



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNÉE 2024

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE (décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement
le 7 novembre 2024 à Poitiers
par Jihane SOUSSI

État des lieux de la primo-prescription de traitement hormonal
substitutif féminisant pour les personnes transgenres, par les
médecins généralistes dans le Poitou-Charentes

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur Mathieu PUYADE

Membres : Monsieur le Professeur associé Yann BRABANT
Madame la Docteure Bineta DIACK

Directrice de thèse : Madame la Docteure Marion GLAVIER



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNÉE 2024

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE (décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement
le 7 novembre 2024 à Poitiers
par **Jihane SOUSSI**

État des lieux de la primo-prescription de traitement hormonal
substitutif féminisant pour les personnes transgenres, par les
médecins généralistes dans le Poitou-Charentes

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur Mathieu PUYADE

Membres : Monsieur le Professeur associé Yann BRABANT
Madame la Docteure Bineta DIACK

Directrice de thèse : Madame la Docteure Marion GLAVIER



UNIVERSITÉ DE POITIERS

UFR Santé



LISTE DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2024 – 2025

DEPARTEMENT DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référente égalité-diversité**
- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biochimie et biologie moléculaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Assesseur 2nd cycle**
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Assesseur recherche**
- DUFOUR Xavier, oto-rhino-laryngologie – **Assesseur 2nd cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Rodrigue, cardiologie
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (*en disponibilité*)
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Assesseur 1^{er} cycle**
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique (*retraite 01/04/2025*)
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- ORIOU Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – **Doyen, Directeur de la section médecine**
- PELLERIN Luc, biologie cellulaire
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire – **Assesseur L.AS et 1^{er} cycle**
- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PIZZOFERRATO Anne-Cécile, gynécologie-obstétrique
- PUYADE Mathieu, médecine interne
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses (*en disponibilité 2 ans à/c 01/08/2024*)
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, gastro-entérologie, hépatologie – **Assesseur 3^e cycle**
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Assesseur pédagogique médecine**
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation – **Assesseur 1^{er} cycle stages hospitaliers**
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- VENDEUVRE Tanguy, chirurgie orthopédique et traumatologique
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- ALLOUCHERY Marion, pharmacologie clinique
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (*en détachement*)
- BILAN Frédéric, génétique (*en mission jusqu'au 31/03/2025*)
- BRUNET Kevin, parasitologie et mycologie
- CAYSSIALS Emilie, hématologie (*en mission jusqu'au 31/12/2024*)
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DAVID Romain, médecine physique et de réadaptation
- DIAZ Veronique, physiologie – **Référente relations internationales**
- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- EVRARD Camille, cancérologie (*en mission 1 an à/c du 25/10/2024*)
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LARID Guillaume, rhumatologie
- LIUU Evelyn, gériatrie – **Assesseur 1^{er} cycle stages hospitaliers**
- MARTIN Mickaël, médecine interne – **Assesseur 2nd cycle**
- MOSBAH Héléna, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- PALAZZO Paola, neurologie (*en dispo 5 ans à/c du 01/07/2020*)

- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- RANDRIAN Violaine, gastro-entérologie, hépatologie (en mission jusqu'au 31/12/2024)
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

Maître de Conférences des universités de médecine générale

- MIGNOT Stéphanie

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- BENATRU Isabelle, neurologie
- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation
- LE MOAL Gwenaél, maladies infectieuses et tropicales

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- AUDIER Pascal
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Régis
- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- FORGEOT Raphaële
- JEDAT Vincent
- LUCCHESI PILLET Virginie

Enseignant contractuel sur chaire professeur junior

- MELIS Nicolas, biologie cellulaire et moléculaire

Praticiens Hospitaliers Universitaires (PHU)

- CARSUZAA Florent, oto-rhino-laryngologie
- RAULT Christophe, physiologie

Professeurs émérites

- BINDER Philippe, médecine générale (08/2028)
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie (08/2028)
- GIL Roger, neurologie (08/2026)
- GUILHOT-GAUDEFROY François, hématologie et transfusion (08/2026)
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire (08/2028)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (08/2026)
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie (08/2026)
- NEAU Jean-Philippe, neurologie (08/2027)
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique (08/2027)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2026)
- RICHER Jean-Pierre, anatomie (08/2029)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2026)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECO-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)

- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONToux Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- HERPIN Daniel, cardiologie (ex-émérite)
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

DEPARTEMENT DE PHARMACIE

Professeurs des universités-praticiens hospitaliers

- DUPUIS Antoine, pharmacie clinique – **Assesseur pédagogique pharmacie**
- FOUCHER Yohann, biostatistiques
- GREGOIRE Nicolas, pharmacologie et pharmacométrie
- MARCHAND Sandrine, pharmacologie, pharmacocinétique
- RAGOT Stéphanie, santé publique
- VENISSE Nicolas, chimie analytique

Professeurs des universités

- BODET Charles, microbiologie
- CARATO Pascal, chimie thérapeutique
- FAVOT-LAForge Laure, biologie cellulaire et moléculaire
- GUILLARD Jérôme, pharmacochimie
- IMBERT Christine, parasitologie et mycologie médicale
- OLIVIER Jean-Christophe, pharmacie galénique, biopharmacie et pharmacie industrielle – **réfèrent relations internationales**
- PAGE Guyène, biologie cellulaire, biotechnologies
- PAIN Stéphanie, toxicologie
- SARROUILHE Denis, physiologie humaine – **Directeur du département de pharmacie**

Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers

- BARRA Anne, immuno-hématologie
- BINSON Guillaume, pharmacie clinique – **encadrement stages hospitaliers**
- CAMBIEN Guillaume, santé publique, épidémiologie
- THEVENOT Sarah, hygiène, hydrologie et environnement – **encadrement stages hospitaliers**

Maîtres de conférences

- ARANZANA CLIMENT Vincent, pharmacologie
- BARRIER Laurence, biochimie générale et clinique
- BON Delphine, biophysique
- BRILLAUD Julien, pharmacocinétique, biopharmacie
- BUYCK Julien, microbiologie (HDR)
- CHAUZY Alexia, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGE Marie, chimie analytique
- DELAGE Jacques, biomathématiques, biophysique
- GIRARDOT Marion, biologie végétale et pharmacognosie
- INGRAND Sabrina, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, pharmacochimie (HDR)
- MOLINA PENA Rodolfo, pharmacie galénique
- PINET Caroline, physiologie, anatomie humaine
- RIOUX-BILAN Agnès, biochimie – **Référente CNAES – Responsable du dispositif COME'in – Référente égalité-diversité**
- TEWES Frédéric, chimie et pharmacotechnie (HDR)
- THOREAU Vincent, biologie cellulaire et moléculaire
- WAHL Anne, phytothérapie, herborisation, aromathérapie

Maîtres de conférences associés - officine

- DELOFFRE Clément, pharmacien
- ELIOT Guillaume, pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwine, pharmacien

Enseignants contractuels en pratique officinale et soins primaires – DEUST PTP

- CHASSERIAU Jacques, pharmacien
- VALET Maud, pharmacien

A.T.E.R. (attaché temporaire d'enseignement et de recherche)

- AUPY Thomas, toxicologie

Professeur émérite

- COUET William, pharmacie clinique (08/2028)
- FAUCONNEAU Bernard, toxicologie (08/2029)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- BARTHES Danièle, chimie analytique (directrice honoraire)
- BRISSON Anne-Marie, chimie thérapeutique-pharmacocinétique
- COURTOIS Philippe, pharmacie clinique-pharmacodynamie (directeur honoraire)
- DE SCHEEMAEKER Henri, botanique et cryptogamie
- FOURTILLAN Jean-Bernard, pharmacologie et pharmacocinétique
- GIRAUD Jean-Jacques, chimie analytique
- GUERIN René, biophysique
- HERISSE Jacques, biologie moléculaire
- HUSSAIN Didja, pharmacie galénique
- JANVIER Blandine, bactériologie, virologie et parasitologie
- JOUANNETAUD Marie-Paule, chimie thérapeutique (directrice honoraire)
- LEVESQUE Joël, pharmacognosie
- MAISSIAT Renée, biologie cellulaire et moléculaire
- METTEY Yvette, chimie organique
- PARIAT Claudine, pharmacodynamie
- RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique
- SEGUIN François, biophysique, biomathématiques (directeur honoraire)
- VANTELON Nadine, biochimie
- VIOSSAT Bernard, chimie générale et minérale

DEPARTEMENT D'ODONTOLOGIE

Professeur associé des universités des disciplines odontologiques

- FLORENTIN Franck, réhabilitation orale

CENTRE DE FORMATION UNIVERSITAIRE EN ORTHOPHONIE (C.F.U.O.)

- GICQUEL Ludovic, PU-PH, **directeur du C.F.U.O.**
- VERON-DELOZ Lauriane, maître de conférences en psychologie

ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS

- DEBAIL Didier, professeur certifié

CORRESPONDANTS HANDICAP

- PERDRISOT Rémy, département de médecine
- RIOUX-BILAN Agnès, département de pharmacie

Remerciements

Monsieur le Président du Jury, Monsieur, Mesdames les membres du Jury, merci de votre lecture et de me faire l'honneur de juger mon travail.

Merci à la faculté de médecine de Poitiers et à tous les professeurs et médecins m'ayant encadrée pour la qualité de leur enseignement.

Merci Marion d'avoir accepté d'encadrer ce travail de thèse.

Mes Biches... Que dire. Bientôt 25 ans que vous êtes dans ma vie ou plutôt que vous êtes ma vie. Je ne sais pas ce que je serai sans vous. On a nos hauts et nos bas, mais vous êtes une partie de moi quoi qu'il arrive. Les rires, les pleurs, les joies, les peines, les blagues, les voyages (quand on arrive à s'organiser), je rêve de faire ça encore longtemps avec vous. Je ne vous ai peut-être pas toujours tout dit pendant cet internat, mais j'ai toujours su que vous seriez là pour moi. Les mots ne sont pas assez forts pour exprimer à quel point je vous aime. Ce diplôme il est aussi pour vous, pour enfin être à la hauteur de la fierté que vous exprimez pour moi depuis toutes ces années. Je pourrais rajouter des milliers de lignes mais je ne dirais qu'une chose : MERCI.

Mehdi, Merci d'être toi. Merci de m'avoir accueilli chez toi en « résidence de travail », merci de me soutenir psychologiquement pour toutes ces petites choses qui me font flipper (administratif et autre...), merci de me faire rire comme jamais.

Le Quintete. Qu'est-ce que je peux dire. On en a vécu des folies. Qui aurait cru que cette année de corpo nous amènerait à ça aujourd'hui ! Vous êtes des femmes exceptionnelles ! Je suis tellement reconnaissante de votre soutien depuis la fac. Je ne serais jamais sortie saine de ce mandat sans vous (est-ce que j'y suis entrée saine ? ça c'est un autre débat). On n'est pas toujours raccord sur les timings, mais on a quand même réussi à aller au Sziget et passer l'une des plus belles semaines de ma vie ! Va falloir retenter quelque chose comme ça rapidement ! Merci d'être encore là quand j'ai besoin et pour commenter les matchs de rugby (le tournoi des VI Nations serait vachement moins drôle sans vous). Je vous aime.

Mamelle ! Merci d'exister en fait, merci d'être venue avec moi te perdre 2 mois en Martinique, te battre contre des cafards qui font la taille de ma tête et les moustiques ! Ton rire est une musique à mes oreilles ! Je t'aime si fort !

Annette, une safe place unique, les meilleures vannes sordides de France et toujours des rires et beaucoup d'amour, merci de m'accepter dans ta belle région de l'Est !

Cécilou, mon deuxième cerveau, ça aurait été difficile sans toi ! Merci d'être si prévoyante et aimante. On est aussi bien en fin de congrès qu'en vacances à la Baule et je suis sûre qu'on a encore beaucoup de belles choses à vivre !

Lulu, t'es là depuis le début et c'est toujours un plaisir ! Merci pour les fous rires et n'hésite pas à faire un gros bisous à Martine elle m'aura bien aidé lors de ma petite « crise ».

Thomas, merci d'avoir été là depuis le premier jour de cette folle (et parfois mauvaise) aventure qu'ont été ces études. Plus ou moins proche géographiquement, je sais que tu es toujours là pour moi (et c'est réciproque). Je t'aime fort.

Elsa, tu as beau être partie de l'autre côté de la planète, c'est toujours un plaisir de savoir que tu es là pour moi !

Bibou, ma Bibou. Bonjouraaaaaan. Si j'ai fini à Poitiers c'est un peu à cause/grâce à toi. Savoir que j'avais une tête connue en arrivant à Poitiers ça m'a changé la vie. Tu as été un pur soutien, qu'on se soit beaucoup vu ou non. Je ne te demanderai pas de pleurer autant que moi à ta thèse, mais je ne dirai pas non à une petite larmichette haha. Je sais que cet internat n'a pas été tendre avec nous, mais je crois qu'on ne s'en sort pas trop mal au final. On se voit vite avec toute l'équipe qui m'a motivé pas mal pendant cette période aussi : **Karine, Clem, Betty, Juliette, Valentine, Victor, Mathilde, Xavier...**

Florian, qui aurait cru que le grand rouquin sympathique croisé par hasard sur un congrès de l'ANEMF deviendrait si important dans ma vie. Je ne sais pas si c'est humainement possible d'exprimer à quel point tu es important pour moi ! Merci pour tes appels toujours bien placés, pour ton écoute, tes blagues, tes câlins. Pas merci pour la fois où tu m'as réveillée en post cuite pour me dire que tu allais courir [oui je l'ai toujours en travers (LOL) celle-ci]. On en a fait des dingeries ensemble et je sens que ce n'est pas près de s'arrêter.

Mon Jojo, pour toutes les fois où tu as été là pour moi, pour les fois où tu m'as accueilli à Lyon quand j'avais besoin de bouger, pour tous les câlins de réconfort que tu m'as procuré : MERCI. Je pense que si la moitié des personnes qui nous ont vus ensemble étaient persuadées que tu étais mon mec, c'est qu'on s'aime comme il faut haha. Et non, je n'oublierai jamais mais comme on dit : IL N'Y A QUE NANTES SUD !

Les Lyonnais (**Will, Antoine, Charlie, Bastien**), La Meute (**Pierrot, Pierre David, Mugo, Sam, Greg, Armand, Tea**) : Merci d'être entrés dans ma vie, elle est tellement plus marrante depuis ! Qu'on se voit souvent ou non, qu'on parte en vacances ensemble (Oui, Pierre c'est de ta superbe maison en Corse que je parle) ou qu'on se voit simplement pour un verre, je suis toujours très heureuse de passer des moments avec chacun d'entre vous !

Romain, sans toi je ne l'aurai jamais fini cet internat. Merci de m'avoir recueillie chez toi quand j'étais au plus mal, d'avoir habité avec moi au fin fond de nulle part, de m'avoir mis en place un salon de jardin pour mon premier retour de garde, de m'avoir repris des demies gardes pour pas que je pète un câble et d'avoir allumé le barbecue pour me faire un petit repas de garde. Je t'aime du plus profond de mon âme et comme je te l'ai souvent répété : maintenant tu fais partie de ma vie que tu le veuilles ou non et je ne te lâcherai jamais. Je sais qu'on ne se voit pas assez mais tu es toujours dans mon cœur. Tu as été un pilier pendant ces 3 ans et pendant encore longtemps je l'espère.

Ma petite **MS** ! Madame la présidente ! Quel kiff d'avoir passé ces moments avec toi, quand tu veux pour refaire un tour des propriétés disponibles dans le Poitou-Charentes !

A la team du premier semestre, **Margaux** (quel bonheur d'avoir trouvé une alliée de concert pour la vie), **Pauline, Lothaire, Flo** et **Caro** (le bébé c'est cadeau), **JB** (la famille), **Matthias**... Grâce à vous, la transition dans la peau d'interne a été tellement plus simple ! Vive le Clos Breillat à jamais !

La **JAM coloc** ! Bon dieu ce que c'était bien ! Petite pensée pour Ginger et Covid qui nous en ont fait voir de toutes les couleurs. J'ai adoré passer ce semestre avec vous, les repas devant la télé, les rigolades, les bonnes brioches de Marine. Ce semestre a été exceptionnel et c'est en grande partie grâce à vous.

Anaïs mon petit chat, je suis tellement ravie de t'avoir rencontré si tôt dans cet internat, on en aura passé des bons moments ! Sache que je n'oublierai jamais à quel point tu es belle toute en bleu Avatar ! Merci pour le sauvetage de mon questionnaire, toi-même tu sais.

Marine, ça y est, j'ai fini aussi ! On l'aura bien senti passé ce sacré (pour ne pas être plus vulgaire) internat. Tu as été si forte et tu m'as tellement aidé, merci. Je ne sais pas trop quoi te dire à part que je serai toujours là pour toi quand tu en auras besoin.

La team Gynéco Niort : Oh waw ! Clairement mon meilleur stage.

Une équipe d'internes de choc : **Marine, Océane, Valentin, Margaux, Lucie, Célica** ! Merci à tous pour l'ambiance. Merci aux « grandes » d'avoir été nos vraies mamans et de nous avoir aidé absolument tout le temps ! Le flower power a été très efficace.

Une équipe de chefs pas mal du tout également : **Amélie, Martin, Anabela, Benoit**... Merci de m'avoir encore plus fait aimer la gynécologie. J'ai appris énormément à vos côtés et j'espère avoir été à la hauteur. Merci pour les apprentissages, mais aussi les vanes (d'ailleurs Benoit on a toujours un spectacle à monter), les pizzas en garde et les soirées hors de l'hôpital !

Grosse pensée pour toutes les sages-femmes avec qui j'ai passé des nuits parfois compliquées, mais toujours très drôles ! Merci pour la bonne humeur, les blagues et les petits cadeaux licornes.

Fantou et **Anne-So** : quel bel été nous avons passé grâce à votre superbe potager et la folle (mais bonne) idée d'installer cette piscine ! Vous êtes des choux à la crème et je suis ravie d'avoir pu survivre à ce semestre difficile à vos côtés !

Louise (ma fille) et **Christina**, mes petites ! Quel plaisir d'avoir partagé ce semestre à Angoulême avec vous (et notre chère MS évidemment). Vous êtes des femmes superbes, des médecins en or et des amies ! L'hiver aurait été beaucoup moins marrant sans nos sessions films et plaid.

Anat », merci de m'avoir laissé t'inculquer quelques bases : les fast and furious et le monde merveilleux des One Direction. Merci d'être venu tester tous les restaurants d'Angoulême avec moi. On aura passé des bons moments et tu as fait de cette fin d'internat un beau moment !

A la team du Viré Clessé : mon estomac ne vous remercie pas mais mon cœur si ! Ce semestre avec vous a été simplement un régal. **Anito, Mehdou, Chloé, Agathe, Mathieu** vous êtes des pépites.

La fine équipe : **Marie, Lise** ! Quel plaisir de vous avoir regardé colorier pendant des heures (vous avez beaucoup de talent). Merci pour les fous rires rochelais qu'on a transformés en fous rires Italiens ! Vous serez des docteurs en or et des femmes encore plus précieuses !

Ma team Pédia LR (**Margaux, Aubane, Anne Laure, MS, Marie, Laura, Loriane, Mymy, Julie, Estelle**) : Bon dieu que ce dernier stage était bien ! Je ne sais pas trop quoi dire à part que j'ai été heureuse de passer ces moments avec vous ! Merci celles qui m'ont suivi dans mon obsession de concerts et qui ont traversé la France pour chanter faux, couvertes de paillettes ! Gros big up à la superbe équipe de médecins et d'infirmières qui nous entourait.

Céline, Caroline, Christophe, Yves et Christophe, mes MSU, vous m'avez connu à différentes étapes de mon internat, parfois pendant des moments difficiles, mais vous avez tous à votre manière aidé mon évolution. Merci de m'avoir appris, de m'avoir écoutée, de m'avoir encadrée et de m'avoir permis de m'envoler.

À tous ceux qui ont fait partie de cet incroyable internat : **Julien, Louis, Fanny, Alexia, Albane, Tex, Sarah, Raph, Coline, Sarah, Blandine, Nico....**

Valentin D. tu me manques tous les jours, j'aurai eu besoin de tes pep talk à plusieurs moments, je sais que tu aurais compris ma douleur à certains moments. Je suis désolée de ne pas avoir réussi à être à ta hauteur. Tu es gravé sur ma peau à jamais. Je t'aime.

Midou, ma star ! J'espère que tu es fier comme je peux être fière de toi ! You know everything! Continue de briller.

Sis »... 30 ans que tu me supportes maintenant (belle perf) ! Merci pour tout. La communication n'est parfois pas notre fort, mais on finit toujours par se comprendre ! Tu m'as sauvé la mise plus d'une fois et j'ai toujours su que tu étais une épaule solide sur laquelle je pouvais me reposer. Je t'aime très fort. Continue d'être heureuse.

Maman, c'est bon, c'est fait ! Je sais que j'ai pris mon temps, j'en suis navrée ! Merci de m'avoir toujours soutenue et fait confiance, même quand ce n'était pas facile. Tu es une femme forte. Je t'aime

Papa, celle-ci elle est pour toi ! C'est un peu à cause de toi que j'en suis là, tu avais planté la graine dans mon esprit en seconde quand j'ai initialement répondu « Médecine : La FLEMME ».

Ravie que tu aies pu me voir diplômée de la Faculté de Nantes. Aujourd'hui, je suis officiellement Docteur. Tu me manques.

Jiji qui t'aime.

Et ce n'est peut-être pas habituel mais merci à **Moi**.

Sommaire

Liste des enseignants	2
Remerciements	5
Sommaire	9
Liste des figures	10
Liste des tableaux	11
Glossaire	12
Table des abréviations	13
Introduction	14
Définition de la transidentité	14
Histoire de la transidentité	14
Définition de la transition	15
Données épidémiologiques	15
Physio-pathologie	16
Justification du sujet de recherche au regard des connaissances disponibles	19
Matériel et méthodes	21
1 - Objectifs	21
2 - Type d'étude	21
3 - Population	21
4 - Critères d'inclusion	21
5 - Critères d'exclusion	22
6 - Questionnaire	22
7 - Mode de recueil des données	22
8 - Méthodes d'analyse	23
Résultats	25
1 - Caractéristiques socio-démographiques	25
2 - Prise en charge et acceptation de la prescription de THS	26
3 - Connaissance des ressources pour la prise en charge de personnes transgenres	29
4 - Étude d'associations	30
Discussion	35
1. Résultats par rapport à l'objectif principal	35
2. Freins à la primo-prescription	35
3. Attentes des MG par rapport à la primo-prescription	36
4. Ressources pour améliorer la primo-prescription par les MG	36
5. Discussion des résultats	37
6. Forces de l'étude	39
7. Limites de l'étude	40
8. Perspectives de l'étude	40
Conclusion	42
Bibliographie	43
Annexe	47
Annexe 1 : Prescription en pratique	48
Annexe 2 : Questionnaire	50
Annexe 3 : Liste des ressources	60
Serment	62
Résumé	63
Abstract	63

Liste des figures

Figure 1. Régulation de l'axe hypothalamo-hypophyso-gonadique © Auteur (16) _____ 17

Figure 2. Tableau récapitulatif des effets potentiels, temporalité d'apparition et réversibilité, d'un THS féminisant (20) _____ 18

Figure 3. Diagramme des flux © Auteur _____ 23

Figure 4. Répartition des participants dans la région Poitou-Charentes (à gauche) et lieu d'exercice hors Poitou-Charentes © Auteur _____ 26

Figure 5. Réticences à la prescription d'un traitement hormonal de substitution par les participants © Auteur _____ 29

Figure 6. Connaissance des ressources de la région dans la prise en charge des personnes transgenres (à gauche) et désir de recevoir un document sur ces ressources (à droite) des participants © Auteur _____ 30

Figure 7. Relation entre âge des participants et familiarité avec le terme de transidentité © Auteur _____ 31

Figure 8. Relation entre le genre et l'exercice des participants en Poitou-Charentes et familiarité avec le terme de transidentité © Auteur _____ 31

Liste des tableaux

Tableau 1. Caractéristiques socio-démographiques des participants _____ 25

Tableau 2. Prise en charge des patients et patientes transgenres par les participants_ 27

Tableau 3. Prescription d'un traitement hormonal de substitution par les participants 28

Tableau 4. Association entre âge, genre, prise en charge antérieure de personnes transgenres et acceptation de la prescription de traitement hormonal de substitution des participants _____ 32

Tableau 5. Approfondissement de l'acceptation de prescription de traitement hormonal de substitution des 96 MG participant à l'enquête _____ 33

Tableau 6. Relation entre taille de la patientèle et nombre de personnes transgenres prises en charge _____ 34

Cisgenre : Qualifie une personne dont l'identité de genre est en concordance avec le genre qui lui a été assigné à la naissance.

Dysphorie de genre : La dysphorie de genre, complication de la transidentité, est définie selon le DSM V comme une incongruence marquée entre le genre vécu/exprimé et le genre assigné, pendant au moins 6 mois et associée à l'existence d'une souffrance ou altération dans le champ social et/ou scolaire, ou à une augmentation significative du risque de souffrance ou d'altération dans ces domaines (1). Cette définition s'applique aux adultes comme aux enfants et adolescents.

Genre : Rôles, comportements, activités, fonctions et chances qu'une société, selon la représentation qu'elle s'en fait, considère comme adéquats pour les hommes et les femmes, les garçons et les filles et les personnes qui n'ont pas une identité binaire (OMS) (2).

Identité de genre : Sentiment intrinsèque d'être un homme, une femme ou d'un genre alternatif (genderqueer, agendre, queer, etc.).

Non-conformité de genre : Lorsque l'identité, le rôle ou l'expression de genre d'une personne diffère de la norme culturelle attendue pour les personnes d'un sexe déterminé (3).

Queer : Se dit d'une personne dont l'orientation ou l'identité sexuelle ne correspond pas au modèle social hétéronormé (4).

Sexe : Ensemble des caractères et fonctions qui distinguent le mâle de la femelle en leur assignant un rôle dans la reproduction dite sexuée (5).

Transgenre : Cet adjectif, parfois abrégé par « Trans », désigne un groupe varié d'individus qui occultent ou transcendent les catégories culturellement définies du genre. L'identité de genre des personnes transgenres peut varier à différents degrés du genre d'assignation à la naissance.

Transidentité : Le fait, pour une personne transgenre, de ne pas s'identifier au genre qu'on lui a attribué à la naissance sur la base de ses organes génitaux (6).

Table des abréviations

ALD : Affection longue durée

AMM : Autorisation de mise sur le marché

CECOS : Centres d'étude et de conservation des œufs et du sperme humains

CIM : Classification internationale des maladies

DSM : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (Diagnostic and statistics manual of mental diseases)

FPATH : French professional association for transgender health

FSH : Hormone folliculo stimulante

GnRH : Hormone de libération des gonadotrophines hypophysaires appelée aussi parfois gonadolibérine (Gonadotrophin releasing hormone)

HAS : Haute autorité de la santé

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

LGBT+ : Lesbienne, gay, bisexuel, transgenre et autres (non conforme au genre, pansexuel, asexuel, queer)

LH : Hormone lutéinisante

MG : Médecin généraliste

OMS : Organisation mondiale de la santé

PMA : Procréation médicalement assistée

SoFECT : Société française d'études et de prise en charge du transsexualisme

THS : Traitement hormonal substitutif

Introduction

La communauté trans est une communauté peu étudiée, souvent noyée dans les études sur la communauté LGBT où les individus les plus représentés sont les personnes gays et lesbiennes. Le *Bulletin des jeunes généralistes* de novembre 2019 en donne d'ailleurs un exemple clair : l'examen bibliométrique de la base de données PubMed montre que le nombre de publications contenant les termes « transsexuel » puis « transgender » a véritablement explosé une première fois en 2005, puis en 2015. Les publications françaises sont quasi-inexistantes et leur impact factor est nul (7).

Pour autant, depuis quelques années, le terme de transidentité occupe une place de plus en plus conséquente dans la sphère publique, que ce soit dans les débats, les émissions de télévision, les séries, les films ou encore sur les réseaux sociaux. Utilisées à l'occasion de débats sur la légitimité de cette frange de la population ou par rapport à l'inclusion des personnes trans dans le débat sur la PMA en 2021, un certain nombre d'incompréhensions persistent lorsqu'il s'agit d'évoquer cette partie de la communauté LGBT+, tant les informations reçues sont multiples et contradictoires.

De ce fait, il semble essentiel, dans cette introduction, de proposer quelques définitions, notions historiques et physiopathologiques afin d'éclaircir le sujet.

1. Définition de la transidentité

Ce terme est utilisé pour désigner une identité de genre différente de celle assignée à la naissance (8), ce qui nécessite de bien distinguer « genre » et « sexe biologique ».

L'OMS définit le genre comme « les rôles, comportements, activités, fonctions et chances qu'une société, selon la représentation qu'elle s'en fait, considère comme adéquats pour les hommes et les femmes, les garçons et les filles et les personnes qui n'ont pas une identité binaire » (2). L'OMS précise par ailleurs que le genre « a un lien avec le sexe biologique (masculin ou féminin), mais [qu'] il est distinct de lui ». Le sexe biologique est défini par « l'ensemble des caractères et des fonctions qui distinguent le mâle de la femelle en leur assignant un rôle dans la reproduction dite sexuée » (5).

2. Histoire de la transidentité

Le concept de transidentité est évoqué depuis plusieurs milliers d'années dans différentes cultures, notamment pré coloniales. Sur le plan médical pourtant, les travaux ont débuté au début du XX^e siècle en Allemagne avec les premières tentatives de transitions chirurgicales dans les années 1920 (3).

La notion de transidentité est très rapidement catégorisée comme psychiatrique, d'abord sous le terme de « travestissement » dans le DSM I et DSM II. En 1980, le concept de « transsexualisme » est intégré aux DSM III et DSM IV dans une catégorie intitulée « troubles psychosexuels ». Dans la cinquième version du DSM, publiée en 2013, le terme de « dysphorie de genre » fait son apparition. C'est désormais la souffrance potentiellement engendrée par l'incongruence de genre qui est considérée comme une pathologie, et non plus l'identité de genre en elle-même.

En parallèle, dans la classification internationale des maladies de l'OMS, un changement majeur est opéré en 2019 – 11^e version de la classification internationale – puisque la transidentité n'est plus classée dans la catégorie des « troubles mentaux », mais apparaît dans la catégorie de la « santé sexuelle ».

En France, on notera en 2009 l'annonce du gouvernement français par rapport au fait que la transidentité n'est plus considérée comme une affection psychiatrique. Le décret n° 2010-125 du 8 février 2010, publié au journal officiel le 10 février 2010, précise les nouvelles règles de prise en charge hospitalière de la transidentité au titre de l'ALD 31 (hors liste, c'est-à-dire « non psychiatrique ») et non plus de l'ALD 23 (9) .

Une dépsychiatisation de la transidentité s'est ainsi progressivement opérée depuis les années 2000, bien qu'elle ne soit pas jugée assez rapide par la majorité des associations françaises telles OUTRANS, Chrysalide ou encore Acceptess-T (10). À noter qu'il existe autant de transitions que de personnes transgenres.

3. Définition de la transition

La transition est définie par le Dr Clara VANACKER comme « toute démarche d'affirmation de genre pour mettre son rôle de genre social, son expression de genre, son corps, éventuellement son état civil, plus en phase avec son ressenti interne. Celle-ci n'est pas obligatoire, quelle que soit la façon dont se présente la personne ». Elle a affiché cette définition sur le site « <https://transidentiticlic.com/> », outil d'aide à la prescription qu'elle a créé dans le cadre de sa thèse.

Dans notre étude nous abordons l'une de ces méthodes d'affirmation : le traitement hormonal substitutif (THS).

4. Données épidémiologiques

Il n'existe pas de chiffres précis concernant la population des personnes transgenres en France. Si l'on se base sur les chiffres de prise en charge ALD du régime général, on peut estimer que cette population représente entre 1/10 000 et 1/50 000 personnes en 2009. En 2020, on obtient le chiffre de 8 952 personnes bénéficiant de l'ALD correspondante (11).

Un rapport de l'OCDE montre que les estimations des populations transgenres restent rares : en 2019, seuls 3 pays ont recueilli des informations sur l'identité de genre dans des enquêtes nationales représentatives : le Chili, les États-Unis et le Danemark estiment que les personnes trans représentent entre 0,1 et 0,3 % de leur population (12,13).

En France, il n'existe pas de recensement précis des personnes transgenres, mais certaines associations considèrent que la population française est comparable à la population canadienne, soit environ 0.33 % d'après le recensement de 2021 (14).

5. Physio-pathologie

La notion de THS féminisant doit être précisée. Pour rappel, une hormone est un messager chimique transporté par le système sanguin et qui se fixe sur certains récepteurs sur des organes ciblés afin d'agir sur le bon développement ou fonctionnement de ceux-ci (15). Les hormones sexuelles sont des hormones dites stéroïdiennes produites par différents organes (testicules ou ovaires) et permettent, entre autres, le développement des caractères sexuels secondaires à l'adolescence.

Pour comprendre le rôle du THS, il est important de comprendre le fonctionnement de l'axe gonadotrope qui régule la production d'hormones sexuelles dans le corps humain. Cet axe débute au niveau de l'hypothalamus, partie du système nerveux central, et communique avec l'hypophyse via la tige pituitaire. Cet axe hypothalamo-hypophysaire est à l'origine de la cascade de sécrétion et de régulation des hormones sexuelles. Au niveau de l'hypothalamus, la GnRH (gonadotrophin releasing hormone) est sécrétée de manière pulsatile et stimule l'antéhypophyse à sécréter elle-même la LH et la FSH. En fonction des organes de fixation, une sécrétion d'œstrogène et de progestérone (au niveau ovarien) ou de testostérone (au niveau testiculaire) se produit.

La régulation de cet axe gonadotrope est possible via rétrocontrôle, c'est-à-dire que le taux d'œstrogène, progestérone et testostérone circulant dans le sang ralentit la cascade hypothalamo-hypophysaire afin de maintenir une certaine homéostasie.

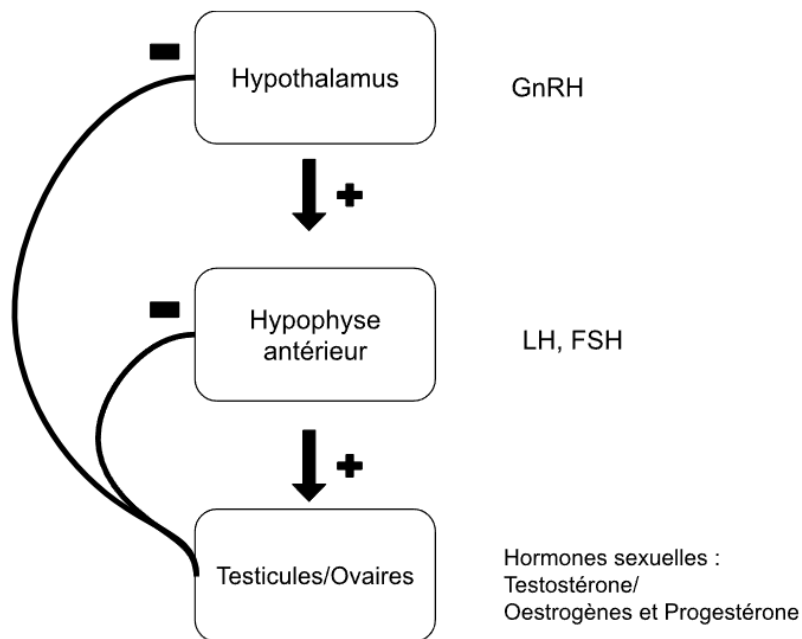


Figure 1. Régulation de l'axe hypothalamo-hypophyso-gonadique © Auteur (16)

C'est de ce système de rétrocontrôle que découle l'utilisation de THS qui modifie l'équilibre initial. Un THS féminisant, le plus souvent composé d'oestrogènes, d'antis androgènes et de progestérone, vise à atteindre des concentrations hormonales dites « féminines » et réduire les concentrations d'hormones masculinisantes. Les effets attendus sont multiples et certains sont plus réversibles que d'autres. Ils varient également en fonction des individus et de leur âge (17).

Lorsqu'un THS est prescrit avant la fin de la puberté (environ 25 ans), il peut agir sur le squelette ou entraîner un meilleur développement mammaire. À noter que chez les patients mineurs, l'utilisation initiale de bloqueurs de puberté est privilégiée à un réel THS féminisant (18).

Sur le plan corporel, les modifications sont multiples : une redistribution des graisses a lieu (répartition dite gynoïde soit au niveau des hanches, des cuisses, des fessiers, mais également du visage) ; la poitrine se développe ; la masse musculaire diminue ; la taille des mains et des pieds peut légèrement diminuer (diminution très subtile et plus à même de se produire si la prise d'hormones est réalisée jeune). La peau s'assouplit et la production de sébum diminue. La pilosité peut également être réduite, sans pour autant disparaître, et il peut y avoir une restauration limitée des cheveux en cas de début de calvitie. Du fait de la diminution des taux de testostérone circulantes, on assiste également à la diminution du volume testiculaire et de la production de spermatozoïdes.

D'autres modifications lors de la prise d'un THS féminisant sont à noter : diminution (souvent transitoire) de la libido, difficulté à obtenir et maintenir une érection, voire diminution complète des érections spontanées (il est possible d'adapter le traitement en fonction de la volonté à garder ou non la fonction érectile) ; des modifications au niveau émotionnel peuvent également être ressenties.

Ces modifications sont variables, tant en ce qui concerne leur moment d'apparition que par rapport à leur pérennité en cas d'arrêt du traitement. La figure ci-dessous récapitule les différentes temporalités entre l'apparition des changements et leur effet maximal escompté. Il est cependant important de noter que l'utilisation d'un THS est à effectuer à vie en cas d'orchidectomie au cours de la transition (19).

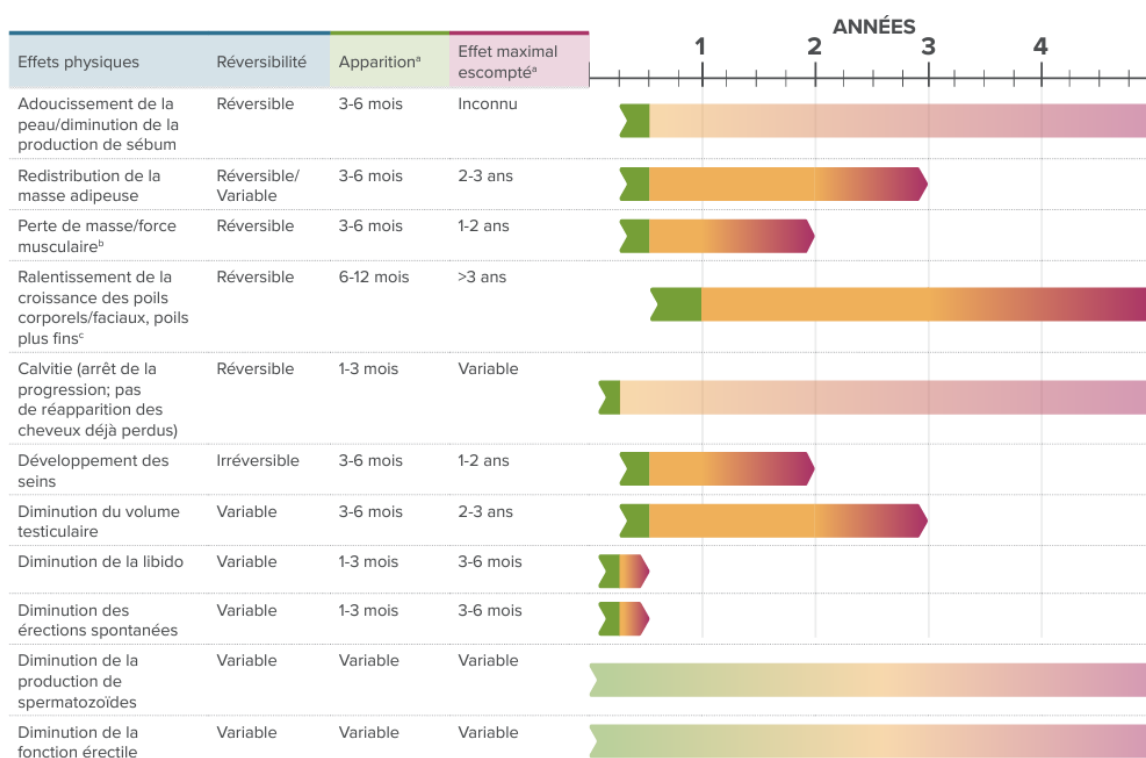


Figure 2. Tableau récapitulatif des effets potentiels, temporalité d'apparition et réversibilité, d'un THS féminisant (20)

Il est important de garder en tête que, comme tout traitement médicamenteux, il existe de potentiels effets indésirables tels que la majoration du risque thromboembolique, l'augmentation de la tension artérielle, l'apparition d'un diabète de type 2, une dyslipidémie ou une prise pondérale. Dans certains cas, des atteintes au niveau hépatique tels qu'une cytolyse ou des calculs des voies biliaires ont pu être observés. Plus rares sont les risques d'hyperprolactinémie (21).

Les contre-indications au THS sont peu nombreuses, mais doivent être respectées : cancer hormono dépendant en cours, antécédent de maladie thrombo-embolique veineuse ou artérielle (adaptation possible), antécédent ou affection hépatique aiguë en cours (3,19, 20).

En ce qui concerne la fertilité, dans le cadre du THS, il est conseillé de proposer aux personnes bénéficiant du traitement de se rendre dans un CECOS afin de faire conserver leurs gamètes, soit avant le début du traitement soit après une pause de 3 à 6 mois de prise.

Il existe différentes manières de prescrire et/ou d'associer ces produits en fonction des résultats attendus et des potentiels effets secondaires (cf. Annexe 1).

Avant la prescription d'un THS, il est donc indispensable de s'assurer de la possibilité de celle-ci. La première consultation constitue donc un temps important afin de discuter des volontés du ou de la patient.e, de s'assurer de la bonne compréhension des tenants et aboutissants de la mise en place du THS, mais aussi de prescrire les premiers examens : bilan sanguin (NFS, glycémie à jeun, bilan lipidique, hépatique et rénal) ; dosage hormonal initial (FSH, LH, testostérone totale, estradiol, TSH et prolactine) ; dépistage des IST ; examen clinique (poids, taille, tension artérielle). Dans certains contextes, des examens complémentaires peuvent être réalisés (échographies pelviennes, bilan de coagulation, etc.) (3).

6. Justification du sujet de recherche au regard des connaissances disponibles

Plusieurs études ont révélé la volonté des personnes transgenres de se tourner en première intention vers leur médecin généraliste (MG) pour prendre en charge leur transition (22). Le MG a donc un rôle à jouer dans le suivi des personnes transgenres, d'abord à travers un suivi médical classique sans discrimination (23), mais également en ce qui concerne la transition en elle-même.

En effet, lorsque l'on évoque la primo-prescription de THS, les MG ont généralement tendance à être exclus alors qu'ils peuvent la réaliser. Actuellement, la prescription de THS féminisant s'effectue en dehors de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) (24), c'est-à-dire que la décision de prescription incombe au MG sur la base d'une balance bénéfices/risques. Il n'existe aucune interdiction de prescription de THS féminisant, contrairement à la prescription de testostérone par les MG.

Dans le rapport IGAS de 2022, il est noté que la primo-prescription est parfois refusée par les MG, car elle n'est pas suffisamment encadrée et parce qu'ils manquent de recommandations et de pratiques claires et précises (25).

Dans le cadre des recherches sur le rôle du MG dans la transition, la plupart des travaux décrivent le point de vue des personnes trans : 10 thèses évoquent la perception des personnes trans (3,10,22,23,26–31), contre 3 concernant le point de vue des MG (32–34). L'ensemble des travaux s'accorde sur la difficulté des personnes trans à accéder à des soins de manière apaisée et dénuée de discrimination.

Un rapport de l'IGAS rapporte même que « si la situation et les parcours de soins des personnes trans ont été, et restent encore trop, marqués du sceau de la pathologisation de la transidentité et de sa stigmatisation, des évolutions majeures du contexte peuvent en effet contribuer à de profonds changements » (25).

La difficulté d'accès aux soins se retrouve particulièrement dans la relation au MG. Plusieurs études rapportent que certaines personnes trans ont déjà été confrontées à un refus de prise en charge du fait de leur identité de genre, que leur demande soit liée, ou non, à leur transidentité (3,27).

Dans sa thèse soutenue en 2021, Sylvain Desthieux a interrogé des MG sur leur relation aux personnes trans. Bien qu'ils reconnaissent la nécessité de s'investir davantage dans leur prise en charge, différents freins ont pu être relevés : un « sentiment de manque de compétence », mais également un manque de formation pour lequel les MG ne ressentent pas forcément le besoin ou l'envie de remédier et une absence de réseau de soin spécialisé dans la prise en charge des personnes trans (32).

Dans la continuité des études consultées lors de la revue de la littérature, il apparaît intéressant d'interroger les confrères et consœurs de la région Poitou-Charentes afin d'obtenir une approche plus locale de cette question.

1 - Objectifs

L'objectif principal de cette étude est de déterminer l'implication des MG du Poitou-Charentes dans cette primo-prescription de THS féminisant à destination des personnes transgenres.

Les objectifs secondaires sont d'identifier les freins possibles à cette primo-prescription et les attentes des MG pour s'impliquer davantage. Il s'agira également d'identifier les interlocuteurs régionaux qui pourraient aider ces MG et, de fait, améliorer la prise en charge des personnes transgenres dans le Poitou-Charentes.

L'hypothèse de départ est que les connaissances et la formation actuelle des MG, dans le Poitou-Charentes, sur le sujet semblent insuffisantes pour permettre une implication majeure dans la prescription de THS féminisant pour les personnes transgenres alors qu'elles souhaitent que leur MG soit leur interlocuteur principal dans cette transition.

2 - Type d'étude

L'étude menée est une étude transversale, observationnelle, descriptive et quantitative.

3 - Population

La population étudiée est composée des MG exerçant en région Poitou-Charentes.

Le choix de cette région est lié au fait que c'est là où nous avons été formée et c'est là que nous souhaitons nous installer par la suite. De plus les études concernant la relation MG et personnes trans consultées ne révèlent pas d'informations sur cette région (32).

4 - Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion de cette étude sont les suivants :

- Être MG, thésé ou non, installé ou remplaçant
- Exerçant dans l'un des départements suivants : Deux-Sèvres, Charente, Charente-Maritime, Vienne.

La formation des MG sur le sujet de la transidentité n'est pas considérée comme un critère d'inclusion, car cela aurait drastiquement réduit le nombre de répondants. Le fait que les MG aient pu bénéficier d'une formation sera appréhendé comme critère d'analyse.

5 - Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion de cette étude sont les suivants :

- Être interne ou externe
- Être MG à la retraite
- Être un médecin exerçant une autre spécialité que généraliste
- Ne pas exercer dans l'un des départements suivants : Deux-Sèvres, Charente, Charente-Maritime, Vienne.

6 - Questionnaire

Pour mener à bien cette enquête quantitative, un questionnaire composé de 24 questions, organisées en 4 groupes, a été élaboré (cf. Annexe 2).

Le premier groupe de questions (7 items) permet d'obtenir des informations concernant la population d'étude. La seconde catégorie, intitulée « Transidentité » (5 items), permet d'identifier si les MG interrogés sont familiers du concept de transidentité. La troisième catégorie, intitulée « Hormonothérapie » (9 items), a permis d'identifier les potentiels freins à la primo-prescription. Enfin, la dernière catégorie, intitulée « Ressources » (3 items), visait à récolter et proposer des ressources locales ou nationales pour améliorer la prise en charge des personnes transgenres.

7 - Mode de recueil des données

Pour garantir la confidentialité des données concernant les participants, le questionnaire a été créé grâce à l'application Lime Survey. Le lien a été diffusé de deux manières pour toucher un maximum de répondants : il a été directement adressé par mail aux MG de la région Poitou-Charentes ou par l'intermédiaire des pages internet des Conseils départementaux de l'Ordre des médecins.

Il est difficile d'évaluer le nombre de participants via chacune de ces méthodes en raison de l'anonymisation immédiate des réponses, mais aussi car certains MG ont été contactés par l'intermédiaire de l'adresse commune du cabinet.

À l'aide de mon adresse universitaire, j'ai personnellement envoyé un mail explicatif contenant le lien d'accès au questionnaire à 272 adresses mail. Au moment de la clôture du questionnaire, le 30 juin 2024, 40 mails ne sont pas arrivés aux destinataires, soit en raison d'une adresse inexistante soit en raison de la sécurisation de celle-ci.

L'accès aux réponses du questionnaire s'est fait via l'utilisation d'un identifiant et d'un mot de passe personnel.

Le recueil a été réalisé entre le 5 février 2024 et le 30 juin 2024 avec un rappel (par mail) envoyé aux MG le 6 avril 2024.

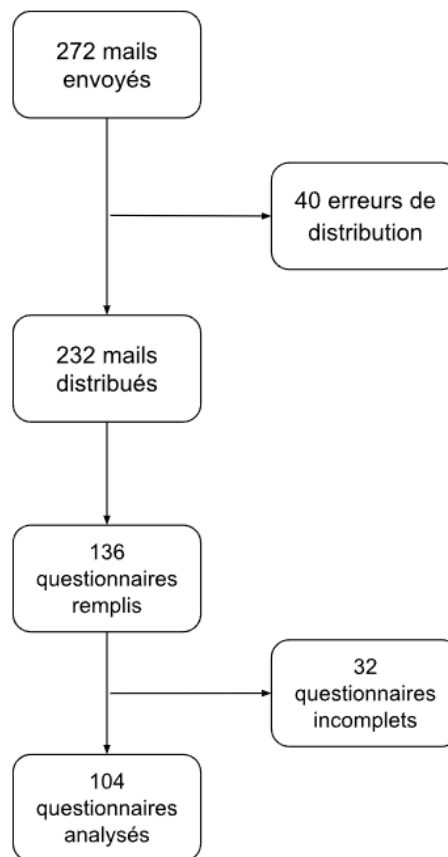


Figure 3. Diagramme des flux © Auteur

8 - Méthodes d'analyse

Le lieu d'exercice des MG de l'échantillon et leurs autres caractéristiques démographiques ont tout d'abord fait l'objet d'une description précise. Les effectifs et pourcentages ont été donnés ainsi que la moyenne, l'écart-type, le minimum et le maximum pour l'âge des MG. Afin de dresser un bilan des connaissances et pratiques des MG sur la transidentité, toutes les autres variables concernant la prise en charge de patients et patientes transgenres ont également été décrites en termes d'effectif et pourcentage. Les réticences des MG à la primo-prescription et au renouvellement de prescription de THS ont été également décrites, ainsi que leur connaissance des ressources à leur disposition sur le sujet.

Des liens ont ensuite été recherchés, tout d'abord entre le genre des participants, leur âge et l'exercice hors de la région Poitou-Charentes d'une part et le degré de familiarité avec le terme de transidentité d'autre part. L'acceptation de la primo-prescription et du renouvellement de THS ont également été mises en lien avec l'âge des MG, leur genre et le fait d'avoir déjà pris en charge des patients ou patientes transgenres. Les dernières associations étudiées étaient entre la taille de la patientèle et le nombre de patients ou patientes pris en charge dans le passé et l'acceptation de la prescription (primo-prescription ou renouvellement) avec le degré de connaissances des ressources sur le sujet.

Pour étudier toutes ces associations, des tests statistiques ont été réalisés. Pour les comparaisons de pourcentages, les tests choisis étaient des tests du χ^2 d'indépendance lorsque tous les effectifs théoriques étaient supérieurs à cinq, des tests du χ^2 d'indépendance avec correction de continuité de Yates pour les tableaux 2x2 lorsqu'un effectif était compris entre 2,5 et 5 ou des tests exacts de Fisher si les conditions précédentes n'étaient pas respectées. Pour les tests sur l'âge des participants, des tests non paramétriques de Mann Whitney (pour la comparaison de 2 moyennes) et de Kruskal Wallis (pour la comparaison de 3 moyennes) puisque l'âge n'était pas distribué de manière normale (testé à l'aide du test de Shapiro-Wilk) ont été réalisés. Le niveau de risque alpha choisi pour l'ensemble des tests était de 5 %.

Ces analyses, présentées ci-après, ont été réalisées avec les logiciels R® (version 4.0.2) et Rstudio® (version 2024.04.2+764).

Résultats

1 - Caractéristiques socio-démographiques

La base de données d'analyse est constituée de 136 réponses, dont 104 complètes. L'analyse a donc porté sur les 104 MG ayant terminé le questionnaire.

Au sein de l'échantillon, 58,7 % des MG sont des femmes cisgenres, 39,4 % des hommes cisgenres, 1 % est une femme transgenre et 1 % est une personne non binaire (Tableau 1). La moyenne d'âge des MG généralistes est de 43,5 ans ($\pm$ 11,8 ans) avec un âge minimum de 28 ans et un âge maximum de 70 ans (Tableau 1). La majorité d'entre eux exerce en libéral en cabinet pluridisciplinaire (68,3 %) ou en cabinet individuel (21,2 %). Près de trois quarts des MG ont une patientèle comprise entre 500 et 1500 patients (77,0 %). L'ensemble de ces données figure dans le tableau ci-dessous.

	n ou moyenne (écart-type)	% ou Min – Max
Âge (en années)	43,5 (11,8)	28 – 70
Mode d'exercice		
Seul en cabinet individuel libéral	22	21,2
Cabinet pluridisciplinaire libéral	71	68,3
Remplaçant	10	9,6
Mixte (libéral et salarié)	1	1,0
Taille de la patientèle		
< 500 patients	6	5,8
500-1000 patients	32	30,8
1000-1500 patients	48	46,2
1500-2000 patients	14	13,5
> 2000 patients	4	3,8
Genre		
Homme cisgenre	41	39,4
Femme cisgenre	61	58,7
Femme transgenre	1	1,0
Non binaire	1	1,0

Tableau 1. Caractéristiques socio-démographiques des participants © Auteur

Sur le plan géographique, presque la moitié des MG interrogés exerce en Charente-Maritime (49,0 %) et 22 MG ont déclaré avoir déjà travaillé en dehors de la région Poitou-Charentes, ce qui représente 21,6 % de l'échantillon sur les 102 MG qui ont répondu à cette question (Figure 4). Beaucoup ont exercé dans des régions et départements limitrophes du Poitou-Charentes ; 5 ont également exercé en dehors de la métropole française et 8 ont exercé à Paris ou en région Île-de-France.

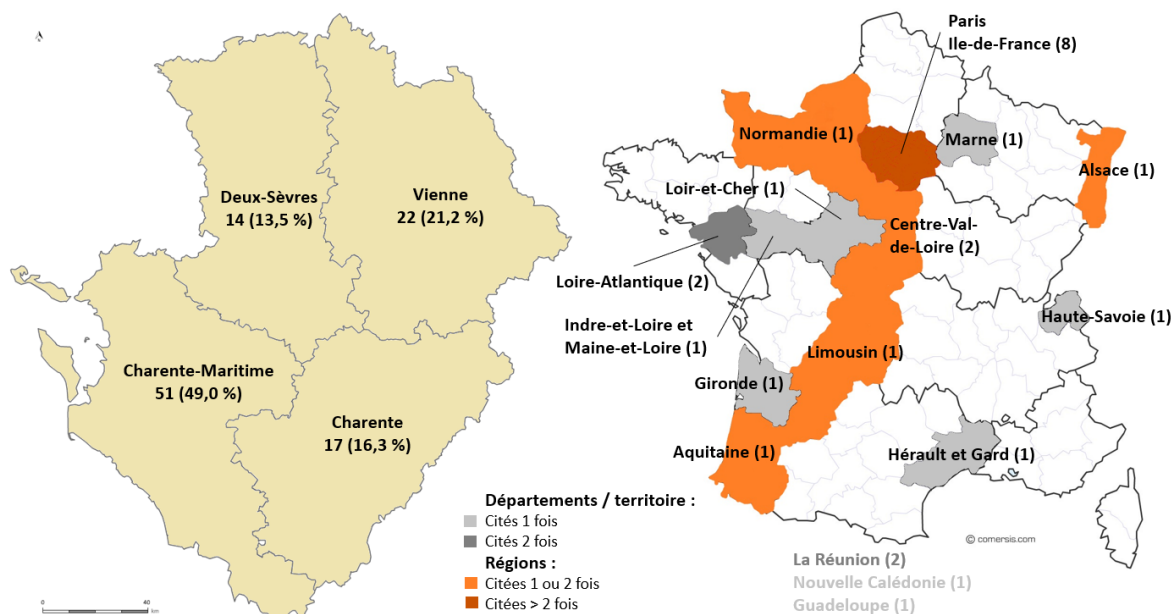


Figure 4. Répartition des participants dans la région Poitou-Charentes (à gauche) et lieu d'exercice hors Poitou-Charentes © Auteur

2 - Prise en charge et acceptation de la prescription de THS

Concernant la transidentité (Tableau 2), l'échantillon semble se diviser équitablement entre les MG qui se déclarent familiers du terme (49,0 %) et ceux qui se déclarent peu ou pas familiers du terme (43,2 %). Un peu plus de la moitié avaient déjà pris en charge des patients ou des patientes transgenres (54,8 %), la grande majorité l'ayant fait au cours du poste qu'ils occupent actuellement (82,5 %). Ils ont pris en charge entre 1 et 5 patients (94,7 %).

Concernant le rôle du MG dans cette prise en charge, aucun MG ne considère que la primo-prescription de THS en fait partie (Tableau 2). En revanche, 52,9 % listent dans ces rôles le suivi ou le renouvellement de THS. Les deux rôles principaux identifiés sont l'orientation et la coordination avec un spécialiste (89,4 %) et le suivi global de la prise en charge (76,9 %).

	Effectif	Pourcentage
Familiarité avec le terme de transidentité		
Pas du tout familier	12	11,5
Peu familier	33	31,7
Familier	51	49,0
Très familier	7	6,7
Sans opinion	1	1,0
A déjà pris en charge une personne transgenre	57	54,8
<i>Moment de la prise en charge</i>		
Internat	3	5,3
Remplacement	8	14,0
Poste actuel	47	82,5
<i>Nombre de personnes prises en charge</i>		
Entre 1 et 5	54	94,7
Entre 5 et 10	2	3,5
Entre 10 et 50	1	1,8
Rôle du MG dans la prise en charge		
Suivi global	80	76,9
Suivi psychologique	45	43,3
Primo-prescription THS	0	0,0
Suivi/renouvellement THS	55	52,9
Orientation/coordination avec spécialiste	93	89,4
Prise en charge administrative	33	31,7

Tableau 2. Prise en charge des patients et patientes transgenres par les participants
© Auteur

Concernant les traitements, 47,1 % des MG déclarent n'en connaître aucun (Tableau 3) et parmi les traitements listés, les plus connus sont les œstrogènes en comprimés (30,8 %) et les anti-androgènes (32,7 %). À noter également qu'aucun MG n'a suivi de formation sur la primo-prescription de THS, mais que 49 % souhaitent bénéficier d'une telle formation. L'apport principal retenu par les MG par rapport à une éventuelle formation est l'établissement d'une base scientifique sur les traitements existants et leur utilisation (77,9 %).

Par rapport à l'acceptation de la primo-prescription d'un THS en cas de sollicitation d'un patient, 92,3 % ont déclaré qu'ils refuseraient de faire la primo-prescription et qu'ils réorienteraient le patient vers un spécialiste (Tableau 3). Cependant, l'acceptation d'un renouvellement de THS est bien supérieure : 31,7 % le feraient et 51 % le feraient après s'être davantage renseigné sur la question, soit un total de 82,7 % d'acceptation de renouvellement de THS.

	Effectif	Pourcentage
Traitements connus		
Œstrogènes en gel	27	26,0
Œstrogènes en comprimés	32	30,8
Œstrogènes en patch	18	17,3
Œstrogènes en injection	19	18,3
Anti-androgènes	34	32,7
Aucun traitement	49	47,1
A suivi une formation pour primo-prescription de THS	0	0,0
Réponse si sollicité pour une primo-prescription de THS		
Non, réorientation vers un ou une spécialiste	96	92,3
Oui, mais souhaite se renseigner au préalable	6	5,8
Ne sait pas	2	1,9
Réponse si sollicité pour un renouvellement de THS		
Non	1	1,0
Non, réorientation vers un ou une spécialiste	11	10,6
Oui, mais souhaite se renseigner au préalable	53	51,0
Oui	33	31,7
Ne sait pas	6	5,8
Souhait de formation sur la primo-prescription de THS		
Non	41	39,4
Oui	51	49,0
Sans réponse	12	11,5
Apport potentiel d'une telle formation		
Base d'information sur la transidentité	61	58,7
Base scientifique sur les traitements et leur utilisation	81	77,9
Approfondissement des connaissances	31	29,8

Tableau 3. Prescription d'un traitement hormonal de substitution par les participants

© Auteur

Les réticences à la prescription les plus citées sont tout d'abord le sentiment de manque de formation (Figure 2). Il s'agit en effet de la raison la plus fréquemment avancée, que ce soit pour la primo-prescription (76 %) ou le renouvellement de THS (51,9 %). La deuxième raison la plus fréquente mentionnée est le sentiment d'illégitimité, cité par 15,4 % des MG concernant la primo-prescription et 7,7 % pour le renouvellement de THS. Enfin, on note que si 3,8 % des MG n'ont aucune réticence à la primo-prescription, ils sont 31,7 % à n'avoir aucune réticence concernant le renouvellement de THS.

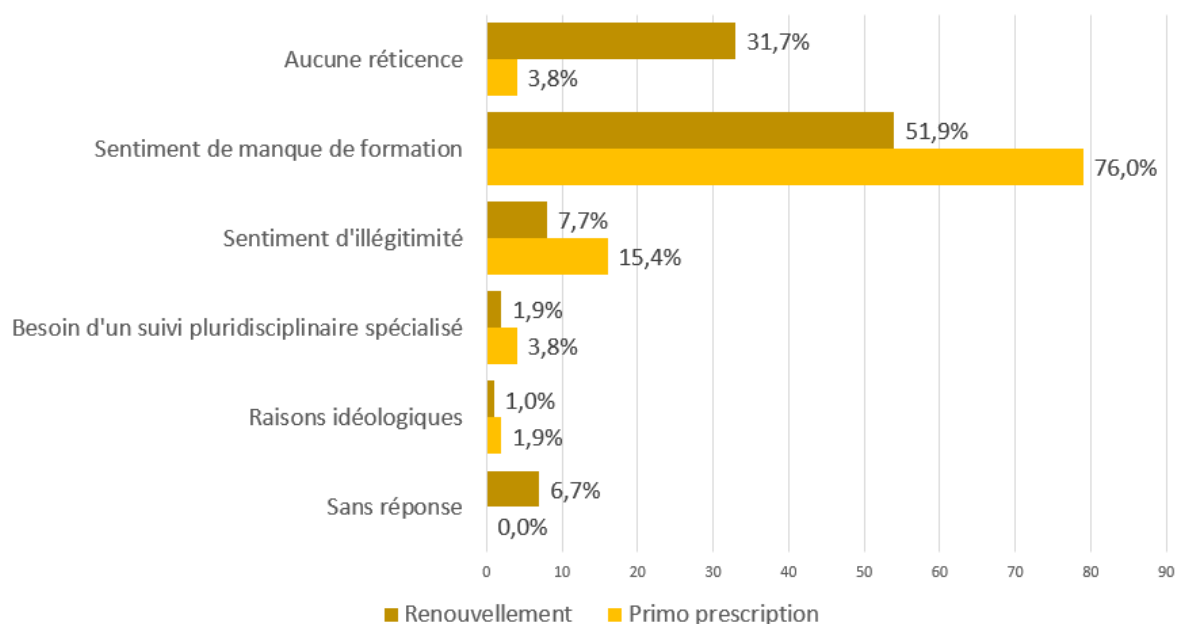


Figure 5. Réticences à la prescription d'un traitement hormonal de substitution par les participants © Auteur

3 - Connaissance des ressources pour la prise en charge de personnes transgenres

Sur le plan pratique, en termes de prise en charge des personnes transgenres, 10,6 % des MG interrogés ont déclaré connaître plutôt bien les ressources à leur disposition dans la région Poitou-Charentes (Figure 3). En revanche, 37,5 % déclarent plutôt mal les connaître et 49,0 % déclaraient très mal les connaître. Sur les 104 MG interrogés, 37 ont pu citer au moins une ressource (soit 35,6 %).

Les ressources principalement citées sont les services de CHU (celui de Bordeaux a été cité 12 fois, contre 8 fois pour celui de Poitiers), les collègues généralistes (cités 4 fois) ou d'endocrinologie (cités 7 fois). L'association ADHEOS a été citée par 2 MG et un autre MG connaissait un patient gestionnaire d'une association acceptant les rencontres avec des patients souhaitant être pris en charge (sans la nommer). Enfin, sur l'ensemble des MG interrogés, une grande majorité a déclaré être intéressée par la communication d'un document regroupant les différentes ressources afin de les aider dans la prise en charge de patients transgenre (92,3 %).

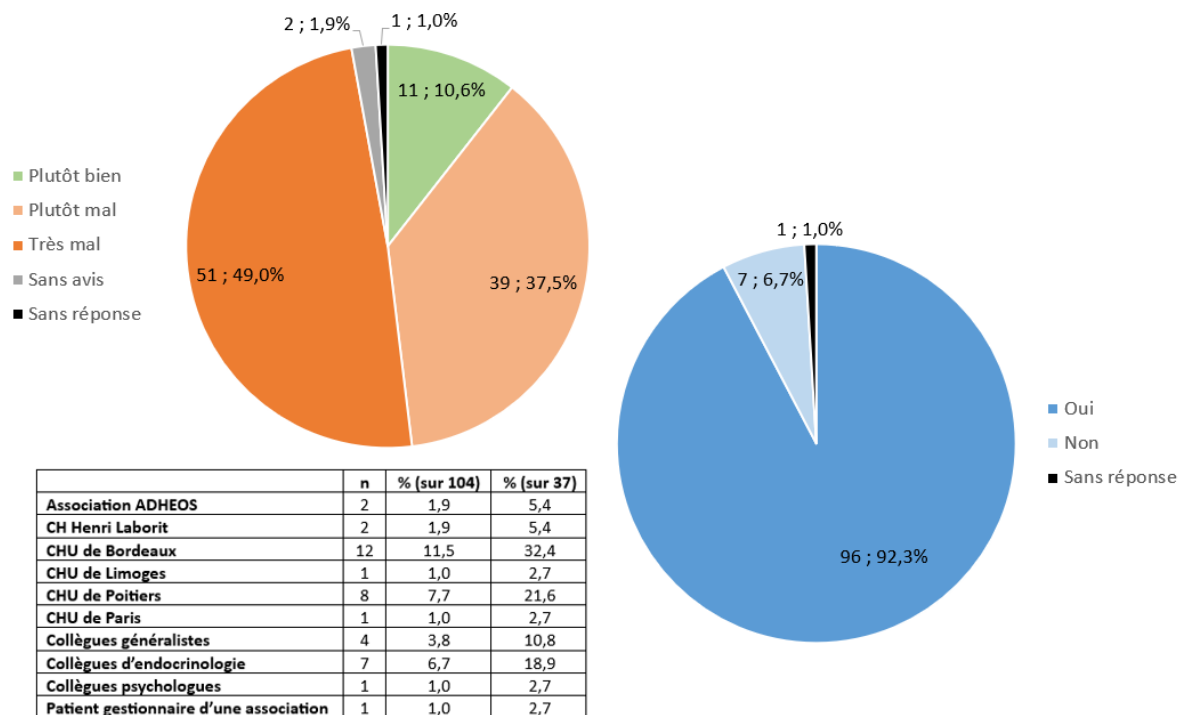


Figure 6. Connaissance des ressources de la région dans la prise en charge des personnes transgenres (à gauche) et désir de recevoir un document sur ces ressources (à droite) des participants © Auteur

4 - Étude d'associations

Tout d'abord, concernant la familiarité avec le terme de transidentité, si la part de femmes cisgenres familières ou très familières avec ce terme semble plus importante que celle des hommes cisgenres (60,7 % contre 51,2 %), le test réalisé montre que cette différence ne semble pas significative ($p = 0,7120$) (Figure 4). De la même façon, le fait d'avoir exercé en dehors de la région Poitou-Charentes ne semble pas non plus y être associé ($p = 0,3762$).

Aussi, si le test d'association réalisé entre l'âge et la familiarité avec le terme de transidentité ne révèle pas un lien significatif ($p = 0,0848$), nous pouvons tout de même déceler une tendance avec une moyenne d'âge de plus en plus faible au fil du degré de familiarité avec le terme de transidentité (Figure 7). Ainsi, la moyenne d'âge des MG non familiers de ce terme était de 47,9 ans ($\pm 8,5$ ans) et de 37,4 ans (± 10 ans) chez les MG très familiers de ce terme.

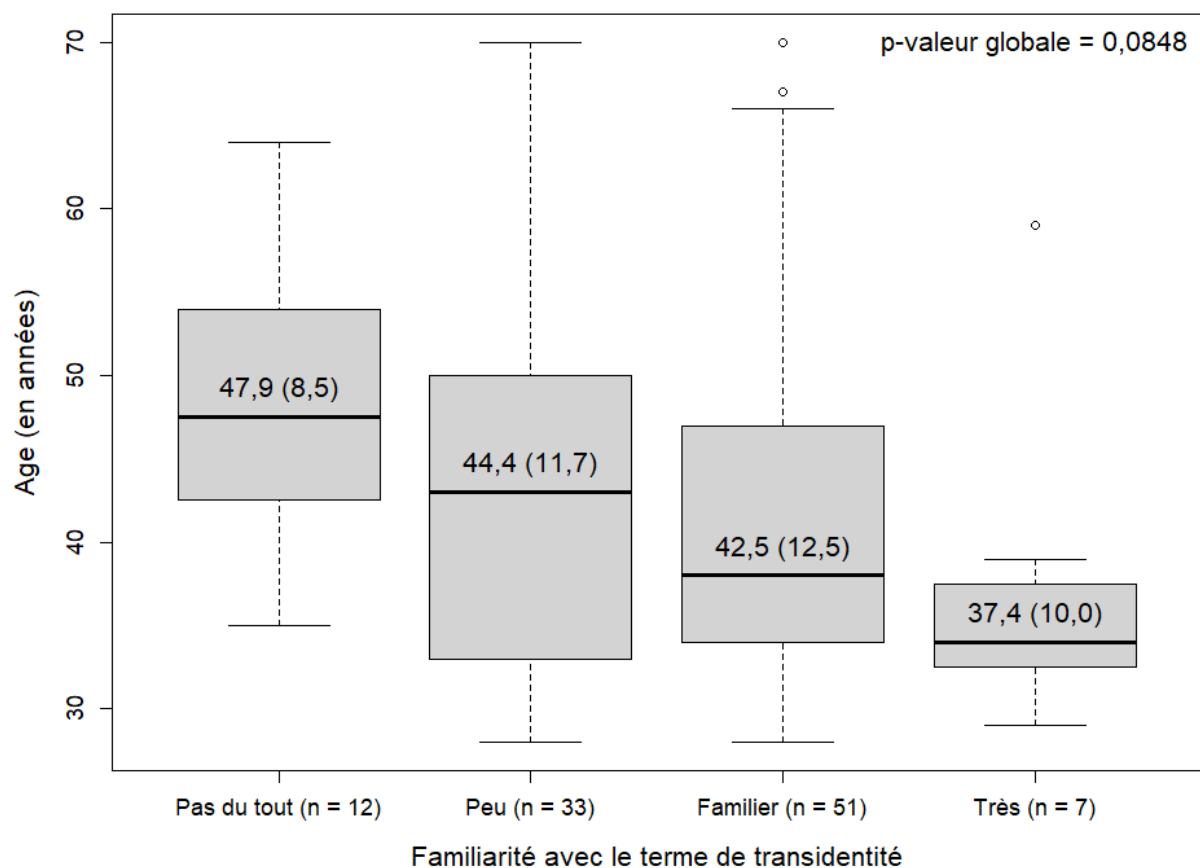


Figure 7. Relation entre âge des participants et familiarité avec le terme de transidentité
© Auteur

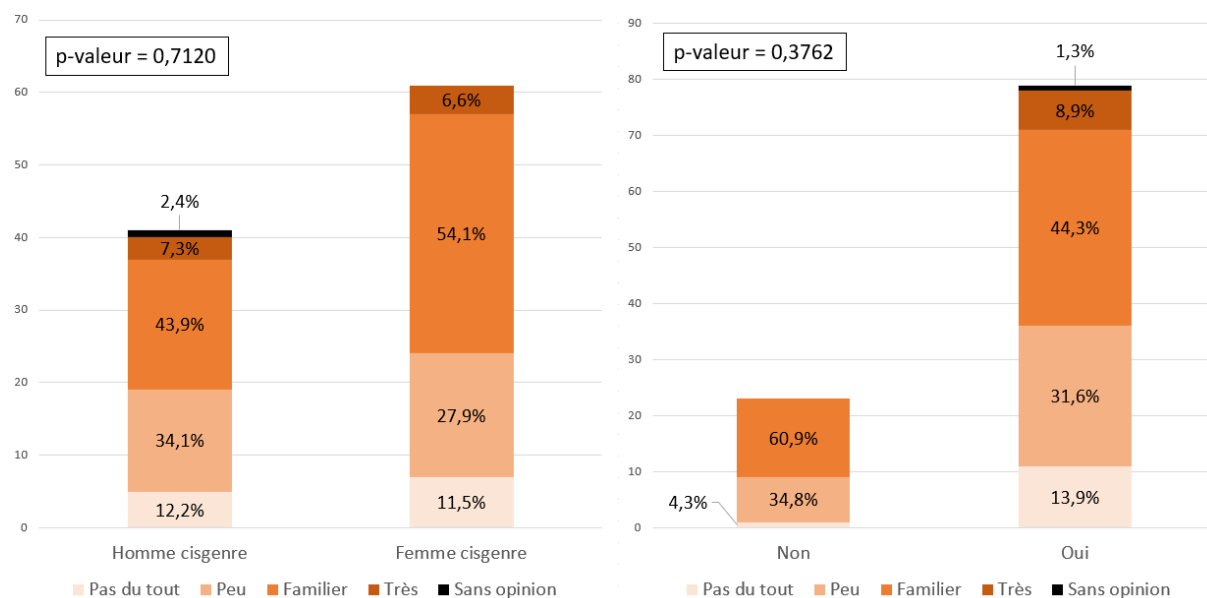


Figure 8. Relation entre le genre et l'exercice des participants en Poitou-Charentes et familiarité avec le terme de transidentité © Auteur

L'étude de l'acceptation de la primo-prescription et du renouvellement de THS n'a pas non plus révélé d'associations significatives avec l'âge, le genre ou le fait d'avoir déjà pris en charge des patients transgenres (tableau 4). Aucune tendance particulière ne semble en effet se dégager des données analysées.

Primo-prescription				
	Oui (n = 6)	Non (n = 96)		p-valeur
	n (%) ou M [SD] *	n (%) ou M [SD]		
Âge (en années)	41,5 (8,9)	43,9 (12,0)		0,7705
Genre	6	94		
Homme cisgenre	2 (5,1)	37 (94,9)		
Femme cisgenre	4 (6,6)	57 (93,4)		> 0,9999
A déjà pris en charge des patients	6	96		
Non	2 (4,3)	44 (95,7)		
Oui	4 (7,1)	52 (92,9)		0,8618
Renouvellement				
	Oui (n = 86)	Non (n = 12)		p-valeur
	n (%) ou M [SD]	n (%) ou M [SD]		
Âge (en années)	43,5 (11,5)	42,1 (12,7)		0,6723
Genre	84	12		
Homme cisgenre	32 (88,9)	4 (11,1)		
Femme cisgenre	52 (86,7)	8 (13,3)		> 0,9999
A déjà pris en charge des patients	86	12		
Non	37 (88,1)	5 (11,9)		
Oui	49 (87,5)	7 (12,5)		0,9291
Renouvellement				
	Oui (n = 33)	Oui, mais (n = 53)	Non (n = 12)	
	n (%) ou M [SD]	n (%) ou M [SD]	n (%) ou M [SD]	p-valeur
Âge (en années)	43,3 (11,3)	43,7 (11,8)	42,1 (12,7)	0,9111
Genre	32	52	12	
Homme cisgenre	11 (30,6)	21 (58,3)	4 (11,1)	
Femme cisgenre	21 (35,0)	31 (51,7)	8 (13,3)	0,8323
A déjà pris en charge des patients	33	53	12	
Non	9 (21,4)	28 (66,7)	5 (11,9)	
Oui	24 (42,9)	25 (44,6)	7 (12,5)	0,0661

* M [SD] : Moyenne [Écart-type]

Tableau 4. Association entre âge, genre, prise en charge antérieure de personnes transgenres et acceptation de la prescription de traitement hormonal de substitution des participants © Auteur

La taille de la patientèle et la prise en charge de personnes trans ne semblent pas significativement corrélées ($p = 0,2525$), bien que les MG ayant une patientèle ne dépassant pas 500 patients disent, à 66.7 % contre 50 % et 14.3 % pour les autres groupes, ne jamais avoir pris en charge une personne trans.

De même, si les MG dont la patientèle ne dépasse pas 500 patients semblent ne jamais avoir pris en charge de patients transgenres (66,7 % contre 50,0 % à 14,3 % dans les autres groupes), cette différence n'est pas significative ($p = 0,2525$) (tableau 5).

Par ailleurs, le fait d'accepter de faire une primo-prescription ou un renouvellement de prescription de THS n'est pas significativement associé à la connaissance de ressources existantes ($p = 0,1757$) (tableau 6).

Enfin, un test du χ^2 d'ajustement visant à vérifier si les MG sont répartis de manière homogène en termes d'acceptation (renouvellement seul, primo-prescription seule et les deux) a montré que ce n'est pas le cas ($p < 0,0001$). En effet, les MG acceptant uniquement le renouvellement de THS sont 81,2 %, soit 92,9 % des MG acceptant la prescription, peu importe la modalité (tableau 6).

	Aucun	Entre 1 et 5	Entre 5 et 10	Entre 10 et 50	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	p-valeur
< 500 patients	4 (66,7)	2 (33,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	
500-1000 patients	16 (50,0)	15 (46,9)	1 (3,1)	0 (0,0)	
1000-1500 patients	24 (50,0)	22 (45,8)	1 (2,1)	1 (2,1)	
1500-2000 patients	2 (14,3)	12 (85,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	
> 2000 patients	1 (25,0)	3 (75,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,2525

Tableau 5. Approfondissement de l'acceptation de prescription de traitement hormonal de substitution des 96 MG participant à l'enquête © Auteur

	Effectif	Pourcentage	p-valeur
MG acceptant			
Uniquement renouvellement	78	81,2	< 0,0001
Renouvellement et primo-prescription	6	6,2	
<i>Aucun des deux</i>	12	12,5	
Acceptation			
	Aucun des deux (n = 12)	Au moins l'un des deux (n = 84)	
	n (%)	n (%)	p-valeur
Connaissance des ressources			
Plutôt bien	2 (16,7)	9 (10,7)	0,1757
Plutôt mal	3 (25,0)	35 (41,7)	
Très mal	6 (50,0)	39 (46,4)	
Sans avis	0 (0,0)	1 (1,2)	
Sans réponse	1 (8,3)	0 (0,0)	

Tableau 6. Relation entre taille de la patientèle et nombre de personnes transgenres prises en charge © Auteur

Discussion

1. Résultats par rapport à l'objectif principal

Pour rappel, l'objectif principal de cette étude consistait à dresser un état des lieux de la primo-prescription de THS par les MG dans la région Poitou-Charentes.

Les résultats obtenus révèlent que presque tous les MG (92.3 %) refusent de réaliser cette primo-prescription.

2. Freins à la primo-prescription

L'un des objectifs secondaires de cette étude était d'identifier les freins à cette primo-prescription de THS. L'argument principal avancé par les MG est le sentiment de manque de formation. Ce sentiment a été exprimé par 76 % des MG interrogés et explique leur refus de réaliser cette primo-prescription.

Notre étude a en effet permis de constater que 99 % des MG interrogés n'ont pas bénéficié de formations concernant spécifiquement la prise en charge des personnes transgenres. Ce résultat est cohérent avec les différents travaux publiés à ce sujet (29,35). Il s'agit par ailleurs de l'un des points de départ du rapport Picard Jutant (24) qui met en avant la difficulté à améliorer la prise en charge des personnes trans si les MG ne sont pas davantage formés et intégrés dans le parcours de soins.

Seuls 29.8 % des MG interrogés considèrent qu'ils possèdent suffisamment de connaissances pour éventuellement les approfondir. Ces chiffres montrent donc que seule une minorité de MG est sensibilisée à la question de la transidentité.

L'une des justifications du manque de formation personnelle, qui devrait compenser l'absence de formation initiale, est que les MG ne prennent pas suffisamment en charge de personnes trans dans leur patientèle. En effet, 94,7 % des MG interrogés ont, au maximum, pris en charge cinq personnes transgenres durant leur carrière. Ils considèrent ainsi cette formation comme non prioritaire, dans le sens où peu de patients peuvent en bénéficier dans un contexte de demandes de soins croissantes et d'une charge de travail déjà conséquente. De plus, en pratique, une prise en charge que l'on ne répète que très rarement est moins maîtrisée. Selon les chiffres mentionnés en introduction, la population trans peut être estimée à environ 0.33 % de la population française ; si les MG rendent leur intégration dans le soin plus accessible, nous pourrions voir ce chiffre augmenter.

Le deuxième frein majoritaire est le sentiment d'illégitimité des MG, exprimé par 15.4 % des répondants. Il découle en partie de ce manque de formation.

Enfin, un autre frein, déjà identifié par d'autres études (31), réside dans une certaine forme de malaise des MG face aux personnes trans. Ce malaise peut parfois mener à une réelle transphobie, susceptible d'empêcher totalement les personnes trans de prendre soin de leur santé.

3. Attentes des MG par rapport à la primo-prescription

Un deuxième objectif est d'identifier les attentes des MG pour réaliser cette primo-prescription. La grande majorité des MG interrogés (77.9 %) considèrent qu'une formation leur apporterait des connaissances scientifiques sur les traitements et leur utilisation. Ces traitements leur sont en effet complètement inconnus : 47 % des MG disent n'en connaître aucun. Cette donnée est intéressante, car il s'agit souvent des molécules utilisées dans la prise en charge des femmes ménopausées. Il est légitime de se demander si le prisme de la prise en charge des personnes trans a pu conditionner cette réponse.

Dans les réponses des MG au questionnaire, il a été possible de constater que certains MG valorisent l'aspect pluridisciplinaire de la prise en charge des personnes trans avec une volonté d'être accompagné de spécialistes pour éviter « de faire n'importe quoi » et proposer la meilleure prise en charge possible, quel que soit leur âge ou mode d'exercice.

4. Ressources pour améliorer la primo-prescription par les MG

Un troisième objectif de cette étude consistait à identifier les interlocuteurs régionaux ou nationaux pouvant aider les MG à s'impliquer davantage dans la primo-prescription de THS.

L'inclusion des patients dans les décisions prises constitue en effet de plus en plus une priorité dans la vision de la médecine au XXI^e siècle à travers le développement d'une médecine participative et individualisée (36).

Dans un tel contexte, l'identification et la connaissance des ressources locales et nationales sont primordiales pour les MG souhaitant prendre part à cette prise en charge. Malheureusement, selon les résultats précédemment présentés, seuls 10.6 % des MG interrogés semblent plutôt bien appréhender les ressources à leur disposition. Dans la majorité des cas, il s'agit des CHU, ce qui rejoint le constat que la prise en charge des personnes trans est encore très hospitalo-centrée (37).

Dans le cadre de ce travail et pour améliorer la connaissance des MG du Poitou-Charentes sur les aides possibles, une liste non exhaustive des différents services hospitaliers ou associations présentes dans la région ou sur le territoire national a été créée (cf. Annexe 3). Ce document pourrait constituer le point de départ d'une meilleure prise en charge en présentant les diverses associations et les médecins spécialistes ou généralistes impliqués dans celle-ci. Selon nos résultats, la majorité des répondants

s'est dite intéressée par celui-ci (92.3 %). La multiplication des articles et travaux de thèse concernant la prise en charge des personnes trans devrait également favoriser la diffusion des informations.

5. Discussion des résultats

En ce qui concerne le profil démographique des MG ayant participé à cette étude, la moyenne d'âge des participants interrogés est légèrement différente des moyennes nationale et régionale : 43.5 ans dans notre étude contre 50.5 ans en moyenne en France et 51.1 en région Poitou Charente en 2023.

Bien qu'elle ne soit pas significative, il existe cependant une tendance à une plus grande familiarité avec le terme de transidentité plus les répondants sont jeunes. Notre population répondante est donc potentiellement plus à même d'être familière avec ce terme que la moyenne nationale (38).

Les femmes sont légèrement majoritaires dans les MG interrogés dans le cadre de ce questionnaire, à hauteur de 58.7 %. On remarque qu'il y a environ 10 % de MG femmes en plus dans notre population que de MG femmes en France (48.8 % de MG femmes en France en 2023). Pour autant, le fait que la part de MG femmes soit plus conséquente ne change pas significativement la perception de la situation selon nos études croisées (figure 8).

L'étude portant sur une population médicale locale, il a semblé pertinent de vérifier si le fait de sortir de cette zone géographique pouvait entraîner des différences sur la sensibilisation à la prise en charge des personnes trans. Ce n'est significativement pas le cas. Cette problématique pourrait donc être commune aux MG sur tout le territoire français, corroborant les différentes études consultées dans le cadre de la revue de littérature (24,26,29).

On a trop longtemps considéré que la prise en charge des personnes trans était réservée à des spécialistes en raison d'une vision très psychiatisée de la transidentité, situation qui prime encore en France. Il a par exemple fallu attendre décembre 2022 pour que la CNAM demande à ses agents de ne plus exiger de certificats psychiatriques dans le cadre des parcours de transition des personnes transgenres. Cette condition à la prise en charge a été reconnue comme illégale par jurisprudence en 2004. Cette décision a été rendue à la suite d'un dépôt de plainte de plusieurs associations (39)

Bien que la prise en charge des personnes trans est effective depuis le début des années 1970 en France, les premiers pôles de spécialistes référents pour organiser les prises en charge ne sont mis en place qu'à partir de 2002.

En 2010, à la suite du rapport HAS sur la prise en charge du « transsexualisme » en France (37), la SoFECT, (aujourd'hui Trans Santé FPATH) est créée. Elle regroupe différents spécialistes (endocrinologues, gynécologues, psychiatres, etc.) et se présente comme le seul recours officiel pour la mise en place d'un parcours de transition en s'intégrant aux hôpitaux publics dans différentes villes de France. Cette société savante décide de la possibilité ou non d'une prise en charge et de sa chronologie.

Cependant, patients et collectifs d'associations se sont rapidement détournés de ces voies classiques et initialement obligatoires du fait des violences médicales et psychologiques qui ont eu lieu dans ces sphères. Le monopole de certains, notamment de la SOFECT, sur une situation telle que la transidentité où une individualisation de la prise en charge est nécessaire, ne peut être la bonne solution pour garantir des soins adaptés à chaque individu.

Cet état de fait explique le « sentiment d'illégitimité » des 15.4 % des MG interrogés par rapport à la primo-prescription de THS. À l'heure actuelle, le MG n'est pas identifié comme un prescripteur possible. Il perçoit la transidentité comme une surspécialisation médicale pour laquelle il ne possède pas les clés. Ce sujet n'est d'ailleurs que très peu abordé dans le socle commun des études médicales. Dans le référentiel du collège d'urologie (dont la nouvelle version sera publiée à la fin du mois d'octobre 2024), l'item 58, intitulé « Sexualité normale et ses troubles », comprend un paragraphe sur « le transsexualisme ». Celui-ci recommande encore une évaluation psychiatrique, même si celle-ci n'est plus obligatoire aujourd'hui (40). À l'inverse, le référentiel du collège de psychiatrie de 2024 ne comporte plus de paragraphe concernant la transidentité, mais mentionne la différence entre « genre » et « sexe biologique » (41).

C'est pourquoi la majorité des MG qui prennent actuellement en charge des personnes trans se sont formées via leurs pairs (REST), à travers des diplômes universitaires à Rennes, Aix Marseille, Paris-Saclay et la Sorbonne (peu disponibles) ou encore via des associations.

Nous savons que pour la population trans, la santé constitue une difficulté majeure. Dans l'étude de Jansen (21), la volonté principale des personnes trans concernant leur MG n'est pas qu'il soit un professionnel de la transition, mais simplement un professionnel de santé qui les considère dans leur globalité. Ils n'exigent pas forcément une prise en charge de leur transition, mais un minimum de connaissances sur ce thème afin de pouvoir se sentir en confiance pour l'aborder et, potentiellement, être réorienté. Ce besoin exprimé est en accord avec la compétence numéro un des MG, à savoir une « approche globale et complexité ».

D'autres études ont montré qu'il est important que les personnes transgenres puissent avoir accès à une prise en charge globale afin d'améliorer leur santé mentale (3, 21, 22, 29). Refuser cet accès sous prétexte de désaccords ou d'idées reçues entraîne des risques majeurs pour cette frange de la population, soit en raison du recours à

l'automédication qui n'est – par définition – pas contrôlée, soit dans les cas les plus graves en raison de tentatives de suicide du fait d'une souffrance trop importante. C'est un réel sujet de santé publique.

L'étude de Leyzat (33) a révélé qu'en ce qui concerne leur propre santé et indépendamment de leur transition, les personnes trans ne consultent pas de MG en raison de la transphobie. Notre étude a en effet révélé que certains MG expriment encore des avis très violents, emprunts de transphobie, envers les personnes trans. Par exemple, à la question « Quelles seraient vos réticences vis-à-vis de cette primo-prescription », la réponse suivante a été obtenue : « 46 XX et 46 XY, ne pas renier la génétique par effet de mode ».

De la même manière, à la question « Selon vous qu'est-ce que cette formation serait susceptible de vous apporter », la réponse suivante a été obtenue : « Le renoncement au fonctionnement des mammifères ». Nous constatons qu'il existe encore une réelle méconnaissance de la situation des personnes trans. Cette situation entraîne une certaine hostilité qui ne permet pas la prise en charge sereine et efficace d'une population déjà fragile, comme mentionné précédemment.

Ainsi, il serait nécessaire de proposer une formation qui permettrait à tous les professionnels de santé d'acquérir les compétences indispensables sur la transidentité et son impact sur la santé, ainsi que sur les comportements à adopter pour établir une relation de soins et de confiance avec les personnes trans et faire évoluer les mentalités actuelles. Notre étude, ainsi que les différents éléments de la littérature, suggèrent la mise en place d'une formation pluridisciplinaire, conjointement menée par les acteurs de la prise en charge actuelle, en incluant les jeunes MG, les associations de patients, etc.

En ce qui concerne la mise en place de cette formation, il est à noter qu'au moment de la rédaction de ce travail, les nouvelles recommandations françaises de bonnes pratiques, initialement prévues pour la fin de l'année 2024, n'ont pas encore été publiées. À ce jour, il n'existe aucune visibilité sur la date exacte de publication de ces bonnes pratiques.

6. Forces de l'étude

Comme mentionné précédemment, les thèses concernant la prise en charge des personnes transgenres ne sont pas nombreuses, encore moins lorsqu'il s'agit de restituer le point de vue des MG (30, 31, 33).

Pour autant, la prise en charge par le MG constitue un moyen d'améliorer la prise en charge des personnes trans par le milieu médical, d'autant plus qu'il s'agit d'une population souvent exclue des parcours de soins (10).

L'identification de certaines attentes des MG du Poitou-Charentes constitue une aide solide pour adapter, à l'échelle nationale, les formations aux besoins réels des MG.

7. Limites de l'étude

L'étude menée présente certains biais.

Il existe tout d'abord un biais de recrutement, car le questionnaire a été en partie diffusé auprès de MG ayant déjà donné leur accord pour participer à des thèses et donc plus enclin à participer à cette recherche.

Il existe également un biais de faible effectif : le nombre de répondants peut être considéré comme trop faible pour être significatif ou représentatif. Environ 9 % des MG en activité dans la région Poitou-Charentes ont participé à cette étude, malgré une relance par mail effectuée à mi-parcours de la récolte de données. À noter que selon le site de l'assurance maladie, il y avait 1481 MG en activité en région Poitou-Charentes en 2022 (42). Pour un niveau de confiance statistique à 95 % et une marge d'erreur à 5 %, il aurait fallu obtenir 306 réponses, soit 20.6 % de la population des MG exerçant dans la région.

Le questionnaire proposé aux participants comprend quelques questions ouvertes qui rendent parfois difficile l'interprétation des résultats.

Enfin, il ne faut pas exclure un biais de stéréotypes puisqu'il s'agit d'un sujet sensible avec peu d'informations objectives disponibles pour les MG, ce qui pourrait expliquer que certains répondants n'aient pas entièrement complété le questionnaire. Pour rappel, 23.5 % des personnes ayant commencé le questionnaire ne l'ont pas terminé.

8. Perspectives de l'étude

L'étude s'inscrit dans une volonté d'améliorer la visibilité de la communauté trans dans les sphères scientifiques et médicales. Il est évident que dans la région Poitou-Charentes, comme dans la majorité des régions françaises, les MG ne font pas encore partie des acteurs principaux de la prise en charge des personnes trans (3, 25, 26).

Le manque de formation est flagrant et ce depuis la phase socle, mais également dans la formation continue. Les institutions n'ont pas encore donné les clés aux MG pour pouvoir primo-prescrire facilement et sereinement les THS féminisants.

Il s'agissait d'identifier les freins à cette primo-prescription, mais il pourrait être pertinent d'interroger plus en détail les MG afin d'obtenir davantage de précisions, par le biais d'une enquête qualitative composée d'entretiens semi-directifs. Il pourrait être intéressant d'organiser des rencontres entre MG ayant décidé de s'impliquer dans la prise en charge des personnes trans et MG encore réticents de manière à déconstruire certains préjugés encore présents.

En annexe 3, nous proposons une liste des ressources locales et nationales. Même si nous n'avons aucune assurance que les MG l'utiliseront, il pourrait être intéressant de contacter les associations et les services hospitaliers identifiés afin de discuter d'une amélioration de la collaboration avec les MG. Ce document pourrait également bénéficier d'un affichage dans les salles d'attente ou être distribué aux MG du Poitou-Charentes lors des formations régionales ou nationales.

La recherche sur les personnes trans mériterait d'être élargie. Même si nous avons pu consulter environ une dizaine d'études concernant leur rapport à la médecine générale, de nombreux sujets restent à explorer. Il est important de noter que les personnes trans font partie d'une des communautés les plus susceptibles de subir des violences, d'être touchée par des maladies sexuellement transmissibles ou encore de souffrir de maladies mentales (3, 10, 27).

Il semble également essentiel de laisser également les personnes trans s'exprimer sur le sujet et d'assister aux formations et présentations qu'elles proposent, comme les Journées d'Échanges sur la Santé Trans organisée par Acceptess-T, le COREVIH IDF NORD et la plateforme « Trajectoires Jeunes Trans », journées auxquelles nous avons assisté en mai 2023 (43).

Conclusion

La communauté trans souhaite de plus en plus se tourner vers les MG afin d'effectuer sa transition médicale, en particulier pour la primo-prescription de son THS féminisant.

Notre étude avait pour objectif de faire un état des lieux de l'implication des MG de la région Poitou-Charentes dans cette transition, plus particulièrement dans la primo-prescription de ce THS féminisant. Le résultat obtenu est sans appel : la grande majorité des MG interrogés (92.3 %) refusent de la réaliser.

Le principal frein identifié est le manque de formation, malgré le fait que les traitements utilisés le sont également pour traiter la ménopause par exemple. En effet, il n'existe que très peu de mentions de la prise en charge des personnes trans pendant la formation initiale des MG et l'offre de formation continue personnelle est encore limitée.

Le second frein identifié est un sentiment de manque de légitimité, qui découle en partie du manque de formation et auquel s'ajoute le monopole hospitalier dans la prise en charge des personnes trans.

Enfin, il est évident aux vues de nos résultats que les potentielles ressources extérieures telles que les services hospitaliers ou les associations LGBTQIA+ ne sont que très peu connues des MG de la région.

Cet état des lieux confirme partiellement les différents travaux déjà publiés sur le sujet. Il offre des perspectives intéressantes pour poursuivre les recherches et initiatives afin d'améliorer la coopération entre MG et patients concernés afin de rendre la prise en charge des personnes trans plus efficace et les aider à sortir des catégories les plus à risque.

Bibliographie

1. American psychiatric association. DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015. 1114 p.
2. Organisation mondiale de la Santé. OMS. 2018 [cité 23 mars 2024]. Genre et santé. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/gender>
3. Baudequin MXN. État des lieux de la santé des personnes transgenres et relation avec le médecin généraliste. Angers; 2022.
4. Larousse É. Définitions : queer - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 12 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/queer/188627>
5. Le Robert. Dico en ligne Le Robert. [cité 26 mars 2024]. sexe - Définitions, synonymes, prononciation, exemples. Disponible sur: <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/sexe>
6. Question Sexualité. Question Sexualité. [cité 6 mars 2024]. Qu'est-ce que la transidentité ? Disponible sur: <https://questionsexualite.fr/connaître-son-corps-et-sa-sexualite/la-diversite-de-genre/qu-est-ce-que-la-transidentite>
7. Hamel C. Patientst transgenres en médecine générale. Jeune MG - Le Bulletin des Jeunes Médecins Généralistes. nov 2019;(25):24-33.
8. Transidenticlic. Transidenticlic. [cité 17 sept 2024]. Lexique. Disponible sur: <https://transidenticlic.com/lexique/>
9. Décret n° 2010-125 du 8 février 2010 portant modification de l'annexe figurant à l'article D. 322-1 du code de la sécurité sociale relative aux critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection de longue durée « affections psychiatriques de longue durée » - Légifrance [Internet]. [cité 24 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000021801916>
10. Palczynski V. Prise en charge du patient transgenre en Médecine Générale, les traitements médicamenteux et chirurgicaux: une revue de la littérature [Thèse d'exercice]. Université de Lorraine; 2021.
11. B. K. Inserm. 2024 [cité 19 mars 2024]. Santé des personnes transgenres : un parcours de soins à améliorer · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/actualite/sante-des-personnes-transgenres-un-parcours-de-soins-a-ameliorer/>
12. Frisch M, Moseholm E, Andersson M, Bernhard J, Graugaard C. Sex in Denmark Key findings from Project SEXUS 2017-2018 [Internet]. Statens Serum Institut; 2019. Disponible sur: <https://en.ssi.dk/-/media/arkiv/dk/aktuelt/nyheder/2019/sexus-report-2017-2018---summary.pdf>

13. OECD. Panorama de la société 2019: Les indicateurs sociaux de l'OCDE. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2019.
14. Gouvernement du Canada. Statistique Canada. 2023 [cité 12 mars 2024]. Sexe à la naissance et genre – Matériel promotionnel du Recensement de 2021. Disponible sur: <https://www.statcan.gc.ca/fr/recensement/sensibilisation-recensement/soutien-collectivite/sexe-naissance-genre>
15. Ali B. Anatomie et physiologie des glandes endocrines [Internet]. Université de Carcassonne; 2015 2016. Disponible sur: <https://www.ch-carcassonne.fr/imgfr/files/Anatomiephysiologiedesglandesendocrines.pdf>
16. SFE. Item 244 - Adénome hypophysaire [Internet]. Société Française d'Endocrinologie. 2022 [cité 5 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.sfendocrino.org/item-244-adenome-hypophysaire/>
17. Joseph A, Cliffe C, Hillyard M, Majeed A. Gender identity and the management of the transgender patient: a guide for non-specialists. J R Soc Med. avr 2017;110(4):144-52.
18. Coleman E, Radix AE, Bouman WP, Brown GR, de Vries ALC, Deutsch MB, et al. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. Int J Transgender Health. 19 août 2022;23(sup1):S1-259.
19. Julie. Effets d'un traitement hormonal féminisant pour les femmes trans [Internet]. Wiki Trans. 2020 [cité 22 févr 2024]. Disponible sur: <https://wikitrans.co/thf/fem/effets/>
20. Bourns A. Lignes directrices en soins de première ligne d'affirmation de genre pour patients trans et non binaires [Internet]. Rainbow Health Ontario; 2023. Disponible sur: https://www.rainbowhealthontario.ca/TransHealthGuide/pdf/QRG_FRENCH_FemH T_March2021.pdf
21. Bourns A, MD, CCFP. Guidelines and protocols for hormone therapy and primary health care for trans clients [Internet]. Sherbourne Health Centre; 2015. Disponible sur: <https://acommealliees.ca/pdf/Guidelines-and-Protocols-for-Comprehensive-Primary-Care-for-Trans-Clients-2015.pdf>
22. Jansen F. Attentes des personnes transgenres vis-à-vis de leur médecin généraliste lors de la mise en place ou du suivi d'un traitement hormonal féminisant. UC Louvain; 2021.
23. Caroff M. Expériences et attentes de personnes trans en médecine générale. Partie 2, les stratégies d'adaptation et les attentes [Thèse d'exercice]. Université de Rennes 1; 2019.
24. Dhénain M. Parcours de transition des personnes transgenres [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2021 avr. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-09/reco454_cadrage_trans_mel.pdf

25. Picard H, Jutant S. Rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans [Internet]. Ministère des solidarités et de la santé; 2022 janv. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_sante_des_personnes_trans_2022.pdf
26. Garnier M, Ollivier S. En dehors du parcours de transition, quelles sont les spécificités de la demande de soin en médecine générale des patient·e·s transidentitaires ? Lyon, France: Université Claude Bernard Lyon I; 2018.
27. Lepage T. Etude descriptive des discriminations subies en consultation médicale par les personnes transgenres en dehors du parcours de transition [Thèse d'exercice]. Faculté de Médecine Strasbourg; 2022.
28. Cosne M. Étude quantitative explorant la santé, l'accès aux soins et les discriminations vécues par les personnes transgenres en France en 2021. Faculté de médecine Montpellier-Nîmes; 2021.
29. Tecquert L. La relation medecin-patient dans la construction identitaire de patients trans: etude qualitative aupres de patients et leurs medecins generalistes. [Faculté de Santé de Créteil]: Paris EST Créteil; 2021.
30. Vernier C, Montpied A. Regards des personnes transidentitaires sur leurs parcours de soins: quelle place pour la médecine générale ? Étude qualitative par entretiens semi-dirigés [Thèse d'exercice]. Université Grenoble Alpes; 2019.
31. Carpentier J. Prise en charge des personnes transidentitaires en médecine générale [Thèse d'exercice]. Université de Lille; 2021.
32. Desthieux S. Approche des représentations des médecins généralistes vis-à-vis des personnes transidentitaires [Thèse d'exercice]. Sorbonne Paris; 2021.
33. Leyzat A. Les personnes trans considerent elles les médecins généralistes comme un recours dans le suivi de leur traitement hormonal? [Thèse d'exercice]. Faculté de Médecine Université Toulouse III-Paul Sabatier; 2022.
34. Andrieux P, Quinette A. La médecine générale en transition: étude qualitative par entretiens semi-dirigés de médecins généralistes de Haute-Savoie sur leur implication dans le parcours de soins des patients transgenres [Thèse d'exercice]. Faculté de Médecine Université Grenoble Alpes; 2022.
35. Acceptess T [Internet]. [cité 7 mars 2024]. Formations. Disponible sur: <https://www.acceptess-t.com/formations>
36. Haute Autorité de Santé [Internet]. 2015 [cité 15 févr 2024]. Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi
37. Situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge médicale du transexualisme en France [Internet]. Haute autorité de Santé; 2009 nov. Disponible

sur: https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-12/rapport_transsexualisme.pdf

38. Atlas de la démographie médicale en France [Internet]. Conseil nationale de l'ordre des médecins; Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/b6i7b6/cnom_atlas_demographie_2023.pdf
39. Transidentité: fin de l'exigence du certificat psychiatrique [Internet]. ADHEOS. 2023 [cité 13 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.adheos.org/transidentite-fin-de-lexigence-du-certificat-psychiatrique/>
40. Ouzaid I. Item 58 : Sexualité normal et ses troubles [Internet]. Urofrance; 2021. Disponible sur: <https://www.urofrance.org/wp-content/uploads/2021/11/Item-58-Sexualite-normale-et-ses-troubles.pdf>
41. Collège national des universitaires de psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, Collège universitaire national des enseignants en addictologie. Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie. Tours, France: Presses universitaires François-Rabelais; 2024.
42. Data ameli [Internet]. [cité 12 mai 2024]. Médecins généralistes. Disponible sur: [https://data.ameli.fr/pages/data-professionnels-sante-liberaux-profession/?refine.profession_sante=M%C3%A9decins%20g%C3%A9n%C3%A9ralistes%20\(hors%20m%C3%A9decins%20%C3%A0%20expertise%20particuli%C3%A8re%20-%20MEP\)&init_year=2022](https://data.ameli.fr/pages/data-professionnels-sante-liberaux-profession/?refine.profession_sante=M%C3%A9decins%20g%C3%A9n%C3%A9ralistes%20(hors%20m%C3%A9decins%20%C3%A0%20expertise%20particuli%C3%A8re%20-%20MEP)&init_year=2022)
43. Retour sur la JEST (Journées d'Echanges sur la Santé Trans) du 11 au 12 mai 2023 [Internet]. Corevih IDF Nord. 2023 [cité 13 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.corevih-idfnord.fr/retour-sur-la-jest-journees-dechanges-sur-la-sante-trans-du-11-au-12-mai-2023/>
44. Transidenticlic [Internet]. 2023 [cité 19 févr 2024]. Traitement hormonal substitutif féminisant. Disponible sur: <https://transidenticlic.com/traitement-hormonal-substitutif-feminisant/>

Annexe

Annexe 1 : Prescription en pratique (44) _____ 48

Annexe 2 : Questionnaire _____ 50

Annexe 3 : Liste des ressources _____ 60

Annexe 1 : Prescription en pratique (44)

Suivi clinico--biologique :

Consultation à M3, M6 puis tous les 6 mois :

- Bilan des effets attendus, rechercher d'éventuels effets indésirables
- Modalités d'utilisation en fonction de la forme galénique
- TA
- Poids

Bilan à M3 :

- Testostérone
- Œstradiol
- Bilan lipidique
- Glycémie à jeun
- ASAT, ALAT,
- GGT, PAL

Bilan à M6, M12 puis annuel :

- Testostérone
- Œstradiol
- FSH / LH
- ASAT, ALAT
- GGT, PAL
- Bilan lipidique
- Glycémie à jeun

Prescription en pratique :

⇒ Primo-prescription possible par un-e généraliste.

⚠ Ne pas appliquer sur les muqueuses ni sur les seins (augmenterait le risque de cancer) !

En gel :

- Estradiol 0,75 mg/1,25g (**Œstrodose 0,06%**) : initialement 2,5 g de gel par jour soit 2 pressions, possibilité d'aller jusqu'à 5 pressions soit 6,25g de gel / jour
- Estradiol 0,5 mg/0,5g (**Estreva 0,1%**) : initialement 1,5 g de gel par jour soit 3 pressions
- Peut être fastidieux
- ⚠ Risque de transfert par contact cutané étroit
- ⚠ Peut grandement fausser les résultats biologiques si application de gel sur le bras où se fait le prélèvement sanguin

En patch :

- Estradiol : Dermestril (**25 – 50 – 100 microgrammes**), Thais (**25 – 50 microgrammes**), Femsept (**50 – 75 – 100 microgrammes**)
- Posologie : initialement 25 à 50 µg / jour (application des patchs bi-hebdomadaire), jusqu'à 200 µg / jour (2 patchs de 100 µg appliqués 2 fois par semaine, soit 4 patchs par semaine)
- Peuvent être mal supportés et entraîner des irritations cutanées liées à l'adhésif
- Galénique rapidement limitante si dose insuffisante

⇒ La posologie est à **ajuster** selon les effets désirés, le ressenti, la tolérance et le taux d'œstradiol (normes théoriques pour un début de THS à 100 pg/mL, puis entre 200 et 300 pg/mL, objectif de testostéronémie < 0,5 ng/mL)

Signes de surdosage : jambes lourdes, gonflement et douleur au niveau des seins.

Signes de sous-dosage : bouffées de chaleur, asthénie en fin de dose.

Traitements complémentaires à discuter :

Progestérone 100 mg (Utrogestan 100 mg, Progestan 100mg) : 1 à 2 capsule(s) / jour le soir, jusqu'à 400 mg.

- Aide à abaisser la testostéronémie en complément de l'œstrogène
- ⚠ Effets débattus :
 - Favorisait une meilleure répartition des graisses
 - Favorisait un développement de la poitrine avec une forme plus harmonieuse
 - Effets anxiolytiques et sédatif
 - Permettrait de réduire les états dépressifs fréquents dus aux changements des taux hormonaux

Anti-androgènes : la prise d'œstrogènes et de progestérone a aussi des effets anti-androgéniques, et pour cette raison, la prise d'anti-androgènes peut s'avérer inutile. Toutefois, certaines personnes trans sont en demande de ce type de traitement complémentaire afin d'obtenir un taux de testostérone similaire à celui d'une **femme cis**.

- Triptoréline (Decapeptyl 11,25 mg) :
 - 1 injection IM tous les 3 mois
 - Bloque la production de testostérone car agoniste de la GnRH
 - Peu d'effets secondaires et bien toléré
 - ⚠ Effet flare-up initial
- Bicalutamide 50 mg :
 - Bloqueur des récepteurs androgéniques
 - Très bonne efficacité, peu d'effets secondaires
 - ⚠ Nécessite la surveillance des ASAT, ALAT, GGT

Traitements déconseillés :

(Estrogènes (ethinylestradiol) par voie orale) : entre 1 et 6 mg/j

- Provames 2 mg, Estrofem 2 mg (arrêt de commercialisation)
- ⚠ Effet de premier passage hépatique donc augmentation du risque de MTEV et d'accidents cardio-vasculaires

Anti-androgènes :

- Finasteride (Chibro-proscar 5 mg ou Propecia 1 mg) 0,25 à 2 mg /j :
 - Anti-androgène léger qui ne bloque pas la testostérone
 - Parfois prescrit en cas de chute de cheveux
 - En théorie inutile une fois la testostérone abaissée
- Spironolactone 100 à 200 mg / j en 1 prise en dosage initial, peut monter jusqu'à 400 mg :
 - Diurétique avec un effet anti-androgène faible
 - Pas d'effet sur la production de testostérone, bloque les récepteurs
 - ⚠ Risque d'hyperkaliémie
- Acétate de cyprotérone seul (Androcur) :
 - Progestatif
 - Action anti-androgénique efficace dès 6 ou 12 mg/j
 - ⚠ Risques de méningiome, toxicité hépatique, tumeurs hépatiques, évènements thrombo-emboliques artériels ou veineux, perte de libido, état dépressif
 - **IRM obligatoire**
- Acétate de cyprotérone associé à l'ethinylestradiol (Diane 35, Climene)

Annexe 2 : Questionnaire

Enquête Primo Prescription THS dans le Poitou Charente

Chers confrères, chères consoeurs,

J'effectue une thèse sur la primo prescription de traitements hormonaux substitutifs féminisants chez les personnes transgenres par les médecins généralistes en région Poitou Charente.

Pour ce faire, j'aurai besoin de votre expertise par rapport à cette thématique.

Pourriez-vous, s'il vous plaît, répondre à ce questionnaire anonyme rapide qui me permettra de dresser un état des lieux des pratiques dans la région.

Merci

Il y a 24 questions dans ce questionnaire.

Généralités

1 Dans quel département exercez-vous ? *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Charente (16)
- ☐ Charente-Maritime (17)
- ☐ Deux-Sèvres (79)
- ☐ Vienne (86)

2 Avez vous toujours travaillé en Poitou-Charentes ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non

3

Si non , dans quelle(s) autre(s) région(s) avez vous travaillé ?

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

La réponse était 'Non' à la question ' [G01Q02]' (Avez vous toujours travaillé en Poitou-Charentes ?)

Veuillez écrire votre réponse ici :

4

Quel est votre mode d'exercice ?

*

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Libéral seul en cabinet
- ☐ Libéral dans un cabinet pluridisciplinaire
- ☐ Salarié
- ☐ Remplaçant
- ☐ Exercice mixte (libéral et salarié)

5
Quel âge avez-vous (en année) ?

*

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.

Veuillez écrire votre réponse ici :

6 **A combien estimez vous votre patientèle générale ? ***

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Moins de 500 patients
- ☐ Entre 500 et 1000 patients
- ☐ Entre 1000 et 1500 patients
- ☐ Entre 1500 et 2000 patients
- ☐ Plus de 2000 patients

7 **Êtes-vous : ***

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Un homme Cisgenre
- ☐ Une femme Cisgenre
- ☐ Un homme Transgenre
- ☐ Une femme Transgenre
- ☐ Une personne non binaire

Définitions:

Cisgenre: Dont le genre vécu correspond à celui assigné à la naissance

Transgenre: Dont le genre vécu ne correspond pas à celui assigné à la naissance.

Transidentité

8 Etes vous familier·e avec le terme Transidentité ? *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Pas du tout familier
- ☐ Peu familier
- ☐ Familier
- ☐ Très familier
- ☐ Sans opinion

9 Avez vous déjà participé à la prise en charge médicale d'une personne transgenre ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non

10

Si oui, à quel moment dans votre carrière?

*

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

La réponse était 'Oui' à la question ' [G02Q09]' (Avez vous déjà participé à la prise en charge médicale d'une personne transgenre ?)

Cochez tout ce qui s'applique.

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Externat
- ☐ Internat
- ☐ Remplacement
- ☐ Poste actuel

11 Si oui, combien de personnes transgenres avez-vous pris en charge au cours de votre carrière ? *

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

La réponse était 'Oui' à la question ' [G02Q09]' (Avez vous déjà participé à la prise en charge médicale d'une personne transgenre ?)

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Entre 1 et 5
- ☐ Entre 5 et 10
- ☐ Entre 10 et 50
- ☐ Plus de 50

12

Pour vous, quel(s) rôle(s) un médecin généraliste a-t-il dans la prise en charge d'une personne transgenre ?

*

Cochez tout ce qui s'applique.

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Suivi global
- ☐ Suivi psychologique
- ☐ Primo prescription de traitements hormonaux
- ☐ Suivi et/ou renouvellement de traitements hormonaux
- ☐ Orientation / coordination vers spécialiste
- ☐ Prise en charge administrative

Hormonothérapie

13 Quels sont les traitements dont vous avez déjà entendu parler dans le traitement hormonal substitutif pour les personnes transgenres

Cochez tout ce qui s'applique.

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Oestrogènes sous forme de gel
- ☐ Oestrogènes sous forme de comprimé
- ☐ Oestrogènes sous forme de patch
- ☐ Oestrogènes sous forme d'injection
- ☐ Anti androgènes
- ☐ Aucun

14 Avez vous déjà bénéficié d'une formation concernant la primo prescription d'hormonothérapie substitutive dans le cadre de la transidentité ?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non

15

Si oui, à quel moment?

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

La réponse était 'Oui' à la question ' [G03Q14]' (Avez vous déjà bénéficié d'une formation concernant la primo prescription d'hormonothérapie substitutive dans le cadre de la transidentité ?)

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Pendant mes études
- ☐ Lors d'un congrès
- ☐ Formation médicale continue (FMC)
- ☐ Sur ma propre initiative

☐ Autre

16 Si un-e patient-e vous sollicite pour une primo prescription d'hormonothérapie, quelle serait votre réponse?

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Oui, mais laissez moi me renseigner
- ☐ Non, laissez moi vous réorienter vers un spécialiste
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

17 Quelles seraient vos réticences vis-à-vis de cette prescription ?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Aucune réticence
- ☐ Sentiment d'illégitimité
- ☐ Sentiment de manque de formation
- ☐ Raisons idéologiques

☐ Autre

18

Si un·e patient·e vous sollicite pour un renouvellement d'hormonothérapie, quelle serait votre réponse?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Oui mais laissez moi me renseigner
- ☐ Non laissez moi vous réorienter vers un spécialiste
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

19 Quelles seraient vos réticences vis-à-vis de cette prescription ?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Aucune réticence
- ☐ Sentiment d'illégitimité
- ☐ Sentiment de manque de formation
- ☐ Raisons idéologiques

☐ Autre

20 Souhaiteriez vous bénéficier d'une formation concernant la primo prescription d'hormonothérapie substitutive?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non

21 Selon vous qu'est ce que cette formation serait susceptible de vous apporter ?

Cochez tout ce qui s'applique.

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Une base d'informations sur la transidentité
- ☐ Une base scientifique sur les traitements et leur utilisation dans ce contexte
- ☐ Un approfondissement de vos connaissances pré existantes

☐ Autre:

Ressources

22 Connaissez vous les ressources présentes dans la région pour la prise en charge des personnes transgenres (spécialistes, associations, etc.) ?

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Très mal
- ☐ Plutôt mal
- ☐ Plutôt bien
- ☐ Très bien
- ☐ Sans avis

23

Si oui, pouvez vous citer au moins une de vos ressources?

Veuillez écrire votre réponse ici :

24

Seriez vous intéressé-e par un document regroupant les ressources de la région pour une meilleure prise en charge des personnes transgenres dans votre exercice?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non

Merci pour votre participation.

^ v 11 / 12 | 🔍 ↺ 🔍

Le questionnaire se termine par un lien vers une liste des ressources nationales et locales pour la prise en charge des personnes transgenres (cf. Annexe 3).

Annexe 3 : Liste des ressources

Informations sur la transidentité :

<https://wikitrans.co/>

<https://transidenticlic.com/>

<https://fransgenre.fr/>

<https://www.acceptess-t.com/contact>

<https://outrans.org/>

Réseau médical pour la prise en charge des personnes trans :

<https://reseausantetrans.fr/>

Associations locales :

- *Transmission.86*

Instagram : <https://www.instagram.com/transmission.86/>

Adresse mail : association.transmission86@gmail.com

- *Transendance:*

Instagram : <https://www.instagram.com/assotransendance>

Facebook : Transendance

Adresse mail : assotransendance@gmail.com

- *Centre LGBTI du poitou:*

Site internet : <https://www.centrelgbtidupoitou.org/>

- *ADHEOS (Angoulême, Saintes, La Rochelle, Niort)*

Instagram : https://www.instagram.com/centre_lgbti_adheos_angouleme/

Site internet : <https://www.adheos.org/>

Répertoire de médecins qui font de la prise en charge de personnes trans :

<https://bddtrans.fr/>

Centres Hospitalo Universitaires et Centres Hospitaliers :

- **CHU Poitiers** (Service d'endocrinologie- Dr Flamen d'Assigny) : 05 49 44 39 96.
- **CH Laborit** (Secrétariat en addictologie et consultations transgenre) : 05 16 52 61 13
- **CHU Bordeaux :**

Programme Transgender : [PROGRAMME TRANSGENDER](#)

Service d'endocrinologie : Consultation : 0557656078 / Hospitalisation : 0557656527
secretariat.endocrinologie.hl@chu-bordeaux.fr

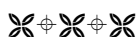
- **CHU de Limoges** (Service d'endocrinologie) : Tél. 05 55 05 68 51

Fax : 05 55 05 67 94

Mail : endocrino.diabeto@chu-limoges.fr

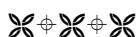


Serment



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



Résumé

La primo-prescription d'un traitement hormonal substitutif (THS) féminisant pour les personnes transgenres est accessible aux médecins généralistes (MG) mais encore trop peu réalisée. Nous voulons faire un état des lieux de cette primo-prescription dans la région Poitou-Charentes et identifier les éventuels freins à celle-ci.

Matériel et Méthode : Nous avons réalisé une étude transversale, observationnelle, descriptive et quantitative en interrogeant à l'aide d'un questionnaire un échantillon de médecins généralistes du Poitou-Charentes. 272 questionnaires ont été envoyés entre le 5 février et le 30 juin 2024 et 104 questionnaires complets ont finalement été analysés.

Résultats : Le taux de réponse est de 76.5 %. 92.3 % des MG interrogés refusent de réaliser la primo-prescription de THS féminisant. Le principal frein identifié, à 76 %, est le manque de formation, puis le sentiment de manque de légitimité, 15,4 %.

Conclusion : Les MG du Poitou-Charentes refusent en grande majorité d'initier un THS féminisant. Ces résultats sont cohérents avec la littérature actuelle bien que non significatifs. Une formation spécifique est nécessaire dès le début des études de médecine et doit se poursuivre pendant la formation continue. Des nouvelles recommandations de bonnes pratiques sont en cours de rédaction par la Haute autorité de santé afin de mieux encadrer cette primo prescription et permettre d'accompagner les MG qui voudraient s'impliquer.

Mots clés :

Primo-prescription, Traitement hormonal substitutif féminisant, Personne transgenre, Médecin généraliste

Abstract

Primary prescription of feminizing hormone replacement therapy (HRT) for transgender people is available to general practitioners (GPs) but is still under-prescribed. Our aim is to provide an overview of the situation in the Poitou-Charentes region, and to identify any obstacles to this initial prescription. **Material and Method:** We carried out a cross-sectional, observational, descriptive and quantitative study, using a questionnaire to survey a sample of GPs in the Poitou-Charentes region. 272 questionnaires were sent out between February 5 and June 30, 2024, and 104 completed questionnaires were finally analyzed.

Results: The response rate was 76.5%. 92.3% of GPs surveyed refused to prescribe primary feminizing HRT. The main obstacle identified (76%) was lack of training, followed by a feeling of lack of legitimacy (15.4%).

Conclusion: The vast majority of GPs in the Poitou-Charentes region refuse to initiate feminizing HRT. These results are consistent with current literature, although not significant. Specific training is needed right from the start of medical studies and should continue during continuing education. New recommendations for good practice are currently being drafted by the French health authority (Haute Autorité de Santé) to provide a better framework for this initial prescription, and to provide support for GPs wishing to get involved.

Keywords: First prescription, Feminizing hormone replacement therapy, Transgender person, General practitioner