

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

Étude qualitative auprès de personnes transgenres majeures et francophones prenant un traitement hormonal dans le but d'avoir une expression de genre plus féminine



Travail de fin d'études présenté par

JANSEN FRANCOIS

En vue de l'obtention de l'agrément en médecine générale

Master complémentaire en médecine générale

Année académique 2020-2021

Promotrices : Dufrasne A., Dr. Moonens A.

Tuteur : Dr. Lafontaine J.B.

Les premières personnes que je tenais à remercier, sont les personnes qui se sont porté-e-s candidat-e-s à participer à ce travail de fin d'étude. Vos précieux témoignages ont permis de rendre possible la réalisation de celui-ci.

Merci particulièrement à mes deux co-promotrices Aurore Dufrasne et Dr. Alessandra Moonens pour avoir partagé avec moi vos connaissances et votre expertise. Merci pour vos qualités humaines qui m'ont permis de réaliser ce travail de fin d'étude dans des conditions sereines et rassurantes. Merci pour votre confiance et vos conseils avisés.

Je tenais ensuite à remercier le Dr. Jean-Baptiste Lafontaine qui depuis quelques années m'a partagé sa passion pour la médecine générale. Merci pour m'avoir conseillé durant l'élaboration de ce travail.

Merci à François Charles et à Olli Vander pour m'avoir accompagné, encouragé et soutenu durant ces deux années de recherche.

Un énorme merci à mes colocataires d'avoir été au quotidien à l'écoute. Merci pour vos suggestions et votre soutien moral.

Merci à ma maman, ma petite sœur, Damien Guiot et à Zénoïe qui m'ont bien aidé lors de la réalisation de mon étude qualitative.

Merci à Hanna Ballout pour cette merveilleuse collaboration qui nous a permis à tous les deux de pouvoir donner pour la première fois la parole aux personnes transgenres en ce qui concerne leurs attentes vis-à-vis du/de la médecin généraliste.

Finalement, je remercie toutes les personnes qui m'ont apporté leur aide, de près ou de loin, dans la réalisation de ce travail.

Liste des abréviations

- Trans* : Une personne transgenre
- TFE : travail de fin d'étude
- IEFH : Institut pour l'Égalité des Femmes et des Hommes
- Ex. : exemple
- CEDH : Cour Européenne des Droits de l'Homme
- AVC : Accident vasculaire cérébral
- CI : contre-indication
- EI : Effet indésirable
- Co : comprimé
- DHT : dihydrotestostérone
- LGBTI : lesbiennes, gays, bisexuel·le·s, transgenres, intersexes
- LGBTQI+ : lesbiennes, gays, bisexuel·le·s, transgenres, queer, intersexes, ...
- E2 : 17β-estradiol
- CEHF : Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire
- SSMG : société scientifique de médecine générale
- Cfr. : confer
- Etc. : et cetera
- MT : médecin traitant

Indexation

QR31 ; QO4 ; QC14 ; QC24 ; QS41

QR31 = étude qualitative

QO4 = considérer un nouveau code concernant les « attentes du patient »

QC14 = adulte

QC24 = transgenre

QS41 = médecin de famille

Terminologies

Sexe : Ensemble de caractéristiques (génétiques, phénotypiques, endocriniennes, ...) utilisées pour scinder certaines espèces animales, dont les êtres humains, en deux catégories : les mâles et les femelles. La croyance erronée que le genre est nécessairement congruent au sexe assigné à la naissance constitue la base des mécanismes menant à des représentations et des discours transphobes. (1)

Genre : Le genre est le concept qui désigne l'ensemble des caractéristiques relatives à l'homme et à la femme ne relevant pas de la biologie, mais de la construction sociale. Il se distingue du concept de sexe, en focalisant sur les différences non biologiques entre les femmes et les hommes. Ainsi, le genre est une construction sociale qui divise l'humanité en différentes catégories et attribue des rôles, des tâches, des caractéristiques et des attributs différenciés à chaque catégorie, sans que cela ait de fondement biologique explicatif, et tout en variant selon les époques et les cultures. (2)

Identité de genre : Sentiment profond d'appartenance à une identité de femme ou d'homme, ou autre, indépendamment des caractéristiques biologiques (notamment les productions hormonales et les organes sexuels) et de l'orientation sexuelle (hétéro-, homosexualité...). (3) Les identités de genre se déclinent non pas selon une articulation binaire femme ou homme, mais sur un continuum le long duquel les personnes sont libres d'évoluer à tout moment, en fonction de leur point de confort. L'identité de genre ne revient pas à devoir "choisir un camp" ! Certaines personnes se définissent ainsi comme *bigenres* (en partie femme et en partie homme), de *genre fluide* (parfois plus femme qu'homme, ou vice-versa) ou de *genre non-binaire* (ni totalement homme ni totalement femme), s'appropriant, ignorant ou déconstruisant à leur gré les rôles sociaux ou les expressions habituellement associées à l'un ou l'autre genre binaire. D'autres personnes se définissent comme *agenres*, c'est-à-dire qu'elles ne s'identifient à aucun genre en particulier. (1)

Expression de genre : L'expression de genre renvoie aux différentes façons (attitudes, langage, vêtements, etc.) dont les personnes expriment leur identité de genre, et à la manière dont celle-ci est perçue par les autres. Elle peut être qualifiée de masculine, féminine, androgyne, ... Généralement, l'expression de genre correspond à l'identité de genre de la personne, mais elle peut aussi englober des formes occasionnelles ou temporaires d'expression, que celle-ci corresponde ou non à l'identité de genre de la personne (travesti-e-s, drag kings, drag queens). (1)

Cisgenre : Qualifie une personne dont l'identité de genre est en concordance avec le genre qui lui a été assigné à la naissance. (4)

Transgenre : Qualifie une personne dont l'identité de genre n'est pas (ou plus) en concordance avec celle qui lui a été assignée à la naissance. (5)

Transidentité : Terme générique utilisé pour décrire toute identité de genre autre que cisgenre, c'est-à-dire qui ne correspond pas à celle (femme/homme) assignée à la naissance. (1)

Transphobie : Comportement hostile à l'égard des personnes transgenres. (6)

Coming out : Un coming out, raccourci de l'expression « *coming out of the closet* », sortir du placard au Québec est l'annonce volontaire d'une orientation sexuelle, d'une identité de genre ou d'une variation naturelle du corps. Le coming out peut se faire dans un ou plusieurs milieux : les membres de la famille (proche/éloignée), les ami-e-s, les collègues, les voisin-e-s, etc.

Par extension, le terme coming out peut désigner l'annonce publique de toute caractéristique personnelle, jusque-là tenue secrète par peur du rejet ou par discrétion. (7)

Mégenerer : En parlant d'une personne, utiliser un genre dans lequel elle ne se reconnaît pas. (8)

Transspécifique : Qui est spécifique à la transidentité. (1)

Femme transgenre : Personne née mâle, assignée homme à la naissance, qui se sent femme.

Homme transgenre : Personne née femelle, assignée femme à la naissance, qui se sent homme.

Personne non binaire : Personne née mâle ou femelle, qui s'identifie comme n'étant pas complètement homme ni complètement femme.

Personne non binaire transféminine : Terme qu'utilisent certaines personnes transgenres non-binaires qui sont en cours de féminisation de leur expression de genre.

Chemsex : Le terme "chemsex" (écrit aussi chem-sex ou chems-sex pour chemical + sex) provient de la culture gay anglo-saxonne et réfère aux pratiques sexuelles sous l'influence de produits psychotropes. (9)

Transfriendly : Qui est ouvert-e à la communauté transgenre.

Résumé

Introduction : La population de personnes transgenres dans le monde serait comprise entre 0.3 et 2% de la population générale. Il est donc très probable que tout·e médecin généraliste rencontre une fois dans sa patientèle une personne transgenre. A travers ce travail de fin d'étude, nous remarquons qu'il est possible de réaliser, en médecine générale, l'initiation et le suivi d'un traitement hormonal chez une personne transgenre. Cependant, nous remarquons également que la majorité des médecins généralistes ne se sentent pas à l'aise ou pas capables de réaliser celui-ci par manque de connaissances sur les transidentités et sur les traitements hormonaux masculinisants et féminisants. Dans la littérature scientifique, il n'existe aucune étude qualitative qui cherche à comprendre les attentes des personnes transgenres envers leur médecin généraliste dans le suivi de leur transition. Un des objectifs de ce travail de fin d'étude est donc de pouvoir apporter aux médecins généralistes certaines connaissances sur les transidentités et de comprendre les attentes des personnes transgenres vis-à-vis de leur médecin traitant dans le suivi de leur transition afin d'améliorer la prise en charge en médecine générale des personnes transgenres et la relation patient·e transgenre/médecin généraliste.

Méthode : Les attentes des personnes transgenres vis-à-vis de leur médecin généraliste dans la prise en charge de leur transition ont été étudiées au moyen d'une étude qualitative. Des entretiens semi-dirigés ont été réalisés auprès de femmes transgenres prenant un traitement hormonal féminisant dans le but de changer leur expression de genre. En parallèle, ma collègue Hanna Ballout a réalisé la même étude avec la même grille d'entretien semi-dirigé mais en interrogeant uniquement des hommes transgenres. Dans cette étude, un échantillonnage dit "en recherche de variation maximale" a permis d'inclure neuf femmes transgenres durant le mois de février 2021.

Résultats : L'analyse des entretiens semi-dirigés a permis de mettre en évidence 15 attentes que les personnes transgenres ont envers leur médecin généraliste lors de l'initiation et du suivi d'un traitement hormonal visant à modifier leur expression de genre. Ces mêmes attentes ont pu être relevées dans l'étude d'Hanna Ballout concernant les hommes transgenres. Les témoignages récoltés nous permettent de nous rendre compte que la médecine de première ligne est un lieu idéal pour initier et réaliser le suivi d'une transition féminisante ou masculinisante avec prise d'un traitement hormonal. En ce qui concerne les traitements hormonaux utilisés pour féminiser l'expression de genre, les études scientifiques et guidelines ont majoritairement basé leurs recherches sur une « bithérapie » composée d'œstrogène et d'acétate de cyprotérone. Or, plusieurs mauvaises expériences avec l'acétate de cyprotérone ont pu être rapportées pour les personnes interrogées qui avaient déjà utilisé cette molécule. De plus, la majorité de celles-ci étaient satisfaites de leur traitement lorsqu'il était constitué uniquement d'œstrogène (avec prise ou non de progestérone) sans acétate de cyprotérone.

Conclusion : Cette étude apporte des pistes de réflexion aux médecins praticien·ne·s pour améliorer la prise en charge des femmes transgenres désireuses de féminiser leur expression de genre.

Mots clés : femmes transgenres, attentes, médecine générale, traitements hormonaux.

Table des matières

Introduction.....	1
Méthodologie.....	3
Partie I : Situation sociale et juridique des personnes transgenres.....	4
1. Introduction.....	4
2. Population des personnes transgenres.....	4
3. Situation sociale des personnes transgenres.....	6
4. Situation juridique des personnes transgenres.....	8
Partie II : La santé chez les femmes transgenres.....	10
1. Historique.....	10
2. La transidentité dans les manuels de psychiatrie.....	12
3. Implications en termes de santé individuelle.....	13
4. Les traitements hormonaux visant l'augmentation de l'imprégnation oestrogénique et la diminution de l'imprégnation androgénique.....	15
A. Molécules utilisées.....	16
B. Effets des traitements hormonaux pouvant être prescrits aux femmes transgenres.....	18
C. Suivi médical lors de la prise d'un traitement hormonal visant l'augmentation de l'imprégnation oestrogénique et la diminution de l'imprégnation androgénique.....	19
D. Effets indésirables des traitements hormonaux pouvant être prescrits aux femmes transgenres.....	20
5. Chirurgies féminisantes.....	22
6. La médecine préventive chez les femmes transgenres.....	22
Partie III : Etude Qualitative.....	28
1. Méthodologie.....	28
1.1 Choix de la méthode.....	28
1.2 Constitution de l'échantillon.....	28
1.3 Déroulement de l'entretien.....	29
1.4 Méthode d'analyse.....	30
1.5 Réflexivité de l'étude.....	30
1.6 Ethique.....	31
2. Résultats.....	31

2.1	Description de l'échantillon	31
2.2	Analyse des entretiens semi-dirigés	32
3.	Discussion	64
3.1	Validité interne.....	64
3.2	Biais internes.....	64
3.3	Biais externes	64
3.4	Biais de sélection.....	65
3.5	Biais d'information	66
3.6	Biais d'interprétation.....	66
3.7	Conflit(s) d'intérêt(s)	66
4.	Principaux résultats.....	67
Conclusion.....		73
Bibliographie.....		77
Tableaux, figures, annexes
Transcription des entretiens semi-dirigés

Introduction

Durant ce dernier siècle, les personnes transgenres ont attisé la curiosité de nombreux·ses scientifiques qui, face à leur incompréhension des transidentités, désigneront ces personnes par une multitude de termes associés à de nombreuses tentatives d'explication scientifique de cette particularité (ex. : *Sex Orientation Scale* de Harry Benjamin, **TABLEAU 1**).

Cachées, exclues, rejetées, violentées, non reconnues, ... Les personnes transgenres sont depuis toujours, de par le monde et en Belgique également, sujettes à de l'incompréhension et de la discrimination. Jusqu'en 2007, aucune loi belge n'existait pour protéger et reconnaître les personnes transgenres. Avant 2017, une personne transgenre belge désirant changer de prénom et/ou de marqueur de genre (erronément appelé « sexe ») sur la carte d'identité, était obligée d'avoir un diagnostic psychiatrique de « transsexualisme », puis de « dysphorie de genre », et enfin, plus récemment d'« incongruence de genre », et elle devait fournir une preuve de prise de traitement hormonal féminisant ou masculinisant, et une preuve de stérilisation. Elle devait aussi divorcer de sa/son époux·se si elle changeait officiellement de genre. Durant cette même période, sans que cela soit induit par la loi, qui ne régissait pas les pratiques médicales mais bien l'état civil, celles-ci soumettaient aussi les personnes transgenres qui souhaitaient des soins de santé transspécifiques à fournir en premier lieu le diagnostic psychiatrique susdit.

En 2020, dans de nombreux pays, la transidentité est punie par la loi avec des peines allant de l'emprisonnement jusqu'à la peine de mort.

Depuis une dizaine d'années la situation des personnes trans* belges a évolué et ce, grâce à certaines personnes – pour une bonne partie concernées, le reste étant ce que l'on appelle des « allié·e·s » - qui ont eu le courage de dénoncer les injustices qu'elles subissent au quotidien. A présent, des associations qui s'occupent d'accueillir, d'informer, de protéger les personnes transgenres existent en Belgique et au niveau international (**TABLEAU 2**). Certaines de ces associations sont très pro-actives dans la lutte pour les droits des personnes trans*. C'est ainsi que depuis 2007, suite à un travail de lobbying politique de longue haleine, deux lois belges vont permettre une avancée considérable dans ce combat. Mais vous pourrez comprendre, à travers ce travail de fin d'étude et les témoignages qu'il contient, que ce combat n'est pas encore terminé...

L'idée de ce travail m'est venue à la suite d'une expérience personnellement vécue lors d'une consultation de médecine générale au début de ma deuxième année de master de spécialisation en médecine générale. Une personne s'est présentée pour me demander d'initier un traitement hormonal féminisant. Cette personne est née mâle et souhaitait avoir une expression de genre plus féminine. N'ayant aucune connaissance sur la façon d'aider celle-ci et ne sachant pas non plus vers qui je pouvais la référer, je me suis retrouvé coincé dans cette situation à laquelle je n'avais jamais fait face auparavant. Après en avoir discuté

avec mes collègues médecins généralistes, je me suis rendu compte qu'aucun-e d'entre eux/elles ne pouvait se sentir à l'aise dans ce type de prise en charge par absence de connaissance sur le sujet.

C'est à la suite de cet événement que j'ai décidé de m'inscrire au module optionnel de master de spécialisation en médecine générale intitulé "*Accueil et prise en charge de la patientèle LGBTQI+*". Lors de ce module, Aurore Dufrasne (psychologue, sexologue et psychothérapeute travaillant à l'ASBL Genres Pluriels) a réalisé une présentation sur l'accueil et la prise en charge spécifique des personnes transgenres en milieu médical. Durant cet exposé, je me suis rendu compte que nous n'avions jamais auparavant, durant notre cursus universitaire, reçu d'informations sur ce thème. Ma curiosité attisée et mon envie d'en connaître plus sur le sujet ont fait éclore et confirmé mon idée de réaliser un travail sur les transidentités.

Mon choix de thème ayant été décidé, je me suis rendu à un groupe de travail Santé à l'ASBL Genres Pluriels. J'y ai rencontré psychologues, sexologues et une assistante en médecine générale de l'UCL (Hanna Ballout) qui désirait également réaliser un TFE sur le thème des transidentités.

Nous avons décidé, à l'issue de cette réunion, de réaliser un TFE complémentaire.

Hanna Ballout focalisera ses recherches sur la prise en charge, en médecine générale, des hommes transgenres, donc des personnes nées femelles, et désireuses d'avoir une expression de genre plus masculine. Pour ma part, j'orienterai ma recherche autour des femmes transgenres, donc des personnes nées mâles et désireuses d'avoir une expression de genre plus féminine.

Actuellement, il n'existe pas d'étude qualitative analysant les attentes des personnes transgenres, désireuses de modifier leur expression de genre, vis-à-vis de leur médecin traitant dans l'initiation ou le suivi d'une transition.

L'**objectif premier** de ce travail sera d'évaluer, au moyen d'entretiens semi-dirigés, les attentes des femmes transgenres majeures, et francophones en ce qui concerne la prise en charge et le suivi en médecine générale d'un changement d'expression de genre. Il sera intéressant que je m'interroge sur le vécu et le ressenti de ces personnes qui ont pris la décision de faire ce changement. Connaître leurs attentes de la relation patiente/médecin généraliste et leur espérance en ce qui concerne le traitement hormonal me semble, également, indispensable dans l'objectif de fournir des soins de qualité.

Le **second objectif** de ce travail de fin d'étude sera de faire le point sur les connaissances scientifiques actuelles que nous possédons sur la prise en charge hormonale du changement d'expression de genre chez les femmes transgenres. Les résultats de ma recherche seront destinés à mes collègues médecins généralistes afin qu'ils puissent être informé-e-s ou se remettre à jour sur les connaissances actuelles sur le sujet dans le but d'améliorer leur pratique quotidienne.

Méthodologie

La partie I et II seront consacrées à la partie théorique de ce travail. Pour ce faire, j'ai effectué, en avril 2020, des recherches en ligne, par niveau, en m'aidant de la pyramide des connaissances disponible sur le site du Cebam Digital Library for Health (CDLH) (FIGURE 1) (10). J'ai débuté mes investigations par le premier niveau de la pyramide (sommet de la pyramide) en allant sur les sites de guides de pratique clinique tels que Ebpracticenet, UpToDate et Dynamed. J'ai poursuivi mes lectures sur les sites de revues systématiques et résumés de revue systématiques tels que Minerva et Cochrane Library, niveau deux et trois de la pyramide des connaissances. J'ai terminé mes recherches dans la base de données PubMed qui constitue la base de la pyramide, niveau 4. Le méta-moteur de recherche Tripdatabase m'a également aidé à trouver des articles intéressants pour mon sujet. Afin d'effectuer des recherches pertinentes et efficaces, j'ai utilisé une équation de recherche (TABLEAU 3) et introduit les termes de cette équation dans la barre de recherche. L'outil BabelMesh m'a aidé dans l'élaboration et la traduction des termes choisis.

J'ai décidé de ne choisir que des articles « full text » et rédigés en français ou en anglais.

Mes **critères d'exclusion** dans la sélection des articles furent les suivants :

- Articles dont la publication date de plus de 5 ans (et de 15 ans pour les articles belges).
- Articles dont la population concernée est mineure uniquement.
- Articles dont la population concernée est uniquement des hommes transgenres.
- Articles dont la population concernée n'est pas transgenre.
- Articles ne traitant pas de la santé des personnes transgenres.
- Articles dont le texte entier n'est pas disponible ni sur la CDLH, ni sur UpToDate ni via le proxy de UCLouvain.
- Articles dont l'étude est en cours.
- Articles qui ne répertorient que des protocoles de recherche.

Mon **critère d'inclusion** fut le suivant : Articles traitant de la santé des femmes transgenres majeures.

A la suite de mes recherches, j'ai sélectionné huit articles (TABLEAU 4) que j'analyserai et sur lesquels je me baserai dans la rédaction de la partie I et II de ce TFE. Il s'agit principalement de guides de bonnes pratiques. Ceux-ci me permettront de pouvoir comparer les recommandations scientifiques dans la prise en charge des patientes transgenres désireuses d'avoir une expression de genre plus féminine avec ce qui se passe réellement sur le terrain en Belgique francophone.

La méthodologie relative à l'étude qualitative portant sur « les attentes des femmes transgenres vis-à-vis de leur médecin généraliste lors de la mise en place ou du suivi d'une prise en charge par traitement hormonal féminisant » est développée de manière plus spécifique dans la partie III de ce travail.

Afin d'organiser correctement mon travail et de ne pas me laisser surprendre par le temps lors de l'élaboration de celui-ci, j'ai réalisé un « calendrier de la recherche » (TABLEAU 5).

Partie I : Situation sociale et juridique des personnes transgenres.

1. Introduction

Le rôle du/de la médecin généraliste est à la fois médical, éducateur mais également social. Afin de pouvoir réaliser une prise en charge globale et de fournir des soins de qualité aux personnes transgenres souhaitant avoir une expression de genre plus féminine, je pense qu'il est indispensable de pouvoir comprendre le contexte social et juridique dans lequel ces personnes vivent en Belgique.

Comme nous le verrons dans cette première partie, la situation sociale et juridique des personnes transgenres a fortement évolué depuis ces vingt dernières années en Belgique. Depuis 2004, où l'*Institut belge pour l'Égalité des Femmes et des Hommes* (IEFH) a reçu sa première plainte émanant d'une personne transgenre (11), les dénonciations sur les injustices que ces personnes subissent au quotidien ne font que se multiplier (10% de la population transgenre interrogée dans l'étude réalisée par l'IEFH en 2017 aurait déjà porté plainte pour discrimination (11)). Les personnes trans* peuvent aussi, à présent, se confier, être informées, accueillies dans des structures comme l'ASBL Genres Pluriels (depuis 2007) qui est une organisation participant activement au soutien, à la visibilisation, à la valorisation, à l'amélioration des droits et à la lutte contre les discriminations qui s'exercent à l'encontre des personnes transgenres (1) (les autres structures belges et internationales sont reprises dans le TABLEAU 2).

Aujourd'hui, deux lois belges relatives aux droits des personnes transgenres ont permis une avancée considérable dans la lutte contre les discriminations à leur encontre en Belgique. Cependant, tous les jours, des personnes transgenres belges sont encore victimes de violence verbale, physique, de discrimination à l'emploi, de non reconnaissance de leur identité, de mégenrage,... Et ce, dans tout domaine côtoyé, que ce soit le domaine privé (familial, amical,...), professionnel, sportif, mais aussi médical.

