0.001
Female	1007	44.9	8165	54.8		
Gender identity						
Crossdresser	63	2.8	71	0.5	2.3	<0.001
Trans woman	989	44.1	6202	41.6	2.5	0.025
Trans man	361	16.1	5928	39.8	-23.7	<0.001
Nonbinary, assigned female sex at birth	642	28.6	2216	14.9	13.8	<0.001
Nonbinary, assigned male sex at birth	187	8.3	492	3.3	5.0	<0.001
Sexual orientation						
Bisexual	410	18.3	2085	14.0	4.3	<0.001
Gay/lesbian/same-gender loving	424	18.9	2746	18.4	0.5	0.58
Heterosexual/straight	192	8.6	1323	8.9	-0.3	0.63
Pansexual	432	19.3	2476	16.6	2.7	0.002
Queer	394	17.6	3323	22.3	-4.7	<0.001
Other not listed	186	8.3	832	5.6	2.7	<0.001
Racial/ethnic identity						
Alaska Native/American Indian	45	2.0	182	1.2	0.8	0.002
Asian/Native Hawaiian/Pacific Islander	75	3.3	393	2.6	0.7	0.055
Black/African American	59	2.6	486	3.3	-0.6	0.114
Latino/a or Hispanic	129	5.8	774	5.2	0.6	0.27
White/Middle Eastern/North African	1786	79.7	12,309	82.6	-2.9	0.001
Biracial/Multiracial/Other not listed	148	6.6	765	5.1	1.5	0.004
Age (years)						
18-24	773	34.5	5006	33.6	0.9	0.40
25-44	938	41.8	6871	46.1	-4.2	<0.001
45-64	458	20.4	2573	17.3	3.2	<0.001
65+	73	3.3	459	3.1	0.2	0.65
Age at which respondent began living full-time in affirmed gender (years) <sup>b</sup>						
<18	193	8.6	1714	11.5	2.9	0.02
18-24	526	23.5	5039	33.8	10.3	0.08
25-34	282	12.5	3204	21.5	8.9	0.07
≥35	346	15.4	2947	19.8	4.3	0.03
Family supportiveness <sup>c</sup>						
Supportive	816	36.4	8664	58.1	-21.7	<0.001
Neutral	430	19.2	2435	16.3	2.8	0.001
Unsupportive	464	20.7	2342	15.7	5.0	<0.001
Education						
Less than high school	73	3.3	326	2.2	1.1	0.002
High school graduate/GED	253	11.3	1587	10.6	0.6	0.36
Some college (no degree)	893	39.8	5153	34.6	5.3	<0.001
Associate degree	237	10.6	1354	9.1	1.5	0.020
Bachelor's degree	522	23.3	4099	27.5	-4.2	<0.001
Graduate or professional degree	251	11.2	2328	15.6	-4.4	<0.001
Employment status						
Employed	1397	62.3	10,223	68.6	-6.3	<0.001
Unemployed	270	12.0	1651	11.1	1.0	0.175
Out of the labor force	560	25.0	2964	19.9	5.1	<0.001
Unspecified	15	0.7	71	0.5	0.2	0.23
Total household income						
No income	85	3.8	470	3.2	0.6	0.111
\$1 to \$9999	287	12.8	1642	11.0	1.8	0.012
\$10,000 to \$24,999	452	20.2	2807	18.8	1.3	0.134
\$25,000 to \$49,999	490	21.9	3150	21.1	0.7	0.43

TABLE 1. (CONTINUED)

	<i>Have you ever de-transitioned? In other words, have you ever gone back to living as your sex assigned at birth, at least for a while?</i>					
	<i>Yes (n = 2242, 13.1%)</i>		<i>No (n = 14,909, 86.9%)</i>		<i>% Difference</i>	<i>p<sup>a</sup></i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>		
\$50,000 to \$99,999	468	20.9	3434	23.0	-2.2	0.023
≥\$100,000	283	12.6	2304	15.5	-2.8	<0.001
Unspecified	177	7.9	1102	7.4	0.5	0.40
Ever had gender-affirming hormone therapy	1125	50.2	11,281	75.7	-25.5	<0.001
Ever had gender-affirming surgery	371	16.5	5044	33.8	-17.3	<0.001



Sample responses	
External factors	
Caregiving reasons	"I was caring for my 80+ year old mother who had severe dementia, and it was just too confusing for her."
Difficult to blend in as identified gender	"I don't pass, even after FFS [facial feminization surgery] etc."
Financial reasons	"Unable to afford HRT [hormone replacement therapy]" "Lack of trans community at the time"
Lack of support	"Back in 1997, virtually no one had heard of queergender people. I couldn't find a support system, and I couldn't figure out how to tell people what I was." "Social services legal pressure regarding child custody" "Forced to by going to federal prison for two years"
Legal reasons	"Family court order—part of custody award" "Blood clotting from estrogen"
Medical reasons	"Pain in binding large chest"
Fertility reasons	"We decided to have kids so [I] went back to testosterone long enough to bank sperm so we can do IVF [in vitro fertilization]." "Parents took me to a region with hostile doctors."
Pressure from a medical health professional	"Medical supervisor at federal facility removed regional-approved treatment because I didn't fit his idea of 'a gay man so gay [he] wants to be a woman so it's easier to sleep with men' after I had identified as lesbian to him."
Pressure from a mental health professional	"Mental health professional told me I am not transgender and I thought I was just crazy." "In those days you couldn't be diagnosed trans if you were also gay or lesbian." "Moved home after college. Had to conform for parents."
Pressure from a parent	"I was facing being pulled out of school by my family." "With the high level of transphobia that exist[s], life gets very lonely."
Pressure from the community or societal stigma	"I live in a very conservative place and was afraid for my safety."
Pressure from my employer	"There are times when my current job requires me to present [as] female."
I had trouble getting a job	"I flip flopped genders because of needed employment."
Military-related reasons	"Military forced me to detransition while in service."
Pressure from friends or roommates	"Staying with people I knew would harass me" "Visiting conservative extended family for the holidays"
Pressure from unspecified or nonparent family members	"I temporarily detransition during visits with my in laws." "Religious pressure (Mormon)"

Pressure from religion or a religious counselor	“Pressure from religion” “School staff harassed and abused me daily for my gender expression.”
Pressure from school	“Exclusion by Peers in School, No Mechanism for Getting Preferred Name on School Rosters” “I began to really clearly identify as transgender ... but I realized it was pushing my marriage apart. At the time, I decided to try living as my assigned gender and set these feelings aside, but they kept cropping back up.”
Pressure from a spouse or partner	“My partner of 4 years and I split up and I felt that I would always be alone as a trans person.”
Wanting to find a spouse or partner	“Difficult to find lovers, dates” “Traumatized by corrective rape so recloseted”
Sexual or physical assault	“I have become frightened of the police since being sexually molested by an officer.”
Sports-related reasons	“Playing competitive sports” “North Dakota is not a friendly place for anyone outside the gender binary. When I go back home, I butch up.”
Travel or relocation	“I was studying abroad in a country hostile to LGBTQ <sup>a</sup> people (Russia).” “Living in rural area, couldn't get hormones”
Unable to access gender-affirming hormones	“I lost access to HRT and stopped passing.”
Internal factors	
Psychological reasons	“Wasn't emotionally ready, I was scared of my identity.” “Transition had to be put on hold due to mental health issues.” “suicide attempt” “Unsure of my exact gender identity”
Uncertainty or doubt around gender	“Thought I might have been wrong/confused” “My gender feels complicated and changing all the time.”
Fluctuations in identity or desire	“I enjoy having the ability to go back and forth between genders.”

---

<sup>a</sup>Denotes other additional sexual and gender minority identities.

HRT, hormone replacement therapy; LGBTQ, Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Queer.

PEZZA	Mathilde	26 août 2022
<b>Master 2 AMOS-Paris</b> <b>AMOS 2022</b>		
<b>La place de l'utilisateur transgenre dans le système de soin</b>		
<p><b>Résumé :</b></p> <p><b>Objectif de l'étude :</b> Les personnes transgenres font face à une inégalité d'accès aux soins qui a pour conséquence une limitation de l'accès aux soins et favorise le non recours. Cette étude en immersion dans un service de Chirurgie Plastique a pour objectif d'identifier les freins perçus par les patients et les professionnels de santé mais également de définir les facteurs favorisant l'accès aux soins, tant dans les facteurs organisationnels que dans les démarches managériales en passant par la revue littéraire.</p> <p><b>Méthode:</b> L'enquête qualitative a été menée selon des entretiens semi-directifs auprès des professionnels du service et de façon monocentrique, auprès des personnes transidentitaire. Une enquête quantitative a été effectuée, via les données des rapports institutionnels ou en utilisant les données présentes sur les sites officiels. Par ailleurs, un sondage a été pratiqué auprès d'étudiants en médecine.</p> <p><b>Résultat:</b> L'enquête qualitative a permis de montrer que des facteurs externes et des facteurs internes, propres aux patients peuvent directement impacter l'accès aux soins, mais également la prise en charge des patients. L'hôpital Saint-Louis a développé une organisation spécifique, combinée à différentes méthodes managériales, prônant l'inclusion des patients dans leur globalité et leur singularité qui s'identifie comme une démarche inclusive. L'enquête quantitative a mis en exergue une demande en constante croissance, face à une offre limitée, tant la dimension territoriale que sociale. Le manque de formation des professionnels de santé et l'absence du sujet dans la formation initiale, entraînent des difficultés de prise en charge de ces patients, ne pouvant être accompagnés.</p> <p><b>Conclusion:</b> L'analyse de ce service a permis de mettre en exergue la perception des patients et des professionnels, permettant de faire émerger des critères de qualité. Mais également de montrer les points de divergences, dans les législations et dans les pratiques hospitalières et dans la médecine de ville.</p>		
<p><b>Mots clés :</b></p> <p>Identité de genre, accessibilité, transgenre, inégalités sociales en santé, organisations de santé, utilisation des services, service de chirurgie plastiques, démarche inclusive, critères de qualités, organisation et administration, législation</p>		

*L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*

PEZZA	Mathilde	August 26, 2022
<b>Master 2 AMOS-Paris</b> AMOS 2022		
<b>The place of transgenders in the healthcare system</b>		
<p><b>Abstract :</b> Aim : Transgender people face discrimination in the healthcare system, limiting their healthcare access. The aim of this study was to identify in a plastic surgery department the obstacles and the enabling factors these patients and healthcare professionals meet using a comprehensive literary review. These factors are mostly related to the management and the organization of the ward.</p> <p><b>Materials &amp; methods :</b> The method used for this study included semi-structured interviews of healthcare professionals and monocentric interviews of patients with transidentity. Besides, a quantitative study was done using institutional and official websites data. To go further, French medical students were asked their opinion through a survey.</p> <p><b>Results :</b> This study has identified internal and external factors that may directly affect the patient's access to healthcare and how they are cared for. Saint-Louis Hospital developed a specific management of the ward for better inclusiveness, advocating global health and attendance to the specific needs of these patients. The study also shows a growing demand for specific gender variance care, meeting a limited offer due to geographical and social factors. A need to include training on these topics for future physicians to avoid these difficulties was also revealed.</p> <p><b>Conclusion:</b> The analysis of this hospital ward has explored patients and professional's perceptions which helped the underlining of certain quality criteria. It has also put light on differences between legislation and actual medical practices concerning these patients.</p>		

***Key word :***

Trangender, Plastic surgeon, quality requirement, inclusive approach, accessibility, gender identity, Care organization, administration, management, health inequality