2. Population des personnes transgenres

L'IEFH énumère dans son rapport « Être transgenre en Belgique » trois raisons essentielles de bien connaître l'importance de la population des personnes transgenres.

« La première réside dans l'intérêt social : une appréhension correcte de la prévalence du phénomène peut améliorer son acceptation et contribuer à faire réprover et reculer le comportement transphobe.

Ensuite, la connaissance de la prévalence est très importante pour l'assistance médicale, étant donné qu'elle indique l'ampleur de la demande, à laquelle les services d'assistance peuvent apporter une réponse adéquate.

Enfin, les pouvoirs publics ont, eux aussi, tout à gagner d'une connaissance correcte de l'ampleur de ce phénomène, afin de pouvoir accorder l'attention appropriée à la législation, au remboursement des frais médicaux et aux initiatives axées sur une meilleure acceptation sociale. » (12)

Cependant, il est assez difficile d'estimer l'importance de la population transgenre dans le monde car plusieurs biais peuvent entrer en compte dans les études qui ont déjà été réalisées sur ce sujet. Le premier biais est la définition choisie pour l'identification des personnes transgenres. En effet, une étude de 2016 montre que la population des personnes transgenres varie fortement d'une étude à l'autre en fonction des critères qui vont être utilisés pour identifier cette population mais également de la méthodologie utilisée pour parvenir à ces chiffres. (13)

Un second biais, non négligeable, serait le fait qu'un grand nombre de personnes transgenres ne suivent pas (ouvertement) un trajet médical et/ou juridique permettant de les enregistrer d'une manière ou d'une autre (12). Par exemple, les chiffres de la première étude de l'IEFH de 2009 (TABLEAU 6) ne reprennent que les personnes transgenres ayant demandé à changer d'état civil et ayant eu recours à une opération génitale, ce qui représente une petite partie de la population des personnes trans* seulement.

Selon Up to date, les études suggèrent que la population adulte transgenre représenterait 0.3 à 0.6% de la population générale avec un ratio sexe (mâle/femelle) d'environ 2/1. Nous pouvons retrouver les mêmes chiffres dans le guide de pratique clinique Dynamed. (14)

En revanche, dans la brochure « *Transgenres/Identités pluriel-le-s – Accueil, droits, santé, jeunesse, emploi... Tous-tes bien informé-e-s* » de l'ASBL Genres Pluriels les personnes transgenres représenteraient 2 à 3 % de la population Belge. (1)

En Belgique, entre 1993 et septembre 2019, 2193 personnes ont changé leur mention officielle de « sexe enregistré » (TABLEAU 7). En 2018, première année de mise en application de la nouvelle loi concernant le changement d'état civil des personnes transgenres, basé sur l'auto-détermination et non plus sur des attestations médicales, le nombre de personnes transgenres ayant fait cette démarche est passé à 742 personnes (418 femmes transgenres et 324 hommes transgenres)(TABLEAU 8) (15). En 2019 (septembre y compris), 198 femmes

transgenres et 199 hommes transgenres (397 au total) ont modifié leur enregistrement de sexe sur leur carte d'identité. (15)

Les hommes transgenres sont généralement un peu plus jeunes avec une moyenne de 27,6 ans lors de la modification officielle de la mention de leur « sexe enregistré ». Chez les femmes transgenres, l'âge moyen est de 37,6 ans. En raison de la forte augmentation du nombre de jeunes demandeur·se·s, les deux moyennes diminuent d'année en année. (TABLEAU 9)

Jusqu'en 2017, il y avait peu de différences au niveau de la répartition par région des hommes transgenres et des femmes transgenres. L'introduction de la nouvelle législation a fait évoluer les chiffres. Il y a proportionnellement plus d'hommes transgenres en Flandre. À Bruxelles et en Wallonie, la répartition reste la même : deux tiers de femmes transgenres, contre un tiers d'hommes transgenres. En Flandre, ces proportions sont de quatre septièmes de femmes transgenres contre trois septièmes d'hommes transgenres. La Flandre, qui représente 58% de la population belge, a enregistré 66% des changements de la mention du sexe. La Wallonie représente 32% de la population, mais n'enregistre que 22% des changements. (TABLEAU 10)

Lorsque nous regardons le rapport d'activité de 2020 de Genres Pluriels nous pouvons observer que sur cette année 2020, 1324 personnes se définissant comme transgenre ou intersexe ont demandé une consultation psycho-sociale avec un·e psychologue ou un·e assistant social de l'ASBL. (16)

3. Situation sociale des personnes transgenres

Contrairement à ce que les idées populaires peuvent véhiculer, la transidentité n'est pas un phénomène de mode se propageant à travers les sociétés les plus démocratisées du XXIe siècle.

En effet, des personnes transgenres ont été enregistrées dans presque toutes les cultures à travers l'Histoire.

Dans certaines sociétés, la culture connaît trois genres et parfois plus.

Par exemple, dans certaines tribus autochtones d'Amérique, des personnes pouvaient tenir les rôles d'un troisième genre. Ces personnes ont été décrites par les colons occidentaux sous le nom de « *Berdache* » qui est un terme péjoratif pour désigner les personnes assignées homme à la naissance, qui ont pris un rôle traditionnellement féminin. (17)

Un autre exemple sont les « *Hijas* » qui, depuis l'Inde antique, désigne une caste de femmes transgenres tenant une place importante dans la société car elles sont considérées comme dotées d'un pouvoir de fertilité. Ainsi, elles assistent à certains mariages, contre rémunération, pour assurer la fertilité du couple. (18)

Malheureusement, la tolérance et l'acceptation des personnes transgenres est encore un combat à gagner au sein de la majorité des sociétés. En effet, nombres d'entre elles furent ou sont toujours considérées comme malades mentales. Actuellement, de nombreux pays considèrent encore la transidentité comme illégale et beaucoup de personnes transgenres sont persécutées et soumises, sans leur consentement à des traitements tels que des drogues, des électrochocs ou encore des castrations chimiques par injections d'hormones.

En Europe, deux états membres n'ont pas encore de reconnaissance légale de la transidentité en 2020. Il s'agit de la Bulgarie et de la Hongrie (FIGURE 2).

En Belgique, une étude sur les expériences négatives vécues par les personnes transgenres a été réalisée en 2017 (11). Cette étude témoigne que « 24% des répondant·e·s évite d'exprimer leur identité de genre via l'apparence physique et l'habillement, de crainte d'être agressé·e, menacé·e ou harcelé·e. Près de la moitié des répondant·e·s (48,4%) indique aussi éviter certains endroits de crainte d'être agressé·e, menacé·e ou harcelé·e. Il est à noter que dans cette étude, les répondant·e·s qui affirment adopter un comportement d'évitement rapportent une santé subjective sensiblement moins bonne.

Lorsque le/la répondant·e ne vit pas ouvertement suivant son identité de genre, le risque d'être confronté·e à la critique sur l'apparence, le comportement ou les idées suicidaires augmente sensiblement (p = 0,033). »

Lorsque nous regardons les résultats de cette étude, nous pouvons remarquer que cette discrimination est présente et ressentie aussi bien dans le milieu scolaire que dans le domaine du travail mais également dans celui des finances, du sport et de la santé.

« Au niveau des soins de santé, les répondant·e·s sont souvent confronté·e·s à des expériences négatives : 47,4% de ceux/celles qui vivent ouvertement suivant leur identité de genre rapportent « parfois » à « toujours » ne pas être abordé·e·s avec le prénom et/ou les pronoms choisis (p < 0,001). 28,1% des personnes transgenres qui vivent ouvertement suivant leur identité de genre rapportent « parfois » à « toujours » être sujet·te·s à de la curiosité déplacée (p = 0,001). Ils/elles rapportent en outre souvent des expériences où ils/elles ont été orienté·e·s vers un mauvais département à l'hôpital et plus de 8% des répondant·e·s mentionnent une limitation dans le contact avec d'autres patient·e·s (p = 0,035). » (TABLEAU 11)

Enfin, nous avons aussi observé une nette différence au niveau des régions, les répondant·e·s de Wallonie rapportant beaucoup plus souvent des expériences négatives dans les soins de santé que les répondant·e·s de Flandre (p = 0,004). Il n'y a pas de différence significative entre la Wallonie et la Région de Bruxelles-Capitale. » Il est cependant intéressant de souligner la sous-représentation des répondant·e·s wallon·ne·s qui ne représentaient dans cette étude que 16% des répondantes. Ceci peut s'expliquer par le fait que l'étude a été menée par Transgender Infopunt qui appartient à l'UZ-Gent (équipe de genre de Gand)).

En ce qui concerne le remboursement des frais médicaux, « *Plus d'un-e répondant-e sur dix ayant déjà cherché de l'aide indique rencontrer des problèmes avec le remboursement des frais médicaux par l'assurance hospitalisation (10,4%).* »

Il a été remarqué, à travers cette étude, qu'il y avait un lien significatif entre la santé générale des participant-e-s et le fait d'avoir vécu ou non des expériences négatives. Les participant-e-s ayant vécu un nombre plus élevé d'expériences négatives disent avoir une moins bonne santé générale comparativement aux personnes qui auraient moins vécu d'expériences négatives.

En ce qui concerne les plaintes, « *un-e répondant-e sur dix a déjà déposé plainte contre un acte discriminatoire le/la concernant. (TABLEAU 12). Près d'une plainte sur trois traite d'expériences discriminatoires au travail (31,9%). Les personnes qui ont déjà introduit une plainte se sont principalement adressées à la police (43,2%) et à l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes (36,4%).* »

Finalement, lorsque dans cette étude il est demandé aux participant-e-s ce qui pourrait améliorer et protéger le bien-être des personnes transgenres, de nombreux-se répondant-e-s souhaitent la réduction des délais d'attente dans les soins, une sensibilisation sociale et plus d'informations sur la transidentité. Le besoin de soins spécifiques et d'informations pour les services de santé a également été cité, tout comme le remboursement des soins aux personnes transgenres.

4. Situation juridique des personnes transgenres

En Belgique, nous comptons actuellement deux lois qui concernent la situation des personnes transgenres.

La **loi du 10 mai 2007** dite **loi « genre »** : (19)

Cette première loi tend à lutter contre la discrimination entre les femmes et les hommes et interdit toute forme de discrimination fondée sur le sexe. La discrimination fondée sur l'identité de genre ou sur l'expression de genre y est assimilée. Cette loi interdit explicitement la discrimination directe ou indirecte, l'injonction de discriminer, le harcèlement et le harcèlement sexuel.

Une autre loi du 10 mai 2007, « relative à la transsexualité », stipule le droit d'adapter officiellement l'enregistrement du prénom et du « sexe » (marqueur de genre) mais sous des conditions strictes qui ont été dénoncées par l'IEFH :

« Les conditions en question étaient toutefois très strictes. Au moyen de deux certificats établis respectivement par un psychiatre et un chirurgien, la personne devait démontrer qu'elle avait subi une stérilisation irréversible (toujours le cas en 2020 dans 6 pays Européens), qu'elle s'était autant que possible adaptée à son nouveau sexe sur le plan médical et qu'elle était

irréversiblement et intimement convaincue d'appartenir au sexe opposé à celui mentionné sur son acte de naissance. Pour changer de prénom, il fallait fournir, en plus d'un certificat du psychiatre, un certificat rédigé par un endocrinologue, indiquant qu'un traitement hormonal avait été suivi. » Les personnes qui modifiaient officiellement l'enregistrement de leur prénom et de leur « sexe » étaient, aussi, obligées de divorcer si elles étaient mariées.

En raison de ces exigences strictes, de très nombreuses personnes transgenres n'ont pas fait la demande de changement de l'enregistrement de leur prénom et de leur marqueur de genre (erronément appelé « sexe » dans cette loi) et devront vivre avec ces mentions légales qui ne correspondent pas à leurs identité et expression de genre.

Il est à noter que ces différentes obligations étaient en désaccord avec plusieurs articles de la Convention Européenne des Droits de l'Homme (notamment l'article 3 traitant de l'intégrité physique et mentale de la personne) (20)

Le 22 avril 2015 la résolution 2048 de l'Assemblée Parlementaire du Conseil de l'Europe appelle les états à « *Interdire la discrimination fondée sur l'identité de genre dans la législation nationale* » et à « *instaurer des procédures rapides, transparentes et accessibles, fondées sur l'autodétermination, qui permettent aux personnes transgenres de changer de nom et de sexe sur le certificat de naissance, les cartes d'identités, les passeports, les diplômes et autres documents similaires* » et à « *abolir l'obligation de divorcer et la stérilisation et les autres traitements médicaux obligatoires, ainsi que le diagnostic de santé* » préalables au changement d'état civil. (21)

La deuxième loi belge (qui est une révision de la loi de 2007, « relative à la transsexualité ») concernant la situation des personnes transgenres est la **loi du 25 juin 2017 dite « Loi réformant des régimes relatifs aux personnes transgenres en ce qui concerne la mention d'une modification de l'enregistrement du sexe dans les actes de l'état civil et ses effets »** : (19)

Les personnes convaincues que le « sexe » (en fait, le genre) qui leur a été attribué à la naissance ne correspond pas à leur identité de genre peuvent, grâce à cette loi, faire modifier l'enregistrement du « sexe » (mais uniquement au profit d'une mention binaire : homme ou femme) sur leur acte de naissance, en effectuant quelques démarches auprès du Service de l'état civil. La modification est une procédure administrative sur base de l'autodétermination (donc de la conviction personnelle de l'individu-e). Contrairement à la loi précédente, il n'y a pas de conditions médicales pour réaliser cette démarche. Jusqu'en juin 2019, le changement ne pouvait être obtenu qu'une seule fois pour ce motif. Si la personne désirait changer à nouveau cette mention, elle devait passer par le tribunal de la famille.

Depuis l'arrêt 99/2019 du 19 juin 2019 (22), la Cour Constitutionnelle a statué qu'il n'y a aucune raison de rendre plus difficile des modifications répétées de l'enregistrement du « sexe ».

La procédure de changement de prénom est accessible à partir de 12 ans, avec l'accord des parents. La modification du marqueur de genre (encore appelé à tort "sexe enregistré") n'est quant à elle possible qu'à partir de 16 ans, avec l'accord d'un-e pédopsychiatre.

Comme nous pouvons l'observer sur la **FIGURE 3**, la loi du 25 juin 2017 va avoir un impact considérable sur le nombre de changements d'enregistrement du « sexe ». En effet, fin 2017, 1054 personnes en Belgique avaient enregistré un changement de la mention officielle de leur « sexe ». À la fin du mois de septembre 2019, le nombre total de personnes était de 2193. Les changements de la mention officielle du « sexe enregistrés » entre avril 2018 et fin septembre 2019 sont aussi nombreux qu'au cours des 25 dernières années. (15)

En ce qui concerne la parentalité, les liens de filiation avec les enfants déjà né-e-s ne sont modifiés en rien par le changement d'état civil. Un homme trans* qui accouche lui-même de son enfant en sera la mère juridique. En cas de recours à la gestation pour autrui, la notion de co-maternité est possible mais pas encore celle de co-paternité (un enfant ne peut pas avoir deux papas d'un point de vue juridique).

Si nous regardons le **TABLEAU 13**, nous pouvons observer qu'au niveau européen, il persiste de nombreuses disparités entre les pays en ce qui concerne la reconnaissance légale des personnes transgenres. La Belgique, grâce à la loi de 2017, fait partie des 10 pays européens pour lesquels un diagnostic psychiatrique n'est plus obligatoire pour entamer les démarches de changement de genre sur la carte d'identité.

Cependant, l'ASBL Genres Pluriels pense que cette dernière loi « *permet encore de bafouer des droits fondamentaux des personnes trans* en Belgique* » et émet dans sa brochure « *Transgenres/Identités pluriel-le-s – Accueil, droits, santé, jeunesse, emploi... Tous-tes bien informé-e-s* » (1) ses revendications (reprises dans le **TABLEAU 14**).

Partie II : La santé chez les femmes transgenres.

1. Historique

Pour réaliser cette partie historique de mon TFE, je me suis inspiré du texte d' Arnaud Alessandrin (docteur en sociologie de l'université de Bordeaux), dénommé « *Transidentités : histoire d'une catégorie* » (23)

C'est au cours du XXe siècle, siècle des grandes découvertes scientifiques et médicales que les chercheurs vont commencer à s'interroger sur la transidentité. L'Allemagne sera pionnière sur le sujet avec le Dr Magnus Hirschfeld (1868 – 1935) qui en 1910 invente le mot « travesti » et décrit les personnes transgenres comme des personnes dont le « *sexe anatomique ne correspond pas avec celui auquel elles ont l'impression d'appartenir* ». Ce sera en 1912 que la première mammectomie réalisée dans le cadre d'une transition est pratiquée en Allemagne. La première vaginoplastie sera quant à elle pratiquée à Dresde en 1930 par le Dr Félix Abraham (1901-1937) sur une patiente nommée Dora.

Durant ces mêmes années, au Danemark, plusieurs opérations seront acceptées pour des personnes désirant une transition. Ces opérations seront, toutefois, justifiées comme étant « des personnes homosexuelles demandant une stérilisation ». Ce sera le cas de Lili Elbe (1882-1931) qui inspirera Tom Hooper dans la réalisation de son film *Danish Girl* (2015).

Ensuite, la deuxième guerre mondiale et l'arrivée des nazis empêcheront la poursuite des recherches sur la transidentité en Europe. Celles-ci pourront cependant se poursuivre aux Etats-Unis et en 1953 : l'endocrinologue d'origine allemande Henri Benjamin (1885-1986) invente le terme « transsexualisme » et le distingue de l'homosexualité. Il définit le terme comme suit : « *le transsexuel n'est ni schizophrène, ni fétichiste, ni homosexuel* », *l'individu a le « sentiment général d'être semblable à un sujet de l'autre sexe* ». (24). A la suite de ces travaux de recherche sur la transidentité, et de la pression exercée par les psychiatres s'intéressant à ce sujet, des *gender clinics* ouvrent leurs portes aux États-Unis dans les années 1960 avec des programmes permettant notamment de donner aux personnes trans* l'accessibilité aux traitements hormonaux et/ou chirurgicaux. En France et Angleterre, ce sera seulement vers la fin des années 1970 que des *gender clinics* ouvriront leurs portes. La Belgique, quant à elle, autorisera, en 1973, les premiers changements d'état civil obligatoirement accompagnés d'opérations stérilisantes et d'un diagnostic psychiatrique. Les démarches pour obtenir ce changement seront, cependant, très lourdes et acceptées uniquement lorsqu'un objectif thérapeutique avéré est défini par les professionnel-le-s de santé. Ces conditions strictes priveront de nombreuses personnes des soins de santé qu'elles souhaitent, ou leur en imposeront qu'elles ne souhaitent pas, pour pouvoir vivre leur identité de genre au quotidien. En 1983, à Bordeaux, le VIIIe congrès de la HBIGDA (Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, actuellement World Professional Association for Transgender Health) dénonce cette situation.

Finalement, c'est à partir des années 1990-2000 que des associations de soutien aux personnes transgenres apparaîtront en Europe Occidentale militant en faveur des droits, de l'accès aux soins de santé et de la reconnaissance des personnes transgenres. Ces associations vont rapidement s'institutionnaliser à l'échelle européenne sous forme de structures telles que « Transgender Europe ». Elles auront, durant ces 20 dernières années, construit des projets de lois et créé des rapports sur l'état des discriminations envers les personnes transgenres en Europe afin que, à travers la CEDH (Cour Européenne des Droits de l'Homme), les personnes trans* soient reconnues et protégées. En 2021, ces organismes doivent toujours

lutter contre toutes les formes de transphobie et militent pour la dépsychiatriation des parcours de transition et leur prise en charge dans l'ensemble des pays membres de l'Union.

2. La transidentité dans les manuels de psychiatrie

Il existe deux systèmes de classification prédominants pour les troubles mentaux :

1. La Classification internationale des maladies (CIM) réalisée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS).
2. Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) réalisé par l'Association américaine de psychiatrie (AAP).

En consultant le **TABLEAU 15**, nous pouvons remarquer qu'il y a eu, dans les livres de référence de psychiatrie, une évolution dans les terminologies nosographiques avec lesquelles ont été étiquetées les personnes transgenres. Nous voyons également que les classifications ont suivi de près le mode de pensée de chaque époque. Dans les années 1950, la transidentité n'était pas vraiment comprise et nous retrouvons plutôt la notion de « *travestissement* » dans les manuels de psychiatrie. Puis, est apparue la notion de « *transexualisme* » qui sera classée dans la catégorie des « *troubles et déviations sexuelles* » puis dans la catégorie des « *troubles de l'identité sexuelle* ». Finalement, sont apparues les notions de « *dysphorie de genre* » et d'« *incongruence (ou non-congruence) de genre* » qui désignent, dans ce cas-ci, une « *Identification intense et persistante à l'autre sexe, ..., qui est à l'origine d'une souffrance cliniquement significative* » (25)

Nous pouvons remarquer dans la définition du DSM IV Révisé que nous parlons plus de *sexe* (notion biologique) que de *genre* (construit psycho-social), ce qui est problématique vu que lorsqu'on parle de transidentité, on évoque les différentes *identités de genres* possibles.

La notion de « *souffrance persistante* » est également à souligner car elle sera également remise en question par les (associations de) personnes concernées.

Plusieurs différences entre la définition du DSM IV Révisé et celle du DSM V sont notables. Premièrement, dans le DSM V, on parle de *genre* et non plus uniquement de *sexe*. Ensuite, on différencie les caractéristiques sexuelles primaires des secondaires. Le *sexe* n'est donc plus, dans cette définition, uniquement caractérisé par les organes génitaux. Finalement, le DSM V fait part pour la première fois d'une reconnaissance d'un *genre alternatif* au *genre assigné* à la naissance.

Depuis 2013, l'APA (Association américaine de psychiatrie) insiste sur le fait que la non-conformité de *genre* elle-même n'est pas un trouble mental. Selon l'APA, ce qui caractérise la « *dysphorie de genre* » est la présence d'une souffrance clinique significative associée à la

non-conformité de genre. (24) Néanmoins, à cette même époque, sans diagnostic de « dysphorie de genre » (donc sans souffrance, mais par simple souhait de se rapprocher de son point de confort, par exemple au niveau de l'expression de genre), il n'y avait pas d'accès aux soins de santé transspécifiques.

Le combat des associations de soutien aux personnes transgenres contre la psychiatisation de la transidentité n'est donc pas terminé. Pour ces associations, vu que chaque personne a le droit de disposer de son propre corps (Art.3-4-5 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme,1948, (26)), chaque personne a donc le droit d'avoir accès à des soins transspécifiques sans avoir la nécessité de devoir passer par un parcours incluant un diagnostic psychiatrique. De plus, le constat clinique est fait par un nombre croissant de praticien-ne-s psycho-médico-sociaux/ales (associatifs-ves ou non) spécialistes des transidentités, selon lequel la psychiatisation (à savoir ici, l'exigence d'un diagnostic psychiatrique pour avoir accès à des soins de santé) peut être une barrière pour bon nombre de personnes transgenres à aller consulter. (27)

Finalement, il y a espoir que la transidentité disparaisse complètement des manuels de psychiatrie. En effet, la catégorie relative aux transidentités a été, pour la première fois, retirée des chapitres des troubles mentaux et du comportement dans la CIM 11 en 2019. (28)

3. Implications en termes de santé individuelle

La plupart des personnes transgenres qui font leur coming out vont le faire à l'âge adulte. Nous remarquons, cependant, que depuis quelques années en Belgique, le coming out chez les personnes transgenres se fait de plus en plus tôt. Ceci est certainement lié au fait que les informations à ce sujet sont plus accessibles. Les réseaux sociaux permettent notamment de favoriser les contacts avec d'autres personnes transgenres via des forums ou encore des groupes Facebook. Qu'il existe, à présent, des lieux sécurisants pour pouvoir en parler (comme à l'ASBL Genres Pluriels, et plus largement le Réseau Psycho-médico-social Trans* et Inter* belge) et que la société occidentale est peut-être un peu plus ouverte à ce sujet. Beaucoup de personnes transgenres diront que cette identification à un genre différent que celui auquel elles ont été assignées à la naissance se présente déjà bien avant la puberté. (29)

Même si ce n'est pas le cas de toutes les personnes transgenres, le fait de se sentir emprisonné-e dans un corps qui ne correspond pas à son identité de genre peut être source d'une souffrance psychique importante. Pour les personnes transgenres, la puberté va souvent être une étape de vie très difficile car c'est à ce moment que vont se développer les caractéristiques sexuelles primaires et secondaires. Voir son corps se transformer biologiquement et exprimer naturellement des caractéristiques conventionnellement attribuées à un genre qui ne correspond pas au genre auquel la personne s'identifie peut-être

source de mal-être. Notons, toutefois, que toutes les personnes transgenres ne vont pas ressentir ce mal-être, que celui-ci peut s'exprimer de diverses façons et qu'il est souvent lourdement influencé par le regard et la considération des autres.

Dans le paragraphe précédent concernant la situation sociale des personnes transgenres, nous avons pu remarquer que les personnes trans* sont fréquemment victimes de moqueries, de rejet, de violences verbales et parfois physiques. Il n'est donc pas rare que ces personnes se retrouvent isolées socialement pour cause de discrimination. A travers ce potentiel sentiment d'inconfort par rapport à leur enveloppe corporelle, cet isolement social et/ou ces traumatismes psychologiques pouvant être subis par des actes ou paroles transphobes, des problèmes d'anxiété, de dépression, de comportements du spectre autistique (surtout chez les enfants), de phobie sociale, de troubles de l'alimentation, d'usage de drogues/alcool, ... sont plus régulièrement retrouvés dans la population transgenre. Sur la **FIGURE 4**, nous pouvons remarquer que 8.4% de la population transgenre interrogée se dit aller mal ou très mal, ce qui est presque deux fois plus que la population générale belge pour laquelle 5.2% répondent aller mal ou très mal.

Le taux de suicide est également nettement plus important dans la population des personnes transgenres par rapport à la population générale. En effet, nous pouvons observer dans l'étude réalisée dans l'article « Être une personne transgenre en Belgique 10 ans plus tard » (11), que 77.1% des répondant·e·s ont déjà sérieusement pensé au suicide et 33.5% des répondant·e·s ont déjà tenté de se suicider, ce qui est plus de 20 fois supérieur à la population générale en Belgique. Il s'avère que, dans cette étude, les personnes vivant ouvertement selon leur identité de genre rapportent beaucoup moins souvent des tentatives de suicide. La majorité (58.5%) des répondant·e·s ayant déjà eu des pensées suicidaires déclarent que celles-ci sont fortement liée avec leur identité de genre ou le fait d'être transgenre (**TABLEAU 16**).

Une autre problématique actuelle en termes de santé publique dans la population transgenre est l'auto-médication. Cette pratique n'est pas rare chez les personnes transgenres et pourrait être favorisée par la peur du rejet ou de l'incompréhension par les professionnel·le·s de la santé. Les délais d'attentes avant de pouvoir avoir accès aux traitements hormonaux ou encore le coût que peut représenter ces traitements peuvent également être des facteurs poussant à l'automédication (29). Un marché noir de traitements hormonaux s'est, ainsi, développé sur internet. Le problème est que les personnes s'automédiquant n'ont pas toujours connaissance des risques que peut représenter un surdosage hormonal pour leur santé. De plus, étant donné qu'il n'y a aucun suivi médical dans ce contexte, certaines personnes pourraient initier d'elles même un traitement hormonal qui serait formellement contre-indiqué au vu de leur état de santé (par exemple, la prise d'ethinyl œstradiol par voie orale chez une patiente avec un antécédent de thrombo-embolie artérielle ou veineuse est contre indiquée car augmente fortement le risque de récurrence).

Les personnes trans* sont également plus confrontées au risque d'être infectées par des infections sexuellement transmissibles. En effet, en ce qui concerne l'infection par le VIH, Tonia Poteat a donné les résultats d'une méta-analyse de 2000 à 2011 incluant 39 études dans 15 pays différents, qui montre 19 % de prévalence chez les femmes trans* (30), à savoir un taux 49 fois plus élevé que celui de la population générale. L'étude montre également que les femmes trans* qui auraient des rapports avec des hommes cisgenres seraient les plus concernées. Plusieurs pistes explicatives peuvent être recensées pour expliquer ces chiffres. Premièrement, l'exclusion sociale, économique et juridique qu'elles subissent fait qu'il n'est pas toujours aisé pour ces personnes de trouver un emploi. Le taux de travail du sexe est, de ce fait, plus élevé dans la population trans* à l'échelle mondiale. Deuxièmement, le partage de seringues d'injection d'hormones de façon clandestine augmente également le risque de contamination par le VIH et hépatites. Finalement, le fait d'être stigmatisées et marginalisées ferait en sorte que les personnes trans* seraient plus susceptibles d'avoir des pratiques et comportements sexuels à plus haut risque. (1)

En ce qui concerne la contraception et les capacités de procréation, selon l'équipe de Genres Pluriels, certaines personnes transgenres sous traitement hormonal ou ayant été opérées au niveau génital ne savent pas ce qu'il en est de leur situation procréative, ni donc ce qui leur convient en matière de contraception. (31)

La population transgenre est donc une population présentant certains risques spécifiques en termes de santé, à savoir une santé mentale qui peut être plus fragile avec un taux de suicide beaucoup plus important que dans la population générale. Un risque d'être infecté-e par des infections sexuellement transmissibles pouvant être plus important. Un risque d'automédication hormonale. Un risque de ne pas avoir de suivi médical. A travers ces risques, certains besoins spécifiques éclosent. Des besoins auxquels les prestataires de soins devront être attentives/fs. (27)

4. Les traitements hormonaux visant l'augmentation de l'imprégnation oestrogénique et la diminution de l'imprégnation androgénique

Ce point a été réalisé en me basant sur deux articles tirés du site de guides de pratique UpToDate : « *Transgender women : Evaluation and management* » (29) et « *Primary care of transgender individuals* » (32) . Et sur un article tiré du site de guide de pratique Dynamed « *Management of the female transgender patient* » (33)

Le but du traitement hormonal chez les femmes transgenres sera de viser le taux hormonal sanguin permettant d'avoir une expression du genre plus féminine, correspondant à son point de confort. D'après le Dr Moonens Alessandra, médecin généraliste faisant partie du Réseau Psycho-médico-social Trans* et Inter* belge, co-promotrice de ce TFE, la notion de « point de

confort » est extrêmement importante car celle-ci sera fortement prise en compte pour déterminer le dosage des hormones à prendre. Comme son nom l'indique, le point de confort correspond au dosage hormonal et à l'expression de genre avec lesquels la personne se sent bien.

D'après les guides de pratique UpToDate et Dynamed, il existe plusieurs catégories de molécules pouvant donner une expression de genre plus féminine. Les effets recherchés du traitement sont, généralement, une diminution de la pilosité du visage, une induction de la formation des seins et une répartition des graisses et des muscles plus féminine. Le traitement hormonal se compose généralement principalement d'œstrogène. A cette molécule sont parfois ajoutés des anti-androgènes (controversés car pouvant présenter de nombreux effets indésirables), de la progestérone et/ou du finastéride. Selon UpToDate une bithérapie sera généralement plus efficace qu'une thérapie composée uniquement d'œstrogènes et permettra de diminuer les doses d'œstrogènes nécessaires pour atteindre le point de confort. Cependant, si la personne a bénéficié d'une orchidectomie, un traitement seul par œstrogènes est recommandé.

A. Molécules utilisées

Les molécules qui sont utilisées comme traitement hormonal ont été reprises dans le **TABLEAU 17**.

a. Les œstrogènes

Les œstrogènes auront l'effet d'inhiber la sécrétion d'androgène et d'augmenter la concentration d'œstrogène circulante dans le sang. Cette molécule constituera la base du traitement hormonal féminisant qui pourra ou non être complété par certaines autres molécules citées ci-dessous. Il existe sur le marché une large gamme d'œstrogènes. La molécule comportant le moins de risque d'effets indésirables (et notamment de thrombose veineuse profonde) sera le 17-beta-oestradiol sous la galénique de gels ou de patchs transdermiques. Les patchs sont moins utilisés, en pratique, que le gel car sont plus chers et peuvent mener à des réactions allergiques à la colle du patch. Les femmes transgenres n'ayant pas subi d'orchidectomie devront généralement prendre des doses d'œstrogène plus importantes pour diminuer le taux de testostérone sanguin et ses effets physiologiques.

La posologie choisie sera la posologie qui permettra à la personne de trouver son point de confort en limitant au maximum les risques de développer des effets indésirables.

Le dosage, pour les patchs transdermiques de 17-B-Oestradiol, se situe généralement entre 50 et 200 microgrammes/24h 1 à 2x par semaine. Pour le gel transdermique, le dosage initial sera de 1.25mg de gel (= une dose pression)/24h 1 à 2x/J, puis le dosage pourra être adapté en fonction des taux hormonaux sanguins et du point de confort de la personne. Pour la prise orale de 17-B-oestradiol-valérate les recommandations sont de 2 à 4mg/J. Mais il y a dans ce

dernier cas une augmentation du risque de thrombose veineuse profonde par rapport aux patchs ou au gel transdermique. Nous verrons dans la partie III de ce TFE que les dosages seront souvent augmentés après avoir vérifié la tolérance de la personne pour son traitement et ses facteurs de risque. Pour l'œstrogel, le dosage s'élèvera, en moyenne, à 4 doses pression par jour.

Les guides de pratique attirent notre attention sur le fait que la pilule contraceptive est fortement déconseillée dans son utilisation comme traitement hormonal pour modifier son expression de genre car celle-ci est associée à un risque beaucoup plus élevé de problèmes thrombotiques et cardiovasculaires. Cependant, en pratique, de nombreuses personnes transgenres venant de l'étranger arrivent en Belgique avec de l'éthinylestradiol en comprimés comme traitements hormonaux et il sera parfois difficile de les faire changer de traitement car pourront se sentir confortable avec cette molécule malgré les risques thrombotiques et cardiovasculaires plus importants.

Le/la médecin qui initie un traitement par œstrogène devra faire attention aux contre-indications de la prise de ce traitement. A savoir un antécédent de cancer du sein, de thrombose veineuse profonde, de problème cardio-vasculaire, de maladie cérébro-vasculaire, de dysfonctionnement hépatique sévère ou encore d'hyperprolactinémie.

b. Les progestatifs

La progestérone est parfois utilisée comme complément au traitement hormonal féminisant. Son action d'inhibiteur de l'axe gonadotrope va faire en sorte qu'il y aura une diminution des sécrétions de testostérone chez les personnes n'ayant pas subi d'orchidectomie. Les progestatifs ne sont cependant pas conseillés dans les guidelines car ils sont associés à une augmentation significative de problèmes cardio-vasculaires et de cancer du sein.

c. Les agonistes GnRh

Ceux-ci inhibent la sécrétion gonadique d'hormones sexuelles en inhibant l'axe gonadotrope hypothalamo-hypophysaire. Ces molécules sont cependant très peu utilisées vu leur coût excessif et leurs effets indésirables.

d. La spironolactone

Selon UpToDate, la spironolactone est une molécule souvent utilisée aux Etats-Unis. Il s'agit d'un inhibiteur compétitif des récepteurs aux androgènes. Elle peut parfois être utilisée comme traitement de l'hypertension artérielle ou encore de l'insuffisance cardiaque. La posologie habituellement utilisée de spironolactone comme complément au traitement hormonal féminisant est de 100 mg/j.

e. Le finastéride

Les finastérides agissent en inhibant la 5 alpha-réductase et inhibent donc partiellement la conversion de testostérone en dihydrotestostérone (DHT). Ce médicament est connu dans le traitement de l'hypertrophie bénigne de la prostate ou encore dans le traitement de la perte des cheveux ou de l'hirsutisme chez la femme. Cette molécule n'aura une utilité que si les taux

de testostérone sanguin sont toujours élevés car s'il n'y a pas de testostérone, il n'y a pas de substrat pour produire de la DHT, le finastéride n'aura donc dans ce cas que peu d'effet.

f. Autre molécule

L'acétate de cyprotérone (Androcur®) a à la fois une action progestative qui va inhiber l'axe gonadotrope hypothalamo-hypophysaire et une action anti-androgénique. Le dosage habituellement utilisé varie entre 25 et 100mg/j. Cependant son utilisation est controversée au vu des fréquents effets indésirables qu'il provoque : diminution importante (voire totale) de la libido y compris en ce qui concerne l'auto-masturbation, bouffées de chaleur, neurasthénie, dépression, céphalées, troubles gastro-intestinaux, hépatotoxicité, augmentation du risque de thromboembolie veineuse lorsqu'il est associé à l'éthinylestradiol, diminution de la taille du pénis et des gonades, hyperprolactinémie, alopecie rétrograde ... Si l'utilisation de ce produit est prolongée à des doses élevées, le risque de développer un méningiome ou une tumeur hépatique est plus important. Selon les médecins du Réseau Psycho-médico-social Trans* et Inter* belge, cette molécule n'a donc (sauf exception) pas sa place dans les traitements hormonaux féminisants.

B. Effets des traitements hormonaux pouvant être prescrits aux femmes transgenres

Comme énoncé précédemment, le but du traitement hormonal chez les personnes transgenres sera de se féminiser et d'augmenter l'expression des caractéristiques sexuelles secondaires féminines induites par les hormones. Chez les femmes transgenres, les effets de l'imprégnation androgénique durant l'enfance et l'adolescence sur le squelette, la silhouette, la taille et la voix ne peuvent pas, cependant, être réversibles avec les traitements hormonaux féminisants. Par ailleurs, de nombreux changements vont tout de même avoir lieu (TABLEAU 18). Les changements initiaux que la personne transgenre pourrait remarquer à la suite de la prise d'hormones, seraient une croissance initiale du tissu mammaire, une peau moins grasse, une redistribution de la masse grasseuse et une diminution de la libido.

Les principaux effets d'une majoration de l'imprégnation oestrogénique et d'une diminution de l'imprégnation androgénique :

Pilosité	Les poils de barbe sont souvent résistants aux traitements hormonaux. Ceux-ci peuvent continuer à pousser même sans stimulation androgénique. La plupart du temps, les personnes transgenres auront donc recours à d'autres méthodes telles que l'épilation au laser ou encore l'électrolyse pour éliminer la pilosité faciale.
Développement mammaire	La formation de la poitrine commence presque immédiatement après l'initiation de l'administration des oestrogènes et la diminution des taux sanguins androgéniques. Le développement mammaire sera souvent maximal à 2 ans. Il est possible que la personne sous traitement ressente de la tension mammaire

	durant la période de développement de la poitrine. Parfois de la galactorrhée est présente chez les personnes avec une prolactinémie élevée.
Peau	La déprivation en androgène mène à une diminution de l'activité des glandes sébacées et peut rendre la peau plus sèche et les ongles plus fragiles.
Composition corporelle	L'augmentation de l'imprégnation oestrogénique et la déprivation de l'imprégnation androgénique vont engendrer une augmentation de la quantité de graisse sous-cutanée. Le poids corporel aura tendance à augmenter, cela surtout avec la prise de progestérone.
Testicules et prostate	Une atrophie testiculaire (s'il n'y a pas eu d'orchidectomie) apparaîtra lorsque les testicules ne seront plus stimulés par l'axe gonadotrope. Il se peut même que les testicules remontent au niveau du canal inguinal, ce qui peut être source d'inconfort. L'atrophie de la prostate apparaîtra également après quelques années de déprivation androgénique.
Voix	Le traitement hormonal féminisant n'a pas d'effet sur la voix. Les femmes transgenres désireuses d'avoir une voix plus aiguë se rendront donc généralement à des consultations chez des spécialistes orthophoniques. D'autres décideront de faire une chirurgie des cordes vocales pour rendre la voix plus aiguë.
Désir sexuel	L'acétate de cyprotérone pourra avoir pour effet une perte de libido (parfois totale, y compris en ce qui concerne l'auto-masturbation), une diminution de la fonction érectile et de l'éjaculation. L'œstrogel peut induire une légère baisse de libido mais n'empêche généralement pas d'avoir des érections désirées. Certaines personnes transgenres réduiront le dosage hormonal pour balancer le degré de féminisation avec celui de la fonction sexuelle.

C. Suivi médical lors de la prise d'un traitement hormonal visant l'augmentation de l'imprégnation oestrogénique et la diminution de l'imprégnation androgénique

Le suivi clinique des femmes transgenres sous traitement hormonal devrait se faire environ tous les trois mois durant la première année afin d'ajuster correctement le dosage hormonal administré. Après la première année, le suivi devrait se faire une à deux fois par an.

Le suivi consistera non seulement à s'assurer que la personne prenant le traitement hormonal se sente confortable avec ce traitement mais le suivi inclura également les points suivants :

- Suivi des concentrations sériques de testostérone totale pour déterminer à quel moment et quel dosage la patiente atteindra son but (qui est souvent le taux moyen de testostérone sérique chez une personne née de sexe femelle).
- Pour les personnes utilisant la spironolactone, les concentrations sériques de potassium doivent être contrôlées tous les trois mois durant la première année puis tous les ans (dans ce cas, il faut éviter de prescrire à la patiente d'autres diurétiques d'épargne potassique).
- La concentration d'E2 (17β-estradiol) doit également être contrôlée pour éviter d'atteindre des niveaux supra-physiologiques d'oestrogène (la plupart des études suggère de maintenir des taux d'E2 en dessous de 200pg/mL (=734 pmol/L).
- Certaines études suggèrent de faire le suivi des triglycérides et de la prolactine sérique. Cependant, l'utilité de réaliser ces dosages pour un suivi de traitement hormonal n'a pas encore été déterminée.
- Réaliser le dépistage de routine de cancers (mammaire, prostatique, ostéoporose) (cfr. point 6 «La prévention chez les femmes transgenres»).

Ces différents points sont repris dans le **TABLEAU 19**.

D. Effets indésirables des traitements hormonaux pouvant être prescrits aux femmes transgenres

La prise d'hormones n'est pas sans dangers en cas de mésusage des molécules. De plus, réaliser une anamnèse détaillée avant d'initier un traitement hormonal et réaliser un suivi correct permettra de limiter le risque d'effets indésirables pouvant être rencontrés avec la prise des hormones pré-citées.

Les effets indésirables principaux rencontrés lors d'une majoration de l'imprégnation oestrogénique et d'une diminution de l'imprégnation androgénique liées à la prise d'un/de traitement(s) hormonal(aux) sont les suivants :

Thrombo-embolie veineuse	Dans une étude comportant 132 femmes transgenres prenant de l'œstrogel, aucun événement thrombo-embolique n'a été observé. Dans une autre étude belge réalisée par l'université de Gand, de 2013, une très légère augmentation du risque thrombo-embolique veineux avec la prise d'œstrogel aurait été mise en évidence. Ces personnes présentaient un âge moyennement plus élevé que dans la première étude et présentaient des facteurs de risques cardiovasculaires (tabac, hypercholestérolémie, hypertension, état post-opératoire) (34)
Évènement cardio-vasculaire	Dans cette même étude, il n'y a pas d'augmentation de la mortalité par infarctus du myocarde qui a pu être démontrée chez les personnes transgenres sous traitement hormonaux comparément à la population mâle. En revanche, une

	<p>légère augmentation du risque d'accident vasculaire cérébral a été reportée principalement chez les personnes prenant de l'éthinyl oestradiol par voie orale et uniquement chez les personnes présentant des facteurs de risques cardiovasculaires (tabac, hypercholestérolémie, hypertension, maladie valvulaire cardiaque). Etant donné que les études restent peu nombreuses sur le sujet, il sera important d'informer la personne transgenre désirant initier un traitement hormonal par œstrogène qu'il existe peut-être des risques cardiovasculaires majorés à prendre cette hormone mais qu'il manque d'études à haut niveau de preuve pour confirmer cette corrélation.</p>
Hypertriglycéridémie et diabète de type 2	<p>Les œstrogènes oraux ont pour effet d'augmenter la triglycéridémie, ce qui pourrait favoriser le risque de développer une pancréatite aiguë. De plus, il a été remarqué dans l'étude de l'université de Gand de 2013 qu'il existerait une augmentation du risque de développer un diabète de type 2 chez les femmes transgenres prenant un traitement hormonal féminisant. Cependant, l'étude ne nous permet pas de dire si cette augmentation serait plus liée à la prise d'œstrogène ou d'acétate de cyprotérone.</p>
Hyperprolactinémie Prolactinome	<p>La prise au long cours d'œstrogènes serait associée à une augmentation de la prolactinémie. Les prolactinomes n'ont été rencontrés que très rarement chez les personnes transgenres et le plus souvent chez les personnes prenant à la fois de l'éthinyl oestradiol oral avec de l'acétate de cyprotérone. Dès lors, certains experts suggèrent de faire un suivi de la prolactinémie chez les femmes transgenres recevant de l'œstrogène mais ce suivi reste controversé.</p>
Cancer de sein	<p>Aucune étude n'a pu démontrer une augmentation du risque de cancer du sein avec la prise d'œstrogel seul.</p>
Fonction sexuelle	<p>Les traitements oestrogéniques, et encore plus les bloqueurs de testostérone, peuvent avoir pour effet une diminution de la libido, de la fonction érectile, de l'éjaculation et de la fertilité car la spermatogenèse nécessite la présence de testostérone. De plus, une déprivation de testostérone (qui sera importante avec la prise d'Androcur®) engendrera une atrophie des testicules qui, à long terme, sera irréversible. Avant de commencer un traitement hormonal, il sera donc important de discuter de la fertilité et peut-être d'envisager une cryopréservation avant l'initiation du traitement. Il faut également informer les personnes transgenres qui décident de réaliser une gonadectomie que celles-ci deviendront stériles.</p>

5. Chirurgies féminisantes

Dans les idées populaires, LA chirurgie sera l'étape ultime et inévitable de la transition des femmes transgenres. En réalité, il n'existe pas qu'une seule chirurgie mais de nombreuses chirurgies féminisantes. De plus, beaucoup de femmes transgenres ne ressentiront pas le besoin de faire d'opération pour atteindre leur point de confort.

Les chirurgies féminisantes peuvent être classées en 3 catégories :

- Les chirurgies de féminisation faciale
- Les chirurgies d'augmentation de la taille de la poitrine
- Les chirurgies de féminisation des organes génitaux (orchidectomie, vulvoplastie, vaginoplastie)

Ces opérations sont irréversibles. Il est donc important d'informer correctement les femmes transgenres désireuses de se faire opérer. Il est essentiel de repérer s'il y a ou non ambiguïté/hésitation dans la décision afin qu'il n'y ait pas de regret par après, ce qui semble être, d'après l'article « *Transgender women: Evaluation and management* » (29) très rare.

6. La médecine préventive chez les femmes transgenres

Ce point six a été réalisé en me basant sur deux articles. L'un est tiré du site de guides de pratique UpToDate : « *Primary care of transgender individuals* » (32). L'autre du site de guides de pratique Dynamed « *Management of the female transgender patient* » (33)

Selon une étude Néerlandaise de 2011 (35) la mortalité chez les femmes transgenres serait 51% plus élevée que la mortalité chez les hommes cisgenres. Les principales causes de mortalité n'étaient pas liées à la prise d'un traitement hormonal féminisant (suicide, overdose de drogues, HIV, problème d'accès aux soins de santé,...).

La médecine préventive chez les personnes transgenres semble donc être essentielle et n'est malheureusement pas toujours optimale. Cela s'explique notamment par le fait que les femmes transgenres nécessitent, en termes de prévention, des soins semblables à la population générale mais également des soins plus spécifiques aux personnes transgenres. Les expériences de discrimination dans les soins de santé sont fréquentes et le manque d'accès à un personnel médical compétent dans les soins de santé transspécifiques est courant.

Le rôle du/de la médecin généraliste en tant que prestataire de soins de première ligne sera donc multiple. Premièrement, accueillir correctement la femme trans* qui se présentera à sa consultation. Ensuite, s'assurer que cette personne reçoive les soins de prévention primaire, secondaire, tertiaire et quaternaire (FIGURE 4) que nécessite la population générale. Puis,

informer et offrir à la personne transgenre des soins transspécifiques. Il se peut que le/la prestataire de soins ne se sente pas à l'aise ou pas compétent-e de ce domaine. Dans ce cas, il est important que celui/celle-ci puisse mettre la personne en confiance et la référer vers d'autres prestataires spécialisés comme, par exemple, les prestataires faisant partie du Réseau Psycho-médico-social Trans* et Inter* Belge.

Lors de la première visite, une anamnèse complète n'est pas toujours possible. En effet, certaines personnes transgenres pourront avoir eu des expériences négatives avec des prestataires de soins et il faudra d'abord établir un lien de confiance avant de pouvoir questionner celles-ci pour établir une anamnèse plus exhaustive.

Une fois que le lien thérapeutique sera créé, en plus de l'anamnèse classique, il sera intéressant de s'interroger sur la prise éventuelle d'un traitement hormonal féminisant et sur les éventuelles opérations féminisantes déjà réalisées ou en projet. Connaître les projets de la personne permettra au médecin de pouvoir planifier et préparer avec sa patiente un terrain de sérénité pour entamer ou poursuivre la transition.

Interroger la personne sur ses antécédents personnels et son environnement social est important pour pouvoir mieux comprendre le contexte dans lequel cette personne vit et les enjeux que celle-ci doit affronter au quotidien. Ainsi, le/la praticien-ne peut détecter si la personne est isolée socialement. S'il y a une notion de rejet par la famille ou la communauté dans laquelle elle vit. Si elle est victime de harcèlement, de discrimination, ... Ces situations sont toutes à risque d'avoir un impact sur la santé de la personne. De plus, pour des raisons diverses, et notamment la discrimination à l'emploi et au logement, les personnes transgenres sont plus à risque de se retrouver sans logement que la population générale.

Connaître les antécédents familiaux de la personne est une indication précieuse dans l'initiation d'un traitement hormonal féminisant. En effet, un antécédent familial de cancer du sein, par exemple, est un facteur important à prendre en compte car augmente le risque de développer ce même cancer chez la personne prenant des œstrogènes et/ou de la progestérone.

L'examen clinique peut s'avérer être une étape délicate en consultation avec une personne trans* car celle-ci pourrait se sentir inconfortable dans son corps. De ce fait, l'examen clinique pourrait être ressenti comme un moment traumatisant par la personne trans*. Etablir un climat de confiance médecin/patient-e au préalable est donc primordial. Ce climat de confiance peut parfois prendre du temps à se mettre en place et se fera au fur et à mesure des consultations. Il est également important d'expliquer chaque étape de l'examen clinique pour aider à ce que la personne se sente plus à l'aise. Le/la médecin ne doit pas oublier que la femme trans* n'ayant pas subi de chirurgie possède des organes sexuels mâles. L'examen clinique doit donc, si cela est médicalement pertinent, inclure l'examen de ces organes sexuels. En cas d'absence de prise d'hormones, il est important de détecter des éléments suggestifs de conditions intersexuée (ex : hyperplasie congénitale des surrénales,

hypersécrétion androgénique, syndrome de Turner) car ces conditions peuvent avoir un impact sur la santé de la personne.

Pour ce qui est des résultats de laboratoire, il n'existe pas normes prédéfinies pour les valeurs récoltées chez les personnes transgenres. Chez les femmes transgenres, par exemple, les valeurs du dosage de la créatinine pourront être plus élevées que celles que nous retrouvons comme normes pour les femmes cisgenres car la masse musculaire des femmes transgenre sera généralement plus importante que celle des femmes cisgenres. Il en va de même pour la valeur de l'hématocrite. Il peut donc être utile de réaliser une prise de sang générale lors des premières consultations afin de pouvoir suivre la cinétique de certains marqueurs biologiques.

La prévention médicale transspécifique consiste à faire attention aux points suivants (liste non exhaustive) :

<p>Désir de procréation et fertilité</p>	<p>Se questionner sur l'éventuel désir de procréation de la personne et donner les informations nécessaires concernant la fertilité chez les personnes transgenres en transition est important. En effet, la fertilité peut être endommagée avec la prise d'un traitement hormonal ou la réalisation d'une chirurgie féminisante. Anticiper un désir de procréation sera dans ce cas essentiel. (cfr. le point 4.D. « Effets secondaires des traitements hormonaux pouvant être prescrits aux femmes transgenres ».)</p>
<p>Dépression Anxiété Idées suicidaires</p>	<p>Les personnes transgenres sont plus à risque de souffrir de dépression, d'anxiété et d'idées suicidaires. Le/la praticien·ne doit donc être particulièrement attentif·ve aux signes de dépression et d'anxiété que peut présenter la personne en consultation. Il doit pouvoir détecter les éventuelles idées suicidaires et apporter à la personne un soutien psychologique (+/- thérapeutique) adéquat. Les femmes trans* nécessitant des soins psychologiques ou psychiatriques peuvent être parfois réticentes à l'idée de se rendre chez un·e psychologue ou chez un·e psychiatre. Ceci peut s'expliquer par le fait que la transidentité a longtemps été considérée comme une maladie mentale et que ces personnes ont peut-être vécu de mauvaises expériences avec les soins de santé dans le passé. Dès lors, certaines personnes trans* peuvent avoir, en réaction, un rejet pour ces disciplines. Elles n'ont, par conséquent, peut-être pas accès aux soins qu'elles nécessitent. Le rôle du/de la médecin de première ligne est donc essentiel car iel peut, à travers une relation de confiance, tenter de donner accès à ces soins spécifiques. Le/la médecin de famille peut jouer le rôle d'intermédiaire entre le/la patient·e et le/la professionnel·le en psychologie ou psychiatrie.</p>
<p>Automédication</p>	<p>Il se peut que la personne ait pris des hormones provenant de la rue ou d'internet sans avoir reçu d'encadrement médical et, donc, de détection des risques à la prise de ce traitement. Il est important de rappeler ces risques. Le risque d'automédication sera sans doute réduit si une relation de confiance et de sécurité</p>

	est établie avec le médecin traitant. De meilleurs remboursements des hormones peut certainement avoir aussi un impact sur la réduction de ce risque.
Risques cardiovasculaires	Les mesures de préventions de problèmes cardiovasculaires seront les mêmes que dans la population générale (réduction des facteurs de risque cardiovasculaire : tabac, alcool, obésité, diabète, hyperlipidémie, ...). De plus, il faudra informer la patiente que la prise au long court d'hormones féminisantes pourrait induire une augmentation des risques de problèmes cardiovasculaires (des études manquent pour affirmer cette corrélation).
Tabac, alcool, drogues, stupéfiants	La consommation de substances addictives est plus fréquente dans la population transgenre. Il faudra y être d'autant plus attentif-ve. Il est aussi utile d'investiguer les éventuels risques d'infection liés à des injections effectuées avec un matériel non stérile (prise d'hormones, de drogues, injection de silicone,...).
Diabète II	L'augmentation de la masse grasseuse induite par la prise d'un traitement hormonal fait en sorte que les femmes trans* prenant des hormones sont plus à risque de développer une résistance à l'insuline et donc un diabète.
Lipidémie	Les œstrogènes oraux ont pour effet d'augmenter la triglycéridémie. Chez les personnes qui ont une hypertriglycéridémie familiale, cette augmentation de triglycéride engendrée par les œstrogènes augmentera le risque de pancréatite aiguë. Il sera donc conseillé de réaliser un dosage de triglycéride avant d'initier un traitement oestrogénique. En revanche, l'utilité de réaliser un suivi de routine de la lipidémie chez les femmes transgenres prenant des œstrogènes est encore à prouver.
Ostéoporose	Chez les personnes transgenres ayant réalisé une gonadectomie le risque d'ostéoporose sera plus important que dans la population générale si la personne ne prend pas d'hormones féminisantes. Le risque de fracture sera donc plus important dans cette population. Les recommandations sont donc de réaliser une ostéodensitométrie chez les personnes : <ul style="list-style-type: none"> a. Transgenres qui ont été opérée d'une gonadectomie et ayant vécu depuis cette opération au moins 5 ans sans prendre d'hormones féminisantes. b. Entre 50 et 64 ans en fonction des facteurs de risques semblables à ceux de la population générale. c. À partir de 65 ans, toutes les personnes transgenres devraient réaliser une ostéodensitométrie. <p>Sur le long terme, il est donc important de continuer à prendre de l'oestrogène en continu pour éviter la déminéralisation osseuse et le risque de fracture mais</p>

	<p>également pour éviter les symptômes associés à un manque en hormones sexuelles. Les recommandations en ce qui concerne la prise de vitamine D et de calcium sont les mêmes que dans la population générale.</p>
Cancer du sein	<p>Il n'existe pas d'étude sur le screening de routine du cancer du sein par mammographie chez les personnes transgenres recevant des hormones féminisantes. Selon l'article sélectionné dans UpToDate, comme dans la population générale, il est recommandé de proposer de faire une mammographie pour les femmes transgenres de plus de 50 ans présentant des facteurs de risques pour le développement d'un cancer du sein. A savoir : des antécédents familiaux de cancer du sein, ou encore un BMI > 35, ...</p> <p>En cas d'antécédent familial de cancer du sein, une analyse génétique est parfois recommandée pour voir si la personne demandeuse de prendre un traitement hormonal est porteuse ou non de mutations génétiques qui seraient à risque de faire développer ce cancer.</p>
Cancer de la prostate	<p>La prostate n'est pas enlevée lors des chirurgies génitales féminisantes. Comme pour la population homme cisgenre, une discussion sur les risques/bénéfices du screening de la prostate doit être envisagée. Même s'il semblerait que les hormones féminisantes réduiraient le risque de développement de cancer de la prostate. Les personnes transgenres ayant recouru à une orchidectomie sont également moins à risque de développer un cancer de la prostate qui est testostérone-dépendant. Il est à savoir aussi que le taux de PSA sera diminué lors de la prise d'un traitement anti-androgénique, et ce, même en cas de cancer avéré de la prostate. Une cinétique du PSA prend dans ce cas tout son sens.</p>
Hernies inguinales	<p>Les hernies inguinales peuvent être plus fréquentes chez les personnes qui tentent de cacher leurs testicules en les ascensionnant près du canal inguinal.</p>
Maladies thrombo-emboliques	<p>Comme dans la population des femmes cisgenres prenant des contraceptifs oraux à base d'œstrogène, les personnes transgenres prenant de l'œstrogène sont peut-être un peu plus à risque de développer des problèmes thromboemboliques. Les personnes transgenres prenant de l'éthinyl oestradiol seraient les plus touchées (2 à 6%). Le risque est d'autant plus important si d'autres facteurs de risque se cumulent comme le tabagisme, une immobilisation prolongée post-opératoire, des troubles de la coagulation, un antécédent de problème thrombo-embolique,... Il a été également remarqué que plus la durée de la prise d'éthinyl oestradiol oral était importante, plus le risque d'avoir un évènement thrombo-embolique est important. Il est donc vivement conseillé que le/la praticien-ne interroge la patiente sur les éventuels autres facteurs de risque thrombo-emboliques avant d'initier un traitement hormonal par œstrogène. Un point plus rassurant est le fait que plusieurs</p>

	<p>études ont démontré que ce risque est moins important (voire nul) si la prise d'œstrogène se fait par voie transdermique.</p> <p>Avant une opération, il est conseillé de stopper le traitement hormonal par œstrogène durant 2 à 4 semaines et réinstaurer celui-ci une fois que la mobilisation est à nouveau possible.</p> <p>Chez les personnes thrombophiles, il est recommandé d'administrer un anticoagulant en même temps que le traitement oestrogénique en continu.</p>
<p>Sexualité (IST, violences conjugales, chemsex)</p>	<p>Comme dans la population générale, s'interroger sur la sexualité de la personne permet d'avoir informations importantes sur le ressenti de la personne dans sa sexualité et d'évaluer les risques qui peuvent découler de cette sexualité :</p> <ul style="list-style-type: none"> b. Infections sexuellement transmissibles (IST) : Les recommandations pour le dépistage des ISTs sont semblables à la population générale. Cependant, il faut être conscient que le risque d'infection par IST est plus important dans la population transgenre. Tenir compte du type de rapport sexuel, du nombre de partenaire(s), de l'anatomie de la personne transgenre (a-t-elle été opérée pour vaginoplastie ?) est également essentiel. Pour diminuer les risques de rupture du préservatif chez les personnes transgenres qui ont eu recours à une vaginoplastie, l'utilisation de lubrifiants à base d'eau est souvent nécessaire. c. Violences conjugales : les problèmes de violence conjugale sont plus fréquents dans la population transgenre. d. Chemsex (ou chemical sex) : l'utilisation de drogues ou stupéfiants durant les rapports sexuels pour modifier/amplifier les sensations ressenties est plus fréquente dans la population transgenre. Les risques d'addiction et d'overdoses sont donc majorés. Informer correctement la personne sur les risques qu'elle prend pourra peut-être avoir un impact sur sa consommation et, par conséquent, sur sa santé.

Partie III : Etude Qualitative

« Quelles sont les 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 ? »

1. Méthodologie

1.1 Choix de la méthode

Le choix de réaliser une étude qualitative semblait être une évidence avec ma question de recherche qui cherche à étudier les opinions, les idées et les sentiments des femmes transgenres en ce qui concerne leurs attentes dans le suivi de leur transition par le/la médecin généraliste. Pour mener les interviews, l'enquêteur s'est basé sur une grille d'entretien semi-dirigée. Ce type d'étude va permettre aux personnes interviewées de s'exprimer librement à travers les questions ouvertes qui seront posées par l'enquêteur tout en gardant une structure sur laquelle pourra se baser celui-ci durant le déroulement des interviews. Cette grille d'entretien, conçue avant les interviews, permettra d'assurer à l'enquêteur que tous les thèmes retenus seront bien abordés.

1.2 Constitution de l'échantillon

Afin d'avoir des avis et opinions les plus variés possibles pour ensuite pouvoir comparer ces opinions dans l'analyse des interviews, mon but était d'obtenir un échantillon dit « en recherche de variation maximale ».

Pour ce faire, l'ASBL Genres Pluriels m'a proposé de rédiger en collaboration avec Hanna Ballout, une lettre électronique d'invitation aux personnes transgenres à participer à nos études (**ANNEXE 1**). Cette lettre a été publiée sur la page Facebook de Genres Pluriels (<https://www.facebook.com/genres.pluriels/>).

Elle a également été imprimée sous forme de flyers pour être placée en salle d'attente des médecins généralistes du Réseau Psycho-médico-social Trans* et Inter* belge. Les personnes intéressées à participer à nos études nous ont alors contacté·e·s par mail ou par SMS.

Les **critères d'exclusion** de cette étude ont été :

- Les personnes ne parlant pas le français.
- Les personnes de moins de 18 ans et de plus de 65 ans.

- Les personnes sous traitement hormonal pour une autre indication qu'une modification de leur expression de leur genre (ex: hypogonadisme).

Les **critères d'inclusion** des sujet·te·s ont été :

- Personnes se définissant comme transgenres.
- Personnes transgenres prenant ou ayant pris à un moment de leur vie un traitement hormonal visant à modifier leur expression de genres, traitement ayant été obtenu par internet, dans la rue ou ayant été prescrit par un·e médecin.
- Personnes n'ayant jamais pris de traitement hormonal visant à changer leur expression de genre mais désirant en initier un.

1.3 Déroulement de l'entretien

Au début de chaque entretien, je me suis présenté de la façon suivante : « Bonjour, je vous remercie d'accepter de participer à cette interview. Je termine mon master de spécialisation en médecine générale à l'Université catholique de Louvain. Pour mener cette interview, je vais me baser sur une grille d'entretien semi-dirigée que j'ai conçue avant cette interview. Celle-ci me permettra d'analyser les attentes des personnes transgenres vis-à-vis de leur médecin généraliste lors de l'initiation ou du suivi d'un traitement hormonal féminisant. L'objectif final de ces interviews est d'améliorer les connaissances des médecins généralistes sur la santé chez les personnes transgenres afin d'améliorer l'initiation et le suivi d'une transition par traitement hormonal en médecine générale. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Vous pouvez vous exprimer librement sans aucun jugement. Avec votre autorisation, je vais enregistrer l'entretien, qui restera anonyme ».

Tous les entretiens ont été réalisés en respectant les mesures sanitaires belges du moment dans ce contexte de pandémie par le virus SRAS-CoV-2. Le lieu de l'entretien a été choisi par la/le patient·e : soit en vidéo-conférence via l'outil Skype, soit à la RainbowHouse de Bruxelles, soit dans un cabinet de la Maison Médicale de la Plante à Namur, soit chez la/le patient·e. Avant de débiter chaque interview, un document d'information au sujet de l'étude a été fourni au/à la participant·e. Ensuite, leur consentement a été recueilli oralement et par écrit (**ANNEXE 2**).

L'interview, face à face (ou par visioconférence) et en français, s'est basée sur un guide d'entretien préalablement rédigé et articulé autour de 16 thèmes (**ANNEXE 3**). Pour réaliser ce guide, nous nous sommes réuni·e·s avec Hanna Ballout et avons réfléchi aux questions à poser en fonction des thèmes à aborder afin d'obtenir une grille d'entretien semi-dirigé commune. Cela nous permettra d'analyser et de comparer plus facilement les résultats que nous obtiendrons après la réalisation de nos interviews pour nos TFE respectifs.

La durée des interviews fut variable allant de 1h12 à 2h43 minutes. Les entretiens ont été enregistrés dans leur intégralité à l'aide d'un dictaphone. En fin d'interview, il a été demandé aux participant·e·s s'ils avaient des éléments à ajouter ou d'éventuelles remarques à faire sur le déroulement de l'entretien.

Immédiatement à l'issue de l'interview, les aspects non verbaux ont été notés ainsi que des commentaires généraux (attitude générale du/de la participant·e, difficulté particulière dans le déroulement de l'entretien). A la suite de l'entretien, la transcription en verbatim fut réalisée fidèlement à l'enregistrement, mot à mot (**ANNEXE TRANSCRIPTION DES ENTRETIENS SEMI-DIRIGES**).

1.4 Méthode d'analyse

Chacune de ces neuf interviews a été unique, comme chacun·e des patient·e·s ayant participé l'est. La méthode d'analyse utilisée est celle de **l'analyse thématique procédant par théorisation ancrée**. (36)

Dès la première interview, le processus d'analyse a commencé et s'est poursuivi après chaque nouvelle collecte de données. L'analyse s'est basée sur les verbatims retranscrits et sur l'enregistrement audio des entretiens. Une analyse thématique a été réalisée à partir de cette base de données. Les éléments signifiants provenant du discours brut des participant·e·s ont été identifiés et regroupés par approximations successives. Des thématiques furent créées. Des liens et des articulations se sont faits autour de ces thématiques afin de construire une nouvelle description du phénomène étudié.

1.5 Réflexivité de l'étude

Avant de réaliser ce TFE, je n'avais que très peu de connaissances en ce qui concerne les transidentités et les soins plus spécifiques que peuvent nécessiter la population transgenre. C'est l'ASBL Genres Pluriels qui a éveillé ma curiosité et mon envie d'en connaître plus sur le sujet. J'ai donc pu participer à une formation sur les traitements hormonaux masculinisants et féminisants organisée par l'ASBL et dont l'oratrice était le Dr Moonens, co-promotrice de ce TFE. J'ai également pu participer à trois Groupes de Travail Santé qui s'organisent plus ou moins une fois par mois, qui est composé de personnes concerné·e·s ou allié·e·s, médecins, psychologues, sexologues, etc. qui cherchent à améliorer l'accès aux personnes transgenres à des soins de santé de qualité et à faire respecter les droits des personnes transgenres. De ce fait, et par le fait également que mon souhait serait d'améliorer la qualité de vie des personnes transgenres en Belgique francophone, je suis conscient qu'une part de subjectivité peut avoir influencé mon travail. Cependant, j'ai tenté de faire attention à ce point et j'ai essayé de rester le plus objectif possible dans l'analyse des données et dans l'interprétation des résultats.

1.6 Ethique

Cette étude qualitative a été soumise au Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire (CEHF) Saint-Luc de l'Université Catholique de Louvain le 17/12/2020. Après un avis défavorable reçu le 11/01/2021 car le CEHF refusait l'utilisation du « mailing list » pour le recrutement des sujet·te·s, une correction du protocole d'étude a été envoyée le 13/01/2021. Un avis favorable a été rendu le 01/02/2021. La référence du CEHF est le 2020/16DEC/628 (**ANNEXE 4**).

2. Résultats

2.1 Description de l'échantillon

Comme nous pouvons le voir dans le **TABLEAU 20**, neuf personnes ont été interviewées. Parmi ces neuf personnes, huit d'entre elles s'identifiaient comme femmes transgenres et l'une d'entre elle s'identifiait comme « non-binaire transféminine ». Toutes les personnes interrogées prenaient un traitement hormonal dans le but d'avoir une expression de genre plus féminine. L'âge des personnes interrogées varie entre 18 et 60 ans (âge moyen : 38,66 ans). Les personnes recrutées parlent le français, sont de nationalité belge et vivent toutes en Belgique sauf une personne vivant en Europe de l'Est mais étant suivie en partie par un médecin généraliste belge. Les personnes interrogées prennent un traitement hormonal féminisant depuis en moyenne 1.5 ans (allant de 6 semaines à 4 ans et demi). Toutes les personnes interrogées prennent de l'oestrogène (2 sous forme de comprimés et 7 sous forme de gel). Cinq personnes prennent de la progestérone sous forme de comprimés en plus de l'oestrogène. Une personne prend de la spironolactone sous forme de comprimé en plus de l'oestrogène. Deux personnes ont pris de l'acétate de cyprotérone qu'elles ont arrêté après une orchidectomie. Trois personnes ont bénéficié d'une intervention chirurgicale au niveau des parties génitales. Six personnes sont ou ont été suivi·e·s par un·e médecin généraliste faisant partie du Réseau Psycho-médico-social Trans* et Inter* belge. Toutes les personnes interrogées ont déjà eu un ou plusieurs contacts avec un·e psychologue de Genres Pluriels. Trois personnes ont déjà eu un ou plusieurs contacts avec une équipe de genre, de Gand ou de Liège. Quatre personnes parmi les neuf interrogées ont un ou plusieurs enfants. Quatre personnes sont en couple avec une femme cisgenre, quatre personnes sont célibataires et une personne est en couple avec un homme cisgenre.

2.2 Analyse des entretiens semi-dirigés

2.2.1 Comprendre le contexte psycho-médico-social pour mieux accueillir.

A travers les témoignages recueillis, nous pouvons nous rendre compte que toutes les personnes interrogées ont pu **prendre conscience** qu'iels étaient des personnes transgenres dans l'adolescence ou dans l'enfance.

« ... En quatrième humanité... j'ai regardé une chaîne YouTube d'une personne transgenre... j'ai donc vraiment par simple curiosité au départ cliqué sur sa chaîne et suis tombée sur une vidéo qui parlait de « comment je me suis rendue compte que j'étais transgenre ». Et là, un mur s'est effondré. Et je me suis rendue compte que c'était ça, que c'était moi. » (P.53, L3 (= transcription page 53, ligne 3))

« Pendant mon enfance j'étais vraiment en dehors du groupe traditionnel. Je ne parvenais pas du tout à me retrouver dans les groupes de petits garçons et dans les activités et les goûts stéréotypés garçons. » (P.73, L5)

« Je pense qu'on sait depuis toujours qu'on est différente. Depuis très jeune on se rend compte qu'il y a des choses qui ne sont pas logiques avec les cases binaires qui nous sont imposées. Et petit à petit on te met dans cette case-là. Et même si tu te poses des questions (...) On t'a mis dans cette case-là, c'est comme ça que tu dois être. Donc même toi-même tu te coincés dans ce modèle qu'on t'a toujours appris. Mais tout doucement, il y a toujours des questions qui te reviennent ... » (P.146, L3)

Certains témoignages rapportent que l'**acceptation de soi** en tant que personne transgenre peut être assez difficile. Il est important de comprendre que la transidentité n'est pas un choix mais bien un ressenti. Certaines personnes témoignent avoir eu honte de leur situation. D'autres sont dans le doute. Beaucoup vont, au départ, s'interdire d'envisager une transition (ici, féminisante) et pourront refouler ce ressenti d'avoir une identité de genre qui ne correspond pas à celle que la société leur a imposée depuis la naissance.

« (...) Habillée en femme et j'avais trouvé ça formidable, je m'étais sentie bien et en même temps il y avait cette honte, cette difficulté à l'assumer donc de nouveau, j'ai refermé la porte à ça... » (P.2, L19)

« (...) Et il m'a encore fallu quelques mois pour me dire : « est-ce que tu es certaine que c'est vers ça que tu veux aller parce que ça ne va pas être facile. Ça résout certains problèmes essentiels mais ça va en créer d'autres ... comment devenir une maman pour mes enfants ? » (P.3, L5)

« Je m'étais mise des œillères pendant 20 ans. À chaque fois qu'on parlait de quelque chose qui touchait à la transidentité, je me fermais parce qu'inconsciemment je savais très bien que c'est ce que je souhaitais. » (P.4, L36)

« Il y a des personnes qui vont dire que c'est un choix (...) Il n'y a pas un matin où je me suis levée et je me suis dite : « ah ben tiens, je vais être une fille car c'est tellement plus facile de vivre en tant que fille. En plus en personne trans quoi. » » (P.139, L35)*

La personne transgenre pourra avoir du mal à s'accepter elle-même. Et cette difficulté sera d'autant plus importante lorsque que de nombreuses pressions extérieures pourront s'abattre sur elles et représenter un réel **frein à l'acceptation de soi** en tant que personne transgenre. Parmi les témoignages récoltés, plusieurs éléments ont rendu plus difficile pour les personnes interrogées l'acceptation d'elles-mêmes en tant que personne transgenre. La culture dans laquelle la personne a été éduquée. Le fait que dans l'esprit publique, la transidentité peut être parfois encore considérée comme une maladie mentale. Des regards méprisants de la part du personnel de santé, des collègues, de la famille. Des moqueries et un sentiment d'insécurité en rue, à l'école ou dans des clubs de sport.

« Je viens d'une famille patriarcale, des parents immigrés siciliens, donc c'était un peu tabou. C'était même pas la peine d'en parler, c'était juste impossible. » (P.1, L21)

« (...) j'ai rencontré des personnes (...) qui m'ont dit (...) : « Est-ce que tu es sûre que ce n'est pas un problème de santé mentale chez toi ? », parce que à l'époque c'était encore considéré comme une maladie mentale, un problème de santé mentale dans le DSM III (...) Donc je me dis voilà, on ne va pas chercher plus loin, c'est juste un problème de santé mentale. » (P.1, L2)

« Avec les collègues de ma médecin généraliste, c'est leurs regards méprisants (...) il y a des médecins qui ont un problème avec ça. » (P.14, L3)

« Je suis dans un quartier assez difficile, à forte connotation allochtone où ça serait un peu dangereux de se balader en « elle » » (P.24, L18)

« J'en ai parlé au médecin du site et au responsable des ressources humaines pour m'assurer d'avoir un support si jamais j'avais un problème avec les supérieurs. » (P.83, L38)

« J'avais 16 ans et donc j'avais été voir sur internet, sur Google (...) Et sur quoi est-ce que je suis tombée ? Des sites de cul évidemment. Et là c'était un choc car je me disais « mais non, c'est pas du tout qui je suis. Ou comment je veux que mon corps soit ». (P.119, L34)

« J'avais peur qu'on me prenne pour une folle. J'avais peur qu'on ne me prenne pas au sérieux. J'avais peur qu'on se moque de moi surtout. » (P.122, L33)

« Au niveau de l'école ça a été très compliqué (...) il y a eu des remarques sur ma tenue vestimentaire (...) j'ai eu droit à la joyeuse réputation de pute. » (P.206, L20)

Certaines personnes interrogées auront pu vivre de **mauvaises expériences avec le milieu médical** (y compris dans certains cas de la violence et/ou de la transphobie). Nous pouvons remarquer que cela peut avoir des conséquences en termes de lien thérapeutique praticien·ne/patient·e, de continuité des soins, et de confiance du/de la patient·e envers le milieu médical. Deux participant·e·s à l'étude pensent que le risque d'avoir une mauvaise expérience avec un·e praticien·ne sera plus important si ce·tte praticien·ne en question est plus âgé·e.

« Il a fallu être au bord du suicide pour accepter d'aller voir un médecin (...) puis j'arrive à verbaliser ça chez ma psy qui grosso modo me chasse de chez elle en me disant :« C'est pas mon truc, je ne peux pas vous aider ». Si je n'avais pas été combattante, je ne serais pas allée voir Genres Pluriels, je ne serais pas allée plus loin et je me serais dit que si même ma psy me renie, me rejette, je ne suis qu'un monstre ». (P.34, L5)

« Je n'ose plus aller voir mon ancien médecin traitant, je n'ose plus retourner dans les hôpitaux de ma région. Avec le mégenrage à l'accueil. » (P.171, L5)

« Le tout premier médecin traitant que j'ai vu m'a envoyée chez un sexologue. Je pense qu'il a un peu confondu sexualité et identité de genre » (P.110, L7)

« Et ma généraliste (...) m'a dit « il est hors de question que je te prescrive des hormones avant tes 18 ans parce que tu dois être sûr de ton choix. » C'est la dernière fois que je suis allée voir un généraliste. » (P.46, L14)

« Le problème se pose le plus souvent avec les médecins plus âgés car ils connaissent moins car on ne parlait pas de tout ça dans leur génération. » (P.152, L12)

« Mon médecin traitant (...) est un peu macho et je ne me vois pas me présenter chez lui en tant que femme (...) Donc je préfère faire 2 heures de train pour aller trouver le Dr X et être reçue par elle. Que d'aller trouver mon médecin qui est à 10 minutes à vélo de chez moi. » (P.166, L32)

« Par exemple le psychiatre me demandait si je m'habillais en femme. Mais est-ce qu'une femme s'habille en femme tous les jours ? Ce sont des questions intrusives indirectement car c'est très misogyniste et sexiste. » (P.101, L10)

Ces « expériences » pourront avoir pour conséquence de renforcer les doutes, la peur de se dévoiler, et un isolement social. Des **répercussions sur la santé mentale et physique** de la personne pourront être fréquentes. Plus de la moitié des personnes interrogées (5/9) déclarent avoir eu des idées suicidaires avant de faire leur coming out. Une personne sur les neuf interrogées a commencé à consommer des drogues dures. Une répondante déclare avoir eu une sexualité qui pouvait la mettre en danger.

« Et il y a 5 ans, ma maladie de Crohn a vraiment dégénéré alors que ça faisait 25 ans que je la gérais (...) j'étais vraiment au bout du rouleau, pas bien physiquement et pas bien dans ma tête (...) des idées noires (...) j'avais accepté le fait qu'il fallait en finir alors que j'avais deux jeunes enfants. » (P.2, L30)

« J'avais perdu 8kg en un mois (...) je pense que c'était lié au psychologique, que je n'assumais plus » (P.26, L1)

« Et je me disais que ce n'était pas possible, que j'étais un déviant (...) et j'ai commencé à partir plutôt dans des dérives toxicomanes. » (P.199, L16)

Sept personnes sur neuf ont pu **discuter** du fait qu'elles étaient transgenres avec leur **médecin traitant**. Pour certain·e·s participant·e·s, le/la médecin traitant a été la première personne à laquelle iels ont pu annoncer qu'iels étaient transgenres.

« (...) J'ai accepté et j'ai été assez forte pour en parler à ma médecin traitant (...) ça a été la première personne à qui j'en ai parlé (...) la relation de confiance s'est construite et donc ça me paraissait important qu'elle sache parce que, finalement, c'était clairement à la base de mon mal-être (...) Ça m'a fait du bien de pouvoir verbaliser avec elle à ce moment-là. » (P.6, L34)

« Je n'osais pas à aller vers ces associations. Donc c'est vraiment ce médecin généraliste avec ma mère qui était vraiment inquiète (...) j'avais besoin d'aide pour comprendre quoi ». (P.97, L16)

Deux personnes n'ont par contre pas osé en discuter avec leur médecin de famille de peur que l'information ne fuite dans le reste de la famille par l'intermédiaire du/de la médecin.

« Il me connaissait trop bien. Et je n'arrivais pas à lui exprimer mes problèmes de santé donc j'ai changé de médecin. » (P.147, L26)

« La raison qui m'empêchait d'aborder le sujet c'est que c'est le médecin de famille (...) Les enfants vont aussi seuls voir ce médecin (...) » (P.194, L4)

La majorité des participant·e·s ont eu du mal à trouver des **informations** fiables en ce qui concerne les transidentités. Beaucoup ne connaissaient rien sur ce thème et ont dû chercher des informations par iels-mêmes. Tou·te·s sont allé·e·s sur internet pour chercher des informations concernant les transidentités. Certain·e·s ont pu se rendre sur des forums ou des groupes Facebook pour échanger avec d'autres personnes transgenres leurs expériences respectives. D'autres encore sont allé·e·s rechercher des informations sur des vidéos YouTube ou dans des documentaires télévisuels. Un·e participant·e a réalisé une recherche de littérature scientifique et a lu des livres en anglais à ce sujet. La majorité des participant·e·s

(7/9) ont dit que leur source d'information principale a été les informations reçues par l'ASBL Genres Pluriels. Les personnes interrogées qui ont cherché à avoir des informations chez leur médecin généraliste ne faisant pas partie du Réseau Psycho-médico-social Trans* et Inter* belge ont répondu qu'elles n'ont pas eu les informations qu'elles espéraient de la part de leur médecin traitant par manque de connaissance de celui-ci/celle-ci sur le sujet.

« Il m'a fallu 5 mois avant de faire connaissance avec l'association Genres Pluriels parce que je faisais mes recherches sur internet avec le terme « transsexuel » et je tombais sur quoi ? Sur des sites pornos, sur des rendez-vous de prostituées transsexuelles et je ne comprenais pas. Je me disais c'est incroyable dans ce pays il n'y a pas moyen de se renseigner sur la transsexualité. Je ne savais même pas qu'on disait transgenre. » (P.4, L31)

« Je n'ai reçu aucune information, aucune. Que ce soit d'un généraliste ou d'un spécialiste. » (P.96, L39)

« Et donc j'ai tout découvert à partir du moment où j'ai rencontré l'association Genres Pluriels. » (P.5, L7)

« J'ai découvert d'abord le site de Genres Pluriels, je me suis renseignée. Il y avait des liens vers d'autres sites que j'ai commencé à lire également. Puis je suis allée aux permanences de Genres Pluriels. » (P.5, L29)

« Elle m'a expliqué aussi qu'elle n'avait aucun problème avec ça mais qu'elle n'avait pas de connaissance particulière ...C'est quelque chose qui intéresse ma médecin généraliste donc elle est ouverte à justement intégrer le Réseau santé de Genres Pluriels pour accompagner des transitions. » (P.75, L23)

Avant de pouvoir comprendre les attentes des personnes transgenres vis-à-vis du/de la médecin traitant en consultation de médecine générale, il est essentiel que le/la médecin généraliste comprenne le contexte dans lequel la personne arrive en cabinet de consultation. Nous avons pu voir, à travers les témoignages, que tous·te·s les répondant·e·s auront ressenti ce sentiment de solitude et/ou de rejet. Les difficultés liées à l'acceptation de soi et toutes les pressions externes pouvant s'exercer sur ces personnes, peuvent avoir des répercussions sur la santé mentale et physique de celles-ci. Plus de la moitié des répondant·e·s ont déclaré avoir eu des idées suicidaires avant de faire leur coming out. Certaines personnes vont refouler ce ressenti durant parfois des années, voire des décennies. Ce qui va parfois les amener à avoir des comportements à risque tant au niveau des consommations de stupéfiants qu'au niveau des relations sexuelles. Le/la médecin traitant pourra être la première personne à laquelle le/la patient·e va se confier sur sa transidentité. L'instant où la personne se rendra en consultation de médecine générale pour s'exprimer (peut-être pour la première fois) sur ce ressenti pourra donc être crucial. Il sera, de ce fait, d'autant plus important de soigner l'accueil réservé aux personnes transgenres par le/la médecin généraliste ou par le secrétariat du cabinet médical. En effet,

un accueil maladroit, malveillant ou accompagné d'un jugement négatif de la part du/de la professionnel·le de santé, risquera d'accentuer ce sentiment de rejet et/ou de solitude ce qui pourrait être néfaste pour l'avenir de la personne, voire être fatal.

Certaines personnes transgenres auront pu vivre de mauvaises expériences avec le milieu médical. Ceci pourra avoir comme conséquence une rupture du lien thérapeutique avec certain·e·s professionnel·le·s de la santé. Pire, cela pourra entraver la confiance que la personne transgenre portait envers le milieu médical et avoir pour conséquence une moins bonne accessibilité aux soins de santé. Il sera, dans ce cas, important pour le/la médecin généraliste d'essayer de rétablir cette confiance de la personne transgenre envers le milieu médical en travaillant, par exemple, avec un réseau de confrères/consœurs formé·e·s aux transidentités afin que celle-ci puisse recevoir les mêmes soins que la population générale. Les personnes transgenres pourront parfois avoir du mal à trouver des informations fiables sur la transidentité. Le/la médecin généraliste pourra donc être la première personne vers laquelle son/sa patient·e va se retourner pour trouver des informations et essayer de mieux comprendre sa situation. Cependant, à travers cette étude, nous pouvons remarquer que la majorité des médecins généralistes ne savent pas informer correctement leurs patient·e·s par manque de connaissance sur le sujet.

2.2.2 Apporter un soutien à la personne transgenre et à sa famille

Certain·e·s répondant·e·s auront pu trouver du réconfort et du **soutien** auprès de leur médecin traitant ou d'associations telles que Genres Pluriels ou encore à la Maison Arc en Ciel de Liège. Pour d'autres, ce sera certains proches qui pourront servir d'appui. Ces soutiens pourront souvent permettre à la personne d'avoir le courage de faire face aux pressions quotidiennes qu'elle peut subir, de faire son coming out auprès du restant de son entourage et d'envisager un changement d'expression de genre.

« Je me suis senti entouré par les différentes activités organisées par la Mac de Liège ou j'ai pu simplement aller à des expositions ou des débats en affichant complètement une expression de genre féminine. » (P.73, L29)

« Avoir des personnes avec lesquelles je peux me sentir tout à fait libre, c'est très important pour moi. » (P.84, L16)

« Le support de mon épouse est vraiment très important. » (P.87, L16)

« C'étaient vraiment juste les amis en fait, le support. C'est eux qui m'ont fait tenir le coup » (P.97, L6)

« J'ai eu beaucoup de chance au niveau du travail. Ils l'ont en moyenne bien pris à 90%. Pour ça j'ai été soutenue. Par mon directeur général aussi. » (P.178, L13)

Cependant, pour certaines personnes, le coming out transgenre ne va pas toujours bien se passer. Certaines personnes interrogées vont être victimes de **rejet** ou même parfois de **violence** de la part de la population et/ou de leurs proches.

« Je me faisais insulter dans la rue, mégenrer et regarder bizarrement dans le train. » (P.165, L29)

« Dans le cabinet des médecins où se trouve ma médecin (...) les autres médecins ont clairement changé de regard sur moi. J'ai perdu ce regard de bienveillance. Des gens qui me souriaient, qui étaient très aimables généralement sont devenus beaucoup moins aimables. Ne disent même plus bonjour. » (P.11, L1)

« On a vécu beaucoup d'agressivité et de violence de membres de ma famille. On a eu un mois de janvier très difficile à la maison et on était clairement terrifiés ma compagne et moi. On vivait un peu reclus chez nous avec des panneaux devant la porte, devant les fenêtres. Un peu en état de siège et ça, les gamins l'ont ressenti et ils ont bien vu qu'on était un peu mal par rapport à ça. » (P.10, L11)

Comme nous pouvons le voir dans ce dernier témoignage et dans les témoignages suivants, un coming out transgenre et/ou un changement d'expression de genre peut également avoir des **répercussions au sein de la famille** de la personne.

« J'ai deux enfants qui m'ont reniée. Et qui m'ont dit que je ne verrai plus jamais mes petits-enfants. » (P.178, L17)

« L'entourage de ma femme et de ma fille vont pouvoir réagir positivement ou négativement face à ça. Et je savais très bien que s'ils étaient, eux, mal entourés, ça pouvait créer de la discrimination de la part de leur entourage et ça pourra leur porter préjudice. Et donc j'entraînais tout le monde avec moi du coup. Dans ce parcours. » (P.156, L29)

« A l'école des gamins je ne vais pas encore en « elle » (...) donc on est un peu dans une sorte d'entre deux et c'est très inconfortable, pas seulement pour moi mais aussi pour ma femme » (P.24, L22)

« (...) La première fois que je l'ai annoncé à ma compagne, ça a été très dur. Elle l'a accepté maintenant mais au départ ça n'a pas du tout été le cas (...) elle a été vraiment dure dans ses propos. Preuve que, comme moi, elle avait peur de perdre l'autre. » (P.3, L32)

« Les enfants sont le centre de ma vie et en aucun cas je ne veux, comme mon fils est encore aux études, qu'il y ait un dérapage à cause de moi. Ça c'est... je ne le supporterai pas. » (P.190, L20)

« Mais je sais qu'avoir un père démissionnaire (...) ou pire, suicidé, c'est vachement pire pour les gamins qu'un père qui se sent bien en tant que maman » (P.25, L6)

Les personnes transgenres qui auront eu le courage de faire un coming out auprès de leur médecin traitant ou de leur entourage pourront se sentir soutenues et casser cette solitude à laquelle elles auront dû faire face durant parfois des années. Pour le/la médecin généraliste qui serait amené·e à suivre une personne transgenre en consultation, il sera donc important de s'interroger sur l'entourage et le soutien que ces personnes peuvent recevoir de la part de leurs proches. Ce soutien sera, en effet, essentiel pour que la personne puisse faire face à toutes les pressions quotidiennes qu'elle peut vivre.

Le/la médecin généraliste aura peut-être l'occasion de suivre également le restant de la famille de la personne. Il·elle devra être conscient·e qu'un coming out transgenre ou qu'un changement d'expression de genre pourra avoir des répercussions au sein de la famille de la personne. Le/la médecin traitant pourra donc avoir également un rôle de soutien auprès des autres membres de la famille. Il pourra être, toutefois, difficile pour le/la médecin traitant d'assumer seul·e cette prise en charge et ce rôle de soutien. Connaître les ressources familiales et les aides qui sont présentes dans l'entourage de la famille pourra donc être très utile. Le travail multidisciplinaire avec des psychologues ou des associations formé·e·s aux transidentités prendra également tout son sens et permettra à la personne transgenre et à sa famille de se sentir soutenue sur différents aspects pouvant être liés aux transidentités.

2.2.3 Soins « transspécifiques » : Initiation d'un traitement hormonal féminisant, importance du travail en réseau

Le **TABLEAU 21** détaille les différent·e·s professionnel·le·s de la santé rencontré·e·s dans le cadre de la transition des participant·e·s à l'étude. Parmi les soins liés à la transidentité plusieurs ont été cités durant les interviews :

- Epilation laser, Electrolyse
- Traitements hormonaux
- Logopédie (féminisation de la voix)
- Support psychologique
- Chirurgie esthétique du nez, de la mâchoire, de la pomme d'Adam, des pieds, augmentation mammaire.
- Opération des cordes vocales
- Chirurgie des organes génitaux : orchidectomie, vaginoplastie, vulvoplastie

Tou·te·s les personnes interrogées dans cette étude prennent un traitement hormonal. Comme nous pouvons le voir dans le **TABLEAU 22**, avant d'initier le traitement hormonal tou·te·s les participant·e·s ont dû faire une prise de sang générale (fonction rénale, hépatique, formule sanguine complète, glycémie, lipidémie , +/- bilan des infections sexuellement

transmissibles) et un bilan hormonal (thyroïdien, hormones gonadiques, prolactine). Deux personnes ont dû se rendre chez le cardiologue pour réaliser un test d'effort car celles-ci présentaient des facteurs de risque cardiovasculaire. Une personne a dû faire un bilan chez un hématologue car sa maman était atteinte d'une mutation d'un facteur de coagulation. Deux personnes ont dû faire un bilan hépatique car présentaient des antécédents de maladie hépatique. Une personne a dû faire un bilan psychiatrique en clinique de genre avant de pouvoir avoir accès au traitement hormonal et aux chirurgies des gonades.

Avant de commencer la prise du/des traitement(s) hormonal(aux) la majorité des participant·e·s ont dû avoir un **examen clinique** de la part du/de la médecin prescripteur/trice avec au minimum, une prise de paramètres. En ce qui concerne l'examen clinique les répondant·e·s pensaient qu'il était normal d'en réaliser un en consultation de médecine générale si celui-ci apportait des données médicales importantes pour la santé de la personne. Tou·te·s les personnes interrogées désirent que l'examen clinique soit abordé et réalisé de la même façon par le/la médecin traitant que pour une personne cisgenre. « *Ne pas le réaliser serait* », selon une répondante « *une sorte de discrimination* ». Cependant, plusieurs (3/9) répondantes déclarent ne pas se sentir du tout à l'aise avec le fait de nommer leurs organes génitaux. S'il y a une indication médicale de réaliser un examen des organes génitaux quatre répondantes aimeraient que le/la médecin traitant explique pourquoi iel réalise cet examen et qu'iel demande au préalable comment, par quel mot, iel peut désigner leurs organes génitaux.

« *Parler de pénis, de testicule et de scrotum, ça me dérangeait.* » (P.141, L10)

« *Un torse c'est masculin, et une poitrine c'est féminin* » (P.145, L25)

« *Maintenant ça va. Le médecin ne doit plus dire le mot pénis (rire). Et c'est très bien (rire). Je ne voulais pas entendre ça... Je pense que je serais plus à l'aise si le médecin traitant me dit « voilà on va examiner cette zone »* » (P.110, L1)

« *Maintenant, si le médecin utilise un autre terme, il faut être certain que la patiente et le médecin parlent de la même chose. Donc je pense que le médecin ne doit pas avoir peur de poser la question.* » (P.159, L6)

« *Il devait examiner mes jambes parce que j'avais des varices et je devais abaisser le pantalon quoi (...). Et je me suis sentie obligée de dire « voilà je suis une personne trans*, blablabla ». Donc ça peut être gênant car on ne sait pas si on a en face de nous quelqu'un d'ouvert.* » (P.101, L18)

A la question du **rapport** que les personnes interrogées ont **avec leur propre corps** les réponses récoltées sont diverses :

« Moi j'ai un problème de légitimité, c'est quelque chose qui revient souvent chez les personnes en début de transition. Je ne me sens pas être une vraie femme (...) pour le moment je me sens ridicule » (P.26, L33)

« Et c'est marrant parce que je disais toujours à ma femme que c'était juste un changement sur la forme et pas sur le fond. Mais non (...) parce que justement cette image qu'on a de soi, de regard qu'on a sur soi, eh bien ça fait partie du fond, et il a complètement changé » (P.27, L35)

« Je suis vraiment assez bien dans mon corps. Il y a juste le fait que ce que j'ai entre les jambes, ça ne me va pas. Je ne me sens pas du tout à l'aise avec ça. Et ça m'apporte beaucoup de difficulté au quotidien au niveau des relations etc. » (P.62, L10)

« Je ne supporte pas de me voir et mon physique me dérange. J'ai même enlevé certains miroirs dans la salle de bain car je ne me supporte pas. Et quand il y a un miroir, je me mets dos au miroir pour ne pas me voir. Je ne supporte pas le côté homme chez moi. » (P.201, L4)

Parmi les répondant·e-s, cinq personnes sur neuf ont comme **médecin prescripteur/trice** du traitement hormonal un·e médecin faisant partie du Réseau Psycho-médico-social Trans* et Inter* belge. Une répondante a déclaré recevoir ses ordonnances par sa médecin de famille. Cette dernière était intéressée de participer à la formation organisée par l'ASBL Genres Pluriels concernant les traitements hormonaux chez les personnes transgenres et de devenir par la suite, membre du Réseau Psycho-médico-social Trans* et Inter* belge. Une personne recevait ses ordonnances pour une année de traitement hormonal lors d'une visite annuelle chez un endocrinologue de la clinique de genre à Gand. Cette même personne déclare parfois prendre plus de comprimés que ce que l'endocrinologue lui a conseillé de prendre (parfois jusqu'à la double dose). Une autre répondante reçoit ses ordonnances par un gynécologue faisant partie du Réseau Psycho-médico-social Trans* et Inter* belge. Une dernière reçoit ses ordonnances pour son traitement hormonal par un gynécologue faisant partie de l'équivalent d'une équipe de genre en Europe de l'Est (car habite là-bas en ce moment). Le temps entre le premier coming out transgenre et la prise d'un traitement hormonal chez les répondant·e-s varie entre 6-7 mois et 8 ans, le temps moyen étant de 2 ans et demi (seul·e-s 7 personnes ont répondu à cette question).

Au niveau **médicamenteux**, tou·te-s les participant·e-s prenaient de l'oestrogène, deux personnes sous forme de comprimés et sept sous forme de gel. Les doses d'oestrogel prises par les participant·e-s varient d'une pression par jour jusqu'à six pressions par jour. 5 personnes prenaient de l'Utrogestan 100mg une fois par jour en plus de l'oestrogène. Une personne prend du spironolactone en plus de l'oestrogène. Le choix du spironolactone se justifie, selon le médecin traitant, parce que la personne présente des tensions artérielles habituellement trop élevées. Le spironolactone aura alors cet effet double de diminuer la tension et d'agir sur l'expression de genre. Trois personnes parmi les neuf interrogées ne

connaissaient pas d'autres nom de molécules que les leurs pouvant être utilisées comme traitement hormonal pour avoir une expression de genre plus féminine. Dans la majorité des cas, le choix de la/des molécule-s utilisée-s s'est fait selon l'avis du/de la médecin prescripteur/trice en fonction des comorbidités que peut présenter la personne.

« Parfois certaines personnes disent que juste l'œstrogène pour les personnes trans est aussi utile. Apparemment, ça permet de réguler le reste et de réduire la testostérone. » (P.105, L18)*

Si le traitement hormonal était constitué de plusieurs molécules, chaque molécule aura été initiée à minimum 3 mois d'intervalle pour laisser un temps d'**adaptation** à chacune de celles-ci et surveiller les éventuels effets indésirables. Les doses prises étaient généralement plus faibles en début de traitement et ont été majorées progressivement.

En ce qui concerne l'**oestrogel**, tou-te-s les participant-e-s ont reçu par le/la médecin prescripteur/trice ou le/la pharmacien-ne l'information qu'il ne fallait pas appliquer le gel ni sur les seins, ni sur les testicules. Deux participantes ont déclaré qu'elles ne voulaient pas appliquer le gel sur les bras car les taux d'œstrogel pourraient être surévalués localement à lors de la prise de sang de contrôle. Une participante trouve que l'œstrogel, de par sa prise transdermique, est contraignant à prendre.

« Appliquer l'oestrogel le soir, c'est à ne pas conseiller si vous êtes en couple. Parce que forcément, vous frottez votre peau sur l'autre personne qui ne peut pas en avoir » (P.174, L17)

Comme nous l'avons vu dans la deuxième partie de ce TFE, la prise de **bloqueurs de testostérone** est controversée. Pourtant, la majorité des études concernant la prise d'hormones chez les personnes transgenres désirant avoir une expression de genre plus féminine concernent l'association d'œstrogel et d'acétate de cyprotérone. Dans les témoignages ci-dessous, nous pouvons remarquer que cette dernière molécule peut être mal perçue par les répondant-e-s et parfois assez mal tolérée.

« L'Androcur® a complètement tué ma libido. Si c'est possible de ne pas donner de l'Androcur®, n'en donnez pas. » (P.104, L1)

« Mon traitement se constitue uniquement d'œstrogel. C'était ce qui était le plus approprié parce que d'une part je ne voulais pas introduire de bloqueurs de testostérone parce qu'ils ont tous des effets secondaires assez sauvages et très négatifs. Et d'autre part, d'après ce que j'ai lu, si on dose correctement les œstrogènes, la balance va s'établir seule et il n'y a donc pas de raison de prendre quelque chose en plus pour supprimer la testostérone. Et dans le cadre de certains bloqueurs, ça amène la testostérone plus bas que le niveau de base même d'une femme cis. » (P.81, L3)

En ce qui concerne le **finastéride**, une personne a eu une mauvaise expérience avec cette molécule qui lui donnait une perte de libido et qui était assez chère. Cette personne a donc arrêté de prendre ce traitement.

Une personne déclare qu'elle n'est pas convaincue de l'utilité de prendre l'**Utrogestan** en plus de l'oestrogène.

Toutes les personnes interrogées sont allées chercher leur traitement hormonal en pharmacie. Une personne était prête à **commander** ses hormones **sur internet** si on ne lui avait pas fait des prescriptions.

L'**inquiétude** principale relatée par les personnes interrogées en ce qui concerne le traitement hormonal était que les effets du traitement sur l'expression de genre prennent beaucoup de temps à apparaître. Une répondante, au contraire, déclare avoir eu peur que les changements physiques soient très rapides car elle n'avait pas encore fait son coming out. Une personne a déclaré avoir peur des répercussions du traitement sur sa sexualité.

Tou-te-s les participant-e-s se sentent en **sécurité** au niveau médical avec la prise de leur traitement. Un élément relaté par les participant-e-s, qui les rassure est le fait que les molécules prises dans ce contexte sont des molécules utilisées depuis longtemps pour d'autres indications.

« L'œstrogel ma tante en prend, ma grand-mère en prend, la mère de mon ex en prend. Et l'Utrogestan, ma sœur en prenait quand elle était enceinte. Ça m'aide de me dire que je ne prends pas des médicaments pour transgenre. Je prends des médicaments qui ont été détournés de leur usage initial à des fins de traitement hormonal. Ça me permet d'avoir une énorme confiance en ces médicaments » (P.56, L29)

Durant les interviews il a été demandé aux participant-e-s de décrire les **effets désirables et indésirables** observés avec la prise de leur traitement hormonal. Ces observations sont détaillées dans le **TABLEAU 23**. La poitrine qui se développe, une répartition des graisses plus féminine, une peau qui s'affine et qui devient plus douce et une diminution des érections spontanées sont les principaux effets désirables observés avec la prise d'œstrogène. Deux répondant-e-s pensent que l'Utrogestan permet de stabiliser leur humeur. L'effet indésirable lié à la prise d'œstrogène le plus souvent cité par les répondant-e-s est une humeur plus labile et une sensation d'être plus sensible (certaines personnes considéreront cette sensation comme étant un effet désirable). Pour l'Androcur® (déjà pris par 2 personnes sur 9) et le Finastéride (déjà pris par 1 personne sur 9), le principal effet indésirable décrit est une perte de libido. Cinq répondant-e-s sur neuf trouvent que leur libido a diminué depuis qu'ils prennent un traitement hormonal. Trois répondantes (sur 5 à en prendre) déclarent avoir eu une prise de poids ou une augmentation de l'appétit depuis la prise de l'Utrogestan. Une personne dit se sentir plus fatiguée depuis la prise de cette dernière molécule.

« Alors on m’a informée des effets secondaires potentiels mais ces effets ne pouvaient pas être néfastes pour moi comparé au bien-être que je pouvais ressentir à la prise de ce traitement. » (P.155, L12)

Lorsqu’il est demandé aux participant·e·s si iels sont **satisfait·e·s** de leur traitement, cinq personnes sur neuf répondent « oui ». Trois personnes espèrent plus de leur traitement en ce qui concerne les effets désirables. Une personne est satisfaite de l’oestrogel mais est mitigée pour l’Utrogestan et n’est pas satisfaite par le finastéride qui lui aurait procuré plus d’effets indésirables que désirables.

Il a été plusieurs fois relaté dans les interviews qu’il était courant que les personnes sous traitement hormonal comparent les effets des molécules et le dosage que chacune prennent respectivement. Ceci pourrait donner envie à la personne de prendre des doses supérieures à celles conseillées par le/la médecin. Cependant, chaque personne est unique et a une santé qui lui est propre. Un dosage plus ou moins élevé chez une connaissance peut donc être justifié en fonction de ses facteurs de risques, de sa physiologie, de sa réponse au traitement et de ses antécédents.

« Et je voyais des gens qui disaient :« Ça y est, j’ai commencé le traitement » et elles disaient la dose qu’elles prenaient et les autres répondaient :« Oh mais c’est ridiculement peu, tu vas attendre des mois et des mois avant d’avoir des résultats (...) » (P.22, L5)

Comme cela a été vu dans la partie théorique de ce travail de fin d’études, les personnes transgenres désireuses d’avoir une expression de genre plus féminine auront souvent recours à des soins qui seront spécifiques à leur situation. Certains soins, comme la prise en charge par traitement(s) hormonal(aux), pourront être réalisés par le/la médecin généraliste. D’autres soins, comme la féminisation logopédique de la voix, les chirurgies féminisantes, le support psychologique et l’épilation laser, seront réalisés par différent·e·s professionnel·le·s de la santé médicaux/ales et para-médicaux/ales. Le suivi d’une personne transgenre en transition nécessitera donc souvent une prise en charge pluridisciplinaire. Le/la médecin traitant étant souvent le/la premier/ère prestataire de soins avec le/laquelle la personne transgenre aura contact, il sera important qu’il puisse faire partie d’un réseau de soins transfriendly pour pouvoir, si nécessaire, référer son/sa patient·e vers des prestataires de soins respectueux/ses et formé·e·s aux transidentités. Une bonne entente et une bonne collaboration avec les différent·e·s prestataires de soins de la personne permettra au/à la médecin généraliste d’avoir plus de facilité dans son rôle de coordinateur/trice des soins et pourra permettre d’améliorer à travers les échanges avec ses collègues d’autres disciplines ses connaissances sur les transidentités.

Réaliser une anamnèse détaillée et un examen clinique (prise de paramètres et auscultation cardio-pulmonaire) permettra de s'assurer qu'il n'y a pas de contre-indication ou de risques pour la santé avec la prise de traitement hormonal/aux et pourra influencer le choix des/des molécules qui sera/seront utilisée-s. Le/la médecin généraliste devra, cependant, être attentif/ve à ne pas utiliser des termes qui pourraient froisser ou rendre la personne mal à l'aise, ce qui pourrait mettre à mal la relation patient·e/médecin généraliste. Certaines personnes transgenres pourraient, en effet, avoir développé une appréhension ou un dégoût à l'idée d'entendre certains mots cités par le/la médecin traitant pour désigner certaines parties de leur corps. Pour éviter tout malaise, il pourra être intéressant de simplement poser la question s'il y a ou non certains termes que la personne préfère qu'on utilise pour désigner certaines parties de son corps.

Un bilan sanguin sera également essentiel avant d'initier un traitement hormonal pour, de nouveau, s'assurer qu'il n'y ait pas de contre-indication à la prise de certaines molécules. Un bilan hormonal initial pourra aussi servir de valeur de départ pour surveiller la cinétique des dosages hormonaux sanguins lors des prochaines visites de contrôle chez le/la médecin généraliste. Pour certaines personnes transgenres et en présence de comorbidités, des examens médicaux supplémentaires seront nécessaires afin que le traitement hormonal féminisant ne représente pas un danger pour la santé de la personne.

Il est important que le/la médecin prescripteur/trice connaisse correctement les molécules prescrites, leurs effets et leurs contre-indications afin que la personne transgenre puisse prendre son traitement de la façon la plus sécurisante possible.

D'après les témoignages, il semblerait que la molécule de base à utiliser dans un traitement hormonal dans le but d'avoir une expression de genre plus féminine serait l'œstrogène. La galénique la plus utilisée, car la plus sécurisante, serait sous la forme de gel transdermique. A l'initiation du traitement, les doses reçues devraient être moins élevées pour s'assurer de la tolérance de la personne à ce produit.

Ce qui peut nous interpeller, c'est que dans les guides de pratiques (cfr. Partie II de ce TFE : « *la santé chez les femmes transgenres* »), les recommandations et les recherches ont été réalisées sur un échantillon de personnes transgenres prenant toujours une « bithérapie » constituée généralement d'œstrogène et d'acétate de cyprotérone. A travers les témoignages recueillis, nous pouvons remarquer que l'œstrogel semblerait souvent suffisant pour satisfaire les besoins des répondant·e-s en termes de féminisation de leur expression de genre afin de tendre vers leur point de confort. Beaucoup de témoignages très négatifs ont été récoltés sur les expériences des participant·e-s avec l'acétate de cyprotérone. La question de l'indication et de l'intérêt de donner ce bloqueur de testostérone comme traitement hormonal se pose donc. D'autant plus que ce traitement peut être responsable de nombreux effets indésirables, parfois graves. Alors pourquoi cette molécule est-elle toujours présente dans les recommandations des guides de pratique scientifique comme traitement hormonal féminisant ? Une piste explicative serait que la plupart des études sur le sujet ont été réalisées par les cliniques de genres qui proposaient

(et qui, pour la plupart, d'après les répondant·e·s, proposent toujours) la prise d'acétate de cyproterone en plus de l'oestrogène comme traitement hormonal féminisant.

2.2.4 Thèmes à aborder avant d'initier un traitement hormonal : fertilité, sexualité, santé mentale, aspects financiers

Tou·te·s les personnes interrogées pensent qu'il est important d'aborder le thème de la **fertilité** et de la procréation en consultation de médecine générale chez une personne qui désire entamer un traitement hormonal dans le but de modifier son expression de genre. Comme vu précédemment dans la partie théorique de ce travail de fin d'études, les traitements hormonaux peuvent avoir pour conséquence une diminution, voire une perte, de la fertilité. Tou·te·s les personnes ayant répondu à l'étude pensent qu'il faudrait prévenir les personnes concernées des conséquences potentielles d'un traitement hormonal sur leur fertilité, et leur proposer une cryopréservation des spermatozoïdes chez toutes les personnes désireuses d'initier un traitement hormonal. Deux répondantes ont fait cette cryopréservation.

« Vous savez, quand je commençais ma transition, je voyais des jeunes personnes d'une vingtaine d'années à qui on a donné très facilement des traitements hormonaux mais sans leur parler des risques et puis un jour elles ont eu envie d'enfanter et ça n'était plus possible, il n'y avait pas eu de mise au congélateur d'échantillon de sperme. Ces personnes ne seront jamais père ou mère. Ils ont perdu cet aspect-là de leur vie et ça, c'est abominable ». (P.32, L15)

Lorsque le thème de la fertilité et de la procréation chez les personnes transgenres est abordé, voici les idées qui viennent en tête des personnes interrogées :

« Gros problèmes législatifs » (P.30, L28)

« Le fait qu'une femme transgenre puisse être père ça choque beaucoup les gens mais moi, je trouve que ça enrichit la société puisque ça nous fait sortir de nos visions très limitées et limitantes. » (P.30, L34)

« Je préfère voir des enfants heureux dans un couple homosexuel ou trans que des enfants malheureux dans un couple hétéro qui sont battus tous les jours par exemple. » (P.160, L16)*

Une inquiétude que certaines personnes transgenres vont avoir en ce qui concerne la fertilité et la parentalité c'est l'image que les médias peuvent véhiculer à ce sujet.

Le thème de la **sexualité** pourra également être abordé en consultation de médecine générale. Durant les interviews, cinq répondant-e-s déclarent n'avoir aucun problème à discuter de sexualité avec leur médecin traitant.

Tou-te-s les répondant-e-s ont répondu que leur vie sexuelle avait changé depuis le début de leur transition et la prise du traitement hormonal.

« D'abord, au début de ma transition, je n'assumais pas vraiment (...) Donc je ne couchais pas avec les mecs que je rencontrais en soirée. Moi je pouvais donner du plaisir mais pas du tout l'inverse (...) et donc c'était une sexualité un peu bizarre où je me suis peut-être mise un peu en danger à certains moments. » (P.63, L13)

« Tous les mecs avec qui j'ai eu des rapports sexuels le savaient à la base. Mais à posteriori, m'ont dit qu'ils ne se sentaient pas forcément à l'aise avec mon corps quoi. Alors que je m'en étais assurée avant et pendant (...) Ceux-ci ont arrêté de me parler de par mon corps et c'est quelque chose qui est super réducteur et que j'essaye d'éviter. » (P.63, L36)

« Ma libido a chuté avec Androcur® (...) Je suis devenue presque asexuelle. » (P.110, L11)

« Ce qu'on apprend habituellement, c'est la sexualité de procréation mais on apprend pas la sexualité dans son vrai sens alors que je connais beaucoup de personnes qui font l'amour sans pénétration. Et c'est comme ça qu'à 35 ans, lorsque j'ai exploré ma sexualité avec ma femme, que j'ai connu l'orgasme. » (P.159, L22)

« J'ai développé des problèmes pour les relations sexuelles (...) ça s'est accentué à cause d'un viol (...) cette phobie de moi-même s'est accentuée en fait avec ça. » (P.217, L21)

Cinq répondant-e-s parlent d'une baisse de libido depuis la prise de leur traitement hormonal. Deux répondantes déclarent ne plus savoir où elles en sont au niveau sexuel. Plusieurs répondant-e-s qui sont en couple déclarent que les pratiques avec leur partenaire ont changé. Cinq répondantes déclarent avoir abordé le sujet de la sexualité elles-même avec leur médecin traitant. Trois répondantes souhaiteraient que le sujet soit abordé par le/la médecin traitant et que cela soit fait de façon spontanée dans la discussion. En revanche, quatre répondant-e-s se sentiraient un peu mal à l'aise d'aborder ce sujet avec un-e médecin, surtout si c'est avec un-e médecin qu'ils ne connaissent pas bien.

« Tout ce qui se passe dans ma vie sexuelle, le Dr Y est au courant. Je pense que ça fait partie de la relation de confiance. » (P.28, L25)

« Je ne me sentrais pas à l'aise qu'on me pose ces questions, surtout si c'est un médecin traitant que je ne connais pas » (P.181, L6)

Lorsqu'on demande ce qu'évoque la **santé mentale** chez les personnes transgenres aux participant-e-s, certain-e-s la comparent à des montagnes russes. Plusieurs pensent à la dépression. Un-e répondant-e distingue le mal-être personnel intérieur lié au fait que la personne se retrouve dans un corps qui ne correspond pas à son identité de genre et le mal-être pouvant être provoqué par le regard des autres.

« Des moments d'euphorie où les choses vont dans le sens de notre transition et puis des moments de cafard quand ça ne va pas comme on veut ou quand les gens sont malveillants. » (P.33, L34)

« Je pense que la santé mentale chez les personnes transgenres est faible, mauvaise. De part toutes les pressions quotidiennes qu'on subit. » (P.66, L5)

« Je n'avais pas de support psychologique ou psychiatrique et c'était vraiment difficile » (P.98, L12)

Trois personnes ont déclaré avoir fait un burn out avant de faire leur coming out trans*. Sept personnes sur les neuf répondant-e-s déclarent ne pas avoir de **réticence à se rendre chez un-e spécialiste en santé mentale**. Les autres pensent qu'il peut y avoir une réticence qui pourrait être liée soit au fait que la transidentité a été longtemps considérée comme une maladie mentale et que l'idée de devoir se rendre chez un-e psychiatre ou un-e psychologue réveille en iels ce sentiment de « psychiatrisation » des transidentités. D'autres pensent que des mauvaises expériences antérieures avec un-e personnel-le de santé peuvent être responsables de cette réticence. D'autres encore pensent que c'est un moment où il faut se dévoiler complètement devant une personne et cela peut avoir de graves conséquences si la relation entre la personne et le/la spécialiste se déroule mal.

« Je pense que c'est le plus important d'apporter ce support émotionnel par des thérapeutes, psychologues, psychiatres éventuellement mais pas dans le but de recevoir ce diagnostic ou dans le but qu'on doive suivre des psychiatres pour avoir un traitement hormonal mais dans le but d'avoir un support émotionnel médical et psychologiquement adapté. » (P.99, L6)

« (...) Malheureusement ça fait seulement depuis pas très longtemps que la transidentité est sortie des manuels de psychiatrie. Il n'y a rien à faire, un psychiatre ça peut faire peur. Parce qu'on associe ce terme aux maladies psychiatrique et à la folie. » (P.161, L14)

Tou-te-s les participant-e-s sauf une pensent que leur **médecin généraliste** a un **rôle** à tenir dans la **santé mentale** des leurs patient-e-s transgenres.

« Il ou elle doit être attentif à pouvoir éventuellement identifier si quelque chose se passe (...) elle doit être à l'écoute d'éventuels problèmes et, le cas échéant, orienter la personne. » (P.92, L21)

« La santé mentale explique pas mal de choses et il y a des liens qui sont importants à faire entre la santé générale et la santé mentale. » (P.67, L1)

Trois personnes sur les neuf répondant-e-s ont été **référé**es par leur médecin traitant vers un-e **spécialiste en santé mentale** et a bien reçu ce conseil. Trois personnes ont demandé d'elles-même le nom d'un-e spécialiste en santé mentale à leur médecin traitant.

« Je pense aussi que de pouvoir discuter avec un psychologue peut être important pour être sûr avant de se lancer dans la transition. Parce qu'après un certain moment, ça devient irréversible. » (P.170, L11)

Deux participant-e-s pensent qu'il est important que le/la médecin généraliste puisse repérer, avant d'initier un traitement hormonal, une éventuelle pathologie psychiatrique chez la personne car la prise d'hormones peut avoir un effet exacerbant sur les signes et symptômes psychiatriques présentés par la personne. Lorsqu'on demande aux participant-e-s comment ils souhaiteraient que leur médecin généraliste aborde avec elleux la santé mentale une participante répond ceci :

« On s'assied et elle me demanderait « comment est-ce que vous allez actuellement dans votre vie ? » Et c'est très bien comme question parce que ça laisse la possibilité à la personne de se dire, ok, là, je peux parler si je veux. Si je veux pas, je pars. Et je pense que même si une personne ne parle pas à ce moment-là. Le fait d'avoir posé cette question-là, elle va peut-être ressortir de ce rendez-vous et se dire « Ah ouais, elle m'a quand même posé la question de comment j'allais et en fait peut être que la prochaine fois je pourrai lui parler de comment je vais. Et je pense que c'est une bonne façon de faire pour montrer qu'on est ouvert à la discussion. » (P.67, L18)

Une transition peut avoir des **répercussions financières** parfois importantes pour la personne transgenre. Pour la plupart des personnes interrogées, ce n'est pas le traitement hormonal en soi qui coûte cher mais bien les frais d'autres soins encore considérés comme « esthétiques » qui ne sont pas remboursés par la mutuelle (épilation, chirurgies du visage et de la pomme d'adam, ...). Certains remboursements seront quant à eux attribués uniquement si la personne suit le parcours avec les cliniques de genre et se fait attribuer le diagnostic psychiatrique de « dysphorie de genre ».

« Je suis plus vers les 300 euros par mois pour le moment. Entre l'épilation de la barbe, du torse, la logopède que je vois une fois par semaine, la psychologue, ... » (P.12, L15)

« Les hormones c'est quasi entièrement remboursé par la mutuelle... et je n'ai jamais dû dire à la mutuelle ou quoi que j'étais transgenre pour avoir les remboursements » (P.60, L26)

« Donc pour la carte d'identité, j'ai dû refaire des photos, payer une carte. Puis j'ai dû refaire ma carte mobib, ma carte de banque, ... Et la plupart de tout ça c'est payant. Et puis il y a la cryopréservation du sperme aussi, je pense que c'est 100 euros les 2 premières années et puis c'est 50 euros par an. Pour changer de prénom, c'était 50 euros. L'épilation définitive, est extrêmement cher et absolument pas remboursée par la mutuelle. C'est 125 euros la séance. Et c'est obligatoire avant la vaginoplastie. » (P.60, L15)

« Au niveau du laser, je pense que je suis à 200 euros par mois ... Et les prises de sang c'est entre 10 et 20 euros par mois. Pour trois flacons d'oestrogel, c'est 7 euros. » (P.88, L17)

« Par exemple je payais 50 euros pour 50 comprimés d'Androcur®. Je n'étais pas remboursée pour ça. Puis une fois que j'ai eu le diagnostic de dysphorie de genre auprès d'un psychiatre j'ai commencé à avoir des remboursements (...) Je sais aussi qu'il y a des remboursements partiels pour les opérations en Belgique s'il y a le diagnostic de dysphorie de genre » (P.108, L26)

« Les rendez-vous avec les spécialistes, ça peut coûter quand même assez cher. Et c'est pas toujours entièrement remboursé car ils sont parfois partiellement conventionnés ou non conventionnés. » (P.139, L19)

Avant d'initier un traitement hormonal féminisant chez une personne transgenre, le/la médecin traitant devra s'assurer que la personne a bien reçu en première ligne psycho-sociale informative pré-réorientation médicale, comme c'est le cas au sein du Réseau Psycho-médico-social Trans* et Inter* belge, toutes les informations nécessaires à faire un choix éclairé de parcours de transition. Iel devra s'assurer, au-delà des aspects psycho-sociaux, que la personne a bien reçu les informations suivantes :

- Les traitements hormonaux peuvent engendrer des troubles, voire une perte de la fertilité. Dans certains cas, cela peut être irréversible. Le/la médecin traitant devra donc discuter de ce thème avec son/sa patient·e et expliquer qu'il est possible de réaliser une cryopréservation des spermatozoïdes pour permettre une éventuelle fécondation future.
- La transition et les traitements hormonaux pourront avoir un impact sur la sexualité de la personne. Il est fréquent d'observer une baisse de libido à la suite de la prise du traitement hormonal.
- La prise d'un traitement hormonal peut avoir une influence sur l'humeur de la personne. Il sera donc important que la personne soit prévenue que les œstrogènes

peuvent momentanément augmenter le risque dépressif, et d'accompagner l'apparition de cet effet indésiré.

- Une transition peut avoir un impact financier important. Les traitements hormonaux comme l'Oestrogel et l'Utrogestan sont très peu coûteux et remboursés par la mutuelle. Mais les frais para-médicaux (laser, logopède, psychologue,...) et chirurgicaux peuvent être très conséquents. Certains remboursements de ces frais existent mais sont octroyés à la condition de passer par une équipe de genre et de recevoir le diagnostic psychiatrique de « dysphorie de genre », ce qui n'est pas souhaité par la plupart des répondant·e·s.

2.2.5 Réaliser le suivi, en médecine générale, d'une personne transgenre prenant un traitement hormonal féminisant

En ce qui concerne le **suivi du traitement hormonal** des répondant·e·s dans le cadre de leur transition, tou·te·s ont eu un contrôle par prise de sang tous les trois mois durant la première année de la prise du traitement. Puis les rendez-vous de contrôle se sont espacés à tous les 6 mois à partir de la deuxième année de traitement. Les rendez-vous de certaines personnes interrogées qui prennent leur traitement depuis plusieurs années sont à présent fixés à une visite annuelle chez le/la médecin prescripteur/trice. Ces consultations étaient l'occasion de voir l'évolution des effets désirables liés au traitement, de détecter les éventuels effets indésirables et d'adapter le traitement en fonction de ceux-ci et de la prise de sang.

Toutes les personnes interrogées ayant bénéficié d'une orchidectomie sont conscientes qu'elles devront prendre le traitement hormonal à vie.

« En cas d'arrêt sur une longue période, je risque l'ostéoporose » (P.137, L21)

Sur les neuf personnes interrogées, une seule personne a arrêté son traitement durant une période parce que celui-ci n'était pas efficace. D'autres ont dû l'arrêter pendant une courte période avant et après une opération. Les seuls regrets qui ont été cités par rapport au traitement sont qu'il n'agisse pas assez rapidement et le fait de ne pas l'avoir commencé plus tôt. Parmi les personnes interrogées, aucune n'a de doute sur la nécessité de prendre le traitement.

« Je n'ai pas du tout de regret. C'est bien la meilleure chose que j'ai faite dans ma vie » (P.107, L11)

« Le traitement hormonal ne m'a apporté que du bien-être. Ça m'a permis d'être mieux, en harmonie avec mon corps et mon esprit » (P.148, L10)

Pour la majorité des personnes transgenres, la question de la transition aura souvent été déjà longuement réfléchi avant d'arriver en cabinet de consultation de médecine générale. De

plus, plusieurs répondant-e-s témoignent que le début de la transition peut être très inconfortable à cause du regard des autres et son propre regard sur une personne qui présente une expression de genre à la fois masculine et féminine. Ceci explique pourquoi la majorité des personnes transgenres interrogées étaient souvent très impatientes au début de leur transition d'avoir des effets féminisants avec leur traitement.

« La première pratique à bannir, c'est celle que j'ai subi. C'est le « il faut attendre que tu sois certaine ». Ma généraliste avait peur que je regrette et que si je pars dans une transition, que je détransitionne. Mais voilà, les statistiques sont là. Les personnes qui détransitionnent sont infimes comparé au reste et en faire une généralité, c'est horrible. » (P.70, L5)

« C'était difficile de jouer ce double jeu. Un jeu masculin avec la famille et encore très neutre avec les amis. » (P.98, L7)

« Je n'ai pas d'espace vital pour moi et donc je vais parfois louer une chambre d'hôtel pour devenir « elle » et me sentir bien » (P.188, L21)

En ce qui concerne la **médecine préventive**, tou-te-s les répondant-e-s ont répondu qu'ils désiraient recevoir les mêmes soins qu'une personne cisgenre avec, en plus, un bilan sur les éventuels risques et effets indésirables qui pourraient être liés au-x traitement-s hormonal/aux.

« Je pense que la médecine préventive est le rôle le plus important du médecin généraliste » (P.68, L5)

« S'il me pose la question précisément pour les ISTs, je pourrais croire qu'il suspecte que j'ai une IST. Donc je préférerais qu'il prenne une consultation uniquement pour parler de prévention et qu'il me présente tout ce qui existe d'un coup en me donnant des prospectus explicatifs. » (P.114, L5)

« J'ai eu une ostéodensitométrie à faire cette année afin de vérifier qu'il n'y avait pas un début d'ostéoporose, auquel cas il aurait fallu revoir à la hausse le dosage en œstrogènes. D'ici 5 à 10 ans je devrais sans doute aussi effectuer une mammographie. » (P.135, L22)

« La mutuelle refuse de rembourser les frais liés aux problèmes de prostate lorsqu'il y a eu un changement du genre sur la carte d'identité. » (P.184, L19)

Lorsqu'il a été demandé aux participant-e-s la perception qu'ils avaient de leur propre santé, les réponses ont été divergentes. Certain-e-s ont répondu se sentir fragiles psychologiquement, d'autres en bonne santé générale. Sept personnes ont répondu se sentir dans une santé équivalente à celle de la population générale de leur âge. Deux personnes répondent se sentir un peu en dessous de la moyenne en termes de santé par rapport à la population générale du même âge.

De nombreuses **répercussions positives** en termes de santé ont été ressenties par plusieurs personnes interrogées après avoir initié leur transition :

« (...) et je me sens au niveau du Crohn mais libérée ! (...) Ça me fait bizarre parce que j'ai vécu avec des douleurs pendant des années et là ça va faire une petite année au fur et à mesure où j'ai avancé dans l'acceptation que ça va de mieux en mieux (...) Et au niveau du poids que j'avais sur le cœur depuis des années, je me sens libérée également. » (P.3, L23)

« Avant la prise de mon traitement hormonal je faisais très régulièrement quelque chose se situant entre des cauchemars et des terreurs nocturnes et ça s'est arrêté à la prise de celui-ci. » (P.135, L35)

« J'ai pris confiance en moi (...) Je me suis sentie capable d'avoir une relation amoureuse. » (P.136, L9)

« Avant je ne savais pas me regarder dans un miroir. Je me dégoûtais en fait. Mais ce n'est plus le cas maintenant. Maintenant je sais me regarder. Maintenant je m'aime. » (P.179, L28)

Selon tou-te-s les répondant-e-s, il y a eu depuis ces 20 dernières années une évolution dans l'acceptation de la transidentité dans la **société**.

« Le simple fait d'avoir une vice première ministre transgenre, ça a amené une certaine visibilité. A partir du moment où les gens savent que ça existe ça permet d'en parler. Quand on en parle, ça permet de démystifier et quand on démystifie ça permet d'avoir un peu moins peur ». (P.37, L35)

« Jusqu'à 2018 une personne qui voulait vivre sa transidentité était obligée de voir un psychiatre, être stérilisée et d'être opérée. Donc absolument toutes les personnes qui étaient prêtes à aller jusqu'au bout se sont fait opérer. Maintenant, il y a beaucoup de personnes qui se sont laissé embrigader dans cette obligation de se faire opérer qui se sont suicidées par après parce qu'elles n'avaient pas de problème comme moi dans un premier temps avec leur sexe d'homme ou de femme à la base. Et ont quand même voulu essayer pour vivre leur transidentité à fond et ont regretté et n'ont pas supporté, mais ça c'était dû à la loi... Comme c'est facilité au niveau légal ça va permettre à plus de personnes comme moi de vivre leur transition en fonction de leur point de confort. » (P.38, L22)

Pour quatre personnes cette évolution des mentalités a eu un **impact sur leur vie** quotidienne :

« Il y a 20 ans je n'ai pas osé. Et aujourd'hui j'ai osé... c'est devenu possible. » (P.38, L37)

Cependant, la **société** peut **toujours** représenter un **frein** à l'acceptation de soi.

« Il y a encore une optique très binaire de la société qui pour moi doit être abolie pour que la société soit parfaitement inclusive face aux personnes transgenres. Je pense par exemple aux toilettes genrées. En fait tout ce qui est binairement genré. La carte d'identité avec le « sexe » noté dessus. A partir du moment où on continuera à avoir une société qui est genrée binairement d'une façon ou d'une autre, les personnes transgenres ne pourront jamais être totalement incluses dedans. » (P.69, L13)

« Il y a plus de représentation positive. Ce qui est une très bonne chose. Du coup, dans le reste de la société, les choses se libèrent aussi. Mais j'ai parfois un peu le sentiment que ça crée une réaction de backlash chez la tranche de personnes plus conservatrices qui, du coup, vont avoir une réaction de rejet plus violente face aux personnes transgenres qui sont plus visibles. » (P.93, L24)

A la question de l'**influence** qu'aurait pu avoir la **société** sur la **décision** de prendre un **traitement** hormonal, les réponses des répondant·e·s sont majoritairement négatives mais de façon nuancée.

« Non, je pense dans un premier temps que je n'en voulais pas peut-être à cause de la société et du fait que cela allait affirmer ma transition ». (P.40, L5)

« La société présente énormément de stéréotypes binaires qui font que beaucoup de gens vont prendre des hormones pour se sentir mieux dans cette binarité. » (P.115, L1)

« Tout ce que j'ai fait c'est pour moi, ce n'est pas pour le regard des autres. » (P.163, L24)

Après avoir initié un traitement hormonal chez son/sa patient·e le/la médecin généraliste réalisera un suivi de celui/celle-ci afin de vérifier la tolérance au traitement hormonal, réaliser des contrôles biologiques et éventuellement réajuster les doses du traitement, s'intéresser à comment la personne se sent à travers son parcours de transition, mettre en place un suivi médical préventif, ...

Les contrôles biologiques se font généralement initialement tous les 3 mois lors de la première année de la prise du traitement hormonal. Les rendez-vous sont généralement, ensuite, plus espacés si la personne n'a pas de problème avec la prise de son traitement. Ces prises de sang consistent à doser les mêmes éléments qu'à la première biologie (avant l'initiation du traitement), à savoir : un bilan sanguin classique (fonction hépatique, rénale, formule sanguine, glycémie, lipidémie) et un bilan hormonal.

En ce qui concerne la médecine préventive, les mêmes examens médicaux que les personnes cisgenres sont proposés aux personnes transgenres. A ceux-ci s'ajoutent certains examens plus spécifiques à la situation des personnes transgenres (cfr. Partie II de ce TFE : « La médecine préventive chez les femmes transgenres »). Il est à noter qu'une personne transgenre ayant changé de « sexe » sur ses papiers d'identité ne pourra pas bénéficier des

remboursements liés aux soins prostatiques car ceux-ci ne sont accordés qu'aux personnes ayant la mention « sexe : M ».

A travers les témoignages de cette étude nous remarquons que le changement d'expression de genre pour les participant·e·s va avoir des répercussions très positives aussi bien sur la santé mentale que sur la santé physique de ces personnes. 78% des répondant·e·s se sentent en aussi bonne santé que la population générale de leur âge.

Durant ces dix dernières années, la société a fortement évolué et la visibilité des personnes transgenres est nettement plus représentée. La nouvelle loi de 2017 (concernant l'autodétermination et la possibilité de changer de prénom et de « sexe » sur les papiers d'identité sur base de l'autodétermination et donc sans avoir besoin de passer par un parcours incluant un diagnostic psychiatrique de « dysphorie de genre ») a permis à de nombreuses personnes, qui refoulaient depuis parfois plusieurs années ce sentiment d'avoir une identité de genre différente de celle qu'on leur avait assignée à la naissance, de faire leur coming out transgenre. Cependant, cette meilleure représentativité de la transidentité peut avoir pour effet une augmentation du rejet et des actes de violence envers les personnes transgenres de la part des personnes transphobes. De plus, la société est toujours construite sur un modèle binaire (homme/femme) qui peut empêcher certaines personnes transgenres de trouver leur place au sein de celle-ci. Dans les témoignages de cette étude, la majorité des personnes transgenres interrogées disent qu'elles ont décidé d'initier un traitement hormonal parce qu'elle ne se sentaient pas bien dans leur corps masculin. Certain·e·s répondant·e·s diront que la société n'a pas eu du tout d'influence sur ce choix. D'autres diront que si elles ont décidé de prendre un traitement pour changer d'expression de genre, c'est aussi pour que la société, binaire, les voie comme une femme car il s'agit de l'identité de genre à laquelle elles s'identifient.

2.2.6 Expériences positives avec le milieu médical et ressenti de la personne transgenre en transition

Durant les interviews réalisées, beaucoup de **bonnes expériences avec le/la médecin généraliste** ont été relevées. Ces bonnes expériences étaient liées à certaines qualités dont le/la médecin généraliste pouvait faire preuve :

- Bienveillance.
- Ecoute.
- Disponibilité.
- Patience.
- Attentif·ve à genrer correctement.
- S'intéresse à la transidentité et fait des recherches sur le sujet.
- Laisse la personne s'exprimer.
- Rassurant·e, qui apaise.
- Qui n'est pas dans le jugement.

- Qui sait de quoi iel parle.
- Qui reçoit la personne avec le sourire.
- ...

Selon les répondant·e·s les **lacunes** que pourraient présenter leurs médecins traitants pour initier ou réaliser le suivi d'une prise en charge par traitement hormonal visant à modifier l'expression de genre seraient le manque d'information concernant les transidentités et le manque de formation concernant le suivi endocrinologique d'un traitement hormonal visant à modifier l'expression de genre.

« Malheureusement les médecins formés aux transidentités sont peu nombreux et donc pour avoir un rendez-vous avec eux, ce n'est pas toujours évident. » (P.151, L14)

Certaines **bonnes expériences en milieu hospitalier** ont aussi été décrites. Ces bonnes expériences concernaient surtout le non mégenrage par le personnel de santé. En effet, certains hôpitaux de Belgique sont formés à recevoir des personnes transgenres et permettent à ces personnes de choisir le prénom et le pronom avec lesquels on peut s'adresser à elles. Ceux-ci sont inscrit dans le programme informatique à l'accueil de l'hôpital et permet d'éviter au personnel soignant et aux accueillant·e·s de mégenrer la personne.

« A l'hôpital X, ils ont tous été formés à recevoir des personnes transgenres... j'étais sensible au fait qu'ils me genrent au féminin. C'était agréable et les rapports ont été très positifs... » (P.12, L34)

Au niveau des **ressentis** face à leur transition, voici les éléments qui ont été cités par les répondant·e·s :

« bien-être (...) libération psychologique et physique (...) mon Crohn va mieux » (P.24, L4)

« Je suis fière d'être la personne que je suis aujourd'hui... l'accomplissement de soi-même, c'est quand même une super belle expérience. » (P.59, L31)

« Je vois les choses différemment, je me sens beaucoup plus sociable, (...) personne ne m'a mégenrée depuis 3-4 ans et ça me fait énormément de bien. » (P.107, L22)

« Plus je me féminise et plus je me sens bien. Et plus je me sens heureuse. C'est dingue tout ce qu'il y a de bénéfique dans ma vie depuis que j'ai commencé le traitement. Et plus j'avance, plus je sais que j'ai fait le bon choix parce que je savais que j'étais face un mur il y a 2 ans. » (P.155, L27)

Lorsqu'il a été demandé aux neuf participant·e·s si la transition a été une bonne ou une mauvaise chose dans leur vie, tou·te·s ont répondu que ça avait été une bonne chose.

« C'est une bonne chose, que ça soit pour moi ou pour les enfants. J'étais arrivée à un stade où j'étais prête à me foutre en l'air clairement. Je n'étais plus du tout heureuse. » (P.25, L1)

« Si je n'avais pas commencé ma transition, je serais pas là actuellement. » (P.218, L9)

Avant de débiter un traitement hormonal avec leur médecin traitant, plusieurs répondant·e·s ont déclaré qu'ils avaient reçu une **feuille de liaison**, informative pré-réorientation médicale, signée par le/la psychologue de 1^è ligne, attestant que la personne a bien reçu toutes les informations nécessaires à faire le choix éclairé de tel soin de santé transspécifique. Les participant·e·s trouvaient qu'il était normal de transmettre ce document car il permettait au/à la médecin de ne pas être mis·e en porte-à-faux si jamais la personne changeait d'avis sur sa transition.

Dans cette partie d'analyse des interviews, nous pouvons voir que les personnes interrogées ont pu vivre de nombreuses expériences positives depuis le début de leur transition. Tant au niveau des contacts avec les différent·e·s professionnel·le·s de la santé rencontré·e·s qu'au niveau du ressenti personnel à travers leur changement d'expression de genre.

Le manque d'informations concernant les transidentités et le manque de formation concernant l'accueil des personnes transgenres et le suivi endocrinologique d'un traitement hormonal visant à modifier l'expression de genre seraient, selon les répondant·e·s, les principales lacunes des médecins traitants pour suivre une personne transgenre en consultation.

Aucun·e répondant·e ne regrette d'avoir fait le choix de vivre avec une expression de genre qui correspond à leur identité de genre. Au contraire, plusieurs participant·e·s diront qu'il s'agit de la meilleure décision qu'ils ont pu prendre dans leur vie et que si ce changement d'expression de genre n'avait pas été possible, iels ne seraient actuellement plus de ce monde.

Comme nous l'avons vu dans la partie théorique de ce travail de fin d'étude, il est très rare qu'une personne qui décide de faire une transition change à un moment d'avis et décide de faire le chemin inverse. Cependant, il sera important que le/la médecin prescripteur/trice se protège légalement si tel était le cas. Une solution serait que le/la psychologue de 1^è ligne, signe un document attestant que la personne a bien reçu toutes les informations nécessaires à faire le choix éclairé de tel soin de santé transspécifique, comme cela se fait déjà avec les personnes transgenres réalisant leur parcours de transition au sein du Réseau Psycho-médico-social Trans* et Inter* belge.

2.2.7 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

Pour terminer les interviews, il a été demandé aux participant-e-s de donner des pistes d'amélioration et des pratiques à encourager dans la prise en charge des personnes transgenres en médecine générale. A travers ces témoignages récoltés, plusieurs attentes vis-à-vis de leur médecin généraliste dans le suivi de leur transition ont été énoncées par les participant-e-s. Une première attente qui a pu ressortir des témoignages de tou-tes les participant-e-s est que le/la médecin généraliste soit attentif-ve à **ne pas mégenrer** la personne (utiliser le mauvais pronom il / elle, et le prénom d'assignation / de naissance de la personne plutôt que son prénom social).

« S'adresser par exemple à la personne avec juste le nom de famille parce que par exemple le prénom peut être un mégenrage » (P.115, L36)

« A l'accueil de l'hôpital mettre directement ce choix-là dans le système informatique pour qu'on s'adresse correctement à la personne sans devoir le demander à chaque fois. Parce que le mégenrage est un stress énorme. » (P.116, L2)

« Parce que si on est mal genré, on ose pas parfois aller plus loin et expliquer ce qui se passe. Je pense que la première chose que doit faire le médecin quand il reçoit quelqu'un, c'est de dire : « Comment tu veux que je t'appelle ? Comment tu veux que je te genre ? » » (P.149, L5)

« Donner peut-être une petite fiche avant la consultation où on peut noter son pronom et/ou prénom préféré. Sans imposer évidemment... » (P.102, L25)

« J'ai reçu chez Genres Pluriels un papier de la ligue des droits qui dit que « je suis une personne transgenre, est-il possible de m'appeler par mon prénom social et pas par le nom de la carte d'identité qui n'a pas encore été changé » » (P.167, L8)

Une seconde attente qui est également apparue dans les témoignages de tou-te-s les participant-e-s est que le/la médecin généraliste ait un minimum de **connaissances** sur le thème des transidentités et si ce n'est pas le cas, qu'il s'y intéresse.

« Qu'il ait au moins le minimum d'informations. Je ne dis pas que tous les médecins doivent être spécialistes et doivent pouvoir suivre la partie endocrino etc. Mais qu'ils sachent au moins (...) ce qu'est le sexe biologique, identité de genre, expression de genre, etc. Que tout ça soit des choses tout-à-fait normales, comprises et acceptées. Aussi la non-binarité etc. Et surtout que ça soit clair pour tout le monde que ce n'est pas une maladie psychiatrique. » (P.95, L6)

« Si le médecin traitant sait qu'il n'a pas beaucoup de connaissances à ce sujet, qu'il le dise et qu'il se renseigne sur le sujet. » (P.116, L19)

« Généralement c'est le médecin la première personne que nous allons voir alors peut-être avoir des petits fascicules dans la salle d'attente. Et leur dire que tout est possible et qu'il y a des associations qui sont là pour nous écouter, nous aider, ... » (P.163, L27)

« Qu'il y ait un guide, un truc comme ça. Une ressource qui soit disponible pour les médecins (...) ou alors que cette ressource soit incluse dans les études de médecine ». (P.71, L19)

Les personnes interrogées ont déclaré qu'elles souhaitaient que si le/la médecin généraliste accepte de réaliser le **suivi endocrinologique** d'une transition, celui/celle-ci connaisse suffisamment bien les traitements hormonaux féminisants (effets désirables, indésirables, contre-indications, posologies, prévention des risques liés aux traitements, suivi biologique, ...).

« Suivre une spécialisation au niveau du traitement hormonal car je pense pour le plus grand nombre, que les médecins généralistes sont aptes à prescrire, à juger s'il faut diminuer ou augmenter les doses, en tout cas à analyser le traitement hormonal adéquat. Et étant donné que normalement, pour la plupart des gens, on a une relation plus intime avec son médecin généraliste qu'avec un endocrinologue qu'on ne sera jamais allé voir avant, ça permet de garder ce lien, ce contact avec une personne de confiance. Ce genre de contact est important pour pouvoir vivre sereinement sa transition. Parce que on a déjà du mal à le vivre personnellement, mais si au niveau des rapport interpersonnels ça devenait encore plus compliqué, ça fait beaucoup. Un mauvais contact avec un médecin, un spécialiste, ne fera qu'apporter du poids, du mal être, des difficultés à évoluer sereinement dans sa transition. » (P.41, L29)

« Si vous avez les bases pour répondre à la personne, elle sera super contente et vous avez gagné quelqu'un qui aura une totale confiance en vous parce que vous savez de quoi vous parlez. Et vous savez répondre à ses questions. Ce qui est malheureusement peu le cas chez les généralistes. » (P.186, L13)

La majorité des répondant-e-s pense que **pouvoir référer** son/sa patient-e vers des professionnel-le-s formé-e-s à l'accueil des personnes transgenres doit être une compétence du/de la médecin généraliste.

« Si j'avais simplement déjà eu de la part des médecins que j'ai consultés des informations comme simplement me dire qu'il existe des associations, ça m'aurait aidé. J'aurais été moins perdue. Je n'aurais pas eu toutes ces idées noires. Parce que je ne trouvais pas de solution même devant des spécialistes. » (P.150, L29)

« Travailler avec les associations. Que le médecin soit au courant qu'elles existent. Que chaque parcours est différent mais que l'objectif principal est que la personne se sente dans son point de confort. » (P.164, L7)

« Avoir également une liste de spécialistes qui connaissent le sujet et qui sont respectueux du sujet. » (P.103, L10)

« Je pense simplement qu'il faut qu'il y ait des médecins généralistes et des psychologues qui soient formés dans le domaine de la transidentité et qu'ils connaissent les effets secondaires des traitements et si c'est le cas, pour moi, un médecin généraliste et un psychologue peuvent très bien faire le suivi de la personne trans* à deux. L'avantage de la psychologue c'est que tu peux prendre le temps de parler de ton mal-être. Je pense donc qu'il faut au moins deux personnes médicales qui s'y connaissent en transidentité. » (P.158, L25)

L'objectif de la prise en charge d'une transition sera que la personne puisse se rapprocher de son point de confort. Selon les répondant·e·s ce sera le rôle du/de la médecin généraliste d'expliquer les différents parcours de transition possibles. Ceux-ci n'impliquent pas toujours une prise en charge médicamenteuse ou chirurgicale. Dans certains cas, un support psychologique et/ou un changement de « sexe » sur la carte d'identité seront suffisants pour que la personne puisse atteindre son point de confort. C'est pourquoi certain·e·s répondant·e·s aimeraient que le/la médecin généraliste soit attentif·ve à **éviter** une éventuelle **surmédicalisation** de la transition.

« Je pense que c'est important d'expliquer aux gens de ne pas se précipiter sur les médicaments. D'y aller petit à petit pour éviter les symptômes indésirables. » (P.105, L6)

« Chaque parcours transidentitaire est différent. Et justement, je trouve que pour pouvoir faire ce parcours, il n'y a pas forcément uniquement une prise d'hormone, une chirurgie ou quoique ce soit. Il peut y avoir tout simplement un changement de prénom social et ça en reste là. » (P.47, L7)

Deux répondant·e·s pensent qu'il est impératif que le/la médecin généraliste respecte le **secret médical**. Celui/celle-ci devra être d'autant plus attentif·ve à cela si la famille de la personne transgenre se fait soigner au même endroit. La majorité des répondant·e·s (6/9) pensent que le/la médecin généraliste pourrait avoir les compétences pour réaliser un suivi endocrinologique d'un traitement hormonal féminisant. Cependant, une répondante pense que beaucoup de médecins généralistes n'ont pas l'**envie** de faire ce suivi.

« Mais je pense qu'un médecin a, en soit, les compétences pour me suivre moi et mon traitement. Mon traitement hormonal ce n'est pas sorcier... Après, il faut voir s'il a envie de le faire. » (P.52, L10)

Deux répondant·e·s disent avoir été victimes de **curiosité déplacée** de la part d'un·e professionnel·le de la santé et souhaiteraient que cela ne se reproduise plus.

« Des examens physiques qui ne sont pas nécessaires. Ça n'a pas lieu d'être. Voilà, tout ce qui est de l'ordre de la curiosité, ça ne doit pas avoir sa place dans le cabinet. » (P.145, L31)

A travers les témoignages nous pouvons remarquer que le fait de laisser le **libre choix** et de ne pas imposer certains examens (ou autres éléments médicaux) à son/sa patient·e permettrait d'améliorer la qualité de relation avec le/la médecin généraliste.

« Il me propose souvent les choses en me disant « Vous pouvez, mais il y a cette alternative là à prendre ». C'est vraiment un docteur qui est ouvert. Cela me permet d'avoir un lien agréable avec celui-ci. » (P.102, L14)

« Ne pas forcer la discussion. Ne pas forcer pour faire l'opération... Donc présenter les choses qui existent mais sans jamais imposer. Et surtout donner la parole au patient. » (P.116, L12)

« Le médecin est là pour expliquer qu'il y a beaucoup de solutions qui existent et puis c'est à la personne de faire son cheminement intérieur pour savoir quel est son point de confort » (P.149, L21)

« Ne pas pousser à un suivi psychiatrique » (P.164, L22)

Quatre répondantes disent que le fait de savoir que le/la médecin est **ouvert·e aux transidentités** avant de le/la rencontrer pourrait faire en sorte qu'elles appréhendent moins cette rencontre.

« Mettre un drapeau LGBT à l'entrée. Ça permettra au patient de savoir que le médecin sait que ça existe, qu'il comprend et respecte l'identité de ses patients. » (P.102, L29)

Finalement, à travers les témoignages, un point essentiel qui a pu être relevé pour que la relation se passe bien entre le/la patient·e et son/sa médecin généraliste est que ce·tte dernier·e puisse travailler avec **humanité et sans jugement**.

« Une bonne écoute : laisser parler le patient. » (P.51, L27)

« Une bonne relation avec un médecin généraliste c'est pouvoir dire tout ce que l'on veut à propos de sa santé même plus au niveau psychologique. Faire des liens avec des situations quotidiennes par rapport à la santé. » (P.51, L22)

« Le fait de pouvoir réagir si on n'est pas bien reçue ailleurs... » (P.186, L22)

« Quand les salles d'attentes sont trop remplies, ça peut parfois poser problème parce que certaines personnes transgenres vont se renfermer sur elles-mêmes. » (P.152, L1)

« Un support émotionnel, c'est le premier truc qu'il faut faire avec les personnes trans » (P.99, L1)*

« De ne pas être mal à l'aise face aux différentes identités de genres et aux différentes sexualités. » (P.152, L28)

« Ne pas mettre des gens dans des cases » (P.205, L13)

« Un bon accueil, le sourire... » (P.186, L13)

2.2.8 Les équipes de genre et les avantages des soins de santé primaires pour la mise en place ou le suivi d'un traitement hormonal féminisant

Il existe **deux équipes de genre** en Belgique, une au CHU de **Gand** et l'autre au CHU de **Liège**. Ces équipes pluridisciplinaires ont pour objectif d'accompagner les personnes dans leurs questionnements identitaires ou leurs parcours de transition et proposent un parcours de prise en charge pluridisciplinaire psycho-médico-chirurgical pour que la personne puisse vivre et exprimer son identité de genre. Les équipes de genre sont constituées pour les adultes de psychiatres, d'endocrinologues, de chirurgiens plastiques, d'ORL, d'urologues, de sexologues/psychologues, de gynécologues et de dermatologues. Ces équipes proposent également des soins pour les personnes mineures.

Deux personnes parmi les répondant-e-s sont allé-e-s à une clinique de genre de Gand ou de Liège. Trois personnes ont répondu qu'elles envisageront d'y aller si elles décident de faire une vaginoplastie.

En passant par une équipe de genre, la personne transgenre pourra bénéficier de certains remboursements au niveau des chirurgies féminisantes, de certains traitements hormonaux, et d'autres soins pouvant être liés à une transition.

Lorsque nous parcourons le site internet du CHU de Gand (UZ Gent) dans la rubrique « *Equipes de genres – infos pour les prestataires de soins de santé* » nous pouvons lire ceci : « *De nombreuses personnes trans* éprouvent de la peur ou de la réticence à rechercher des soins de santé primaires. Les recherches montrent qu'un tiers de toutes les personnes transgenres changent de médecin généraliste parce qu'ils ne répondent pas bien au thème ou ne sont pas suffisamment informés des traitements possibles.* » (37). Comme nous pouvons le voir, le manque de formation des médecins généralistes en ce qui concerne les transidentités va empêcher de nombreuses personnes transgenres à continuer le suivi avec leur médecin de famille. La question qui pourrait se poser est « Y-a-t-il une place en soins de santé primaires pour réaliser l'initiation et le suivi d'un traitement hormonal féminisant ? »

Plusieurs **avantages** peuvent être retrouvés dans le fait de réaliser l'initiation et le suivi d'un traitement hormonal féminisant en **médecine générale**. Le premier est la **disponibilité** que permet d'offrir les soins de santé primaires. Ce qui n'est pas toujours possible en milieu hospitalier.

« Je suis en liste d'attente pour Gand (...) la liste d'attente était de 2 ans pour un rendez-vous. »
(P.208, L23)

Le second est la **proximité** que permet d'offrir les soins de santé primaires.

« Je suis arrivée à la clinique de Genre à Gand, je ne parlais pas un mot de néerlandais, et je n'ai jamais eu aucun problème hein. Mais parfois, j'ai dû parler en anglais. » (P.125, L29)

Un troisième avantage est que les soins primaires se pratiquent dans un **milieu** plus familial et **intimiste**. Or, nous avons vu que certaines personnes transgenres, surtout au début de leur transition, peuvent se sentir mal à l'aise de se montrer en public. Devoir entrer dans un hôpital peut représenter un frein à aller consulter.

Un quatrième avantage que les soins primaires peuvent offrir dans le suivi des personnes transgenres est le fait que ce parcours **ne nécessite pas** une prise en charge **psychiatrique**. Pour certaines personnes interrogées, le fait de devoir se rendre en consultation chez un-e psychiatre peut représenter un frein et/ou une peur importante.

« J'avais une espèce de pression du fait que cet homme allait devoir valider ma transidentité et que par conséquent tout ce que j'allais dire allait participer au fait qu'il allait valider, ou non, le fait que je sois transgenre. Et donc il y avait cette énorme pression que je me mettais toute seule (...) A un moment, il m'a demandé ce que c'était de se sentir femme. C'est la chose la plus marquante du rendez-vous. Ça s'est très mal passé. Je me suis sentie super mal. (...) Je ne compte plus faire appel à une clinique de genre. En tous cas, je n'en ai vraiment pas envie »
(P.48, L15)

Un avantage supplémentaire est que la médecine générale est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usager-e-s et **prenant en compte tous les problèmes de santé**. Le risque si le/la médecin généraliste réfère son/sa patient-e vers des équipes hospitalières est que la personne prenne ce référencement comme une sorte de rejet. Un autre risque est que la personne transgenre qui se ferait suivre par une équipe hospitalière pour sa transition ne se présente plus chez son/sa médecin généraliste et fasse abstraction de ses éventuels problèmes de santé.

Un dernier avantage est que le/la médecin généraliste connaît généralement bien son/sa patient-e et a pu déjà établir une **relation de confiance** particulière avec celui/celle-ci.

« Si mon médecin habituel se forme, je ne vais pas hésiter à aller chez elle pour aussi le suivi de la transition » (P.77, L21)

Par ailleurs, certains soins ne peuvent pas être fournis en médecine de première ligne. Les équipes de genre belges et des chirurgien-ne-s du Réseau Psycho-médico-social Trans* et Inter* belge (27) ont pu développer une expertise dans les chirurgies féminisantes et le passage en milieu hospitalier sera, dans ce cas, incontournable.

3. Discussion

3.1 Validité interne

Par le choix de l'investigation par entretiens semi-dirigés, la validité interne de cette étude doit être satisfaisante car cette méthodologie permet aux personnes interrogées d'avoir une place pour la libre parole.

Les divers critères retenus pour l'échantillonnage pouvaient permettre d'obtenir une grande diversité dans les réponses recueillies. Cependant, la méthode de recrutement utilisée n'a permis d'obtenir qu'un échantillon de neuf personnes pour participer à l'étude. La saturation des données n'a donc sans doute pas été atteinte car l'échantillon de participant·e·s a été assez petit en termes de nombre. Tou·te·s les personnes qui ont demandé à participer à cette étude présentaient tous les critères d'inclusion à cette étude et ne présentaient aucun critère d'exclusion préalablement fixés. Tou·te·s ont ainsi été interrogé·e·s. En termes d'âge et de niveau social, l'échantillon de personnes interrogées était très diversifié.

3.2 Biais internes

Au cours d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés, l'enquêteur ne peut vérifier la véracité des propos tenus par les personnes interviewées.

Le biais interne principal vient du fait que les deux co-promotrices de cette étude font partie du Réseau Psycho-médico-social Trans* et Inter* belge. Bien que l'enquêteur, avec l'aide de son tuteur, le Dr Jean-Baptiste Lafontaine, ne faisant pas partie de ce Réseau, s'est efforcé à rester le plus neutre possible durant l'élaboration de ce travail. Que certaines personnes interrogées n'étaient pas suivies par un·e médecin généraliste faisant partie du Réseau. L'influence du Réseau Psycho-médico-social Trans* et Inter* belge pourrait se faire ressentir à la lecture de celui-ci.

3.3 Biais externes

Dans un souci de commodité pour les personnes interrogées, et afin de faciliter leur inclusion, certaines interviews se sont déroulées à la RainbowHouse, endroit d'accueil et de consultation à Bruxelles pour les personnes transgenres ayant pris contact avec l'ASBL Genres Pluriels. Il ne s'agit pas « d'un terrain neutre » pour réaliser un entretien semi-dirigé. Il est possible que certaines personnes ne se soient pas senties totalement à l'aise pour évoquer leurs idées, notamment en ce qui concerne les soins et l'accueil prodigués par les professionnel·le·s faisant partie de l'ASBL. Parfois, le manque de temps disponible a eu pour conséquence un

empressement dans la réalisation des entretiens. Les personnes interrogées ont été mises au courant que l'enquêteur était un médecin. Il est possible que certaines personnes ne se soient pas senties totalement à l'aise pour s'exprimer librement à cause du rapport de force « médecin-patient·e ». L'accès à internet et à la mobilité ont pu empêcher certaines personnes à se désigner volontaires pour participer à cette étude.

3.4 Biais de sélection

Un biais de sélection important peut se traduire à travers la méthode de recrutement. En effet, avant de réaliser les interviews, l'enquêteur n'était pas au courant des différents parcours de transition qui étaient possibles en Belgique. Or, le fait de ne recruter les participant·e·s que via le Réseau Psycho-médico-social Trans* et Inter* belge et de ne pas avoir demandé à d'autres associations (Genres Pluriels est la seule à avoir mis en place un réseau de soins professionnel) ou aux équipes de genre de Gand ou de Liège d'aider dans ce recrutement a pu empêcher d'obtenir des interviews supplémentaires qui auraient pu apporter de nouvelles données.

Bien que le recrutement au sein du Réseau Psycho-médico-social Trans* et Inter* belge ce soit fait via une annonce électronique sur la page Facebook de Genres Pluriels et via une invitation écrite sous format de flyer déposé en salle d'attente de professionnel·le·s du Réseau, certain·e·s de ces professionnel·le·s ont pu discuter de l'étude avec certain·e·s de leurs patient·e·s et peut être pas avec d'autres. Pour éviter ce potentiel biais de sélection, une consigne de laisser les flyer en salle d'attente sans en discuter avec les patient·e·s aurait pu être demandée aux professionnel·le·s du Réseau par l'enquêteur.

Une observation qui vaut la peine d'être relevée est le fait que tou·te·s les personnes qui ont demandé pour participer à cette étude étaient des personnes belges caucasiennes alors que cette caractéristique ne faisait pas partie des critères d'inclusion. La proportion en 2020 de personnes demandeuses d'Asile qui ont demandé un rendez-vous à Genres Pluriels était de 9.4%.⁽¹⁶⁾ Nous pouvons remarquer que cette partie de population n'est pas représentée dans l'étude. Plusieurs pistes d'explication peuvent peut-être traduire ce phénomène :

- La barrière linguistique est certainement la cause principale de cette non-participation des personnes non-caucasiennes.
- L'accès à internet peut être une autre piste. Les personnes transgenres non caucasiennes ont-elles moins accès à internet que les personnes transgenres caucasiennes ?
- L'accès à la mobilité : les personnes transgenres non-caucasiennes ont peut-être plus de difficultés à accéder aux moyens de transport pour se déplacer.
- Les professionnel·le·s de Genres Pluriels et faisant partie du Réseau Psycho-médico-social Trans* et Inter* belge ont peut-être plus diffusé l'appel à cette étude aux personnes caucasiennes qu'aux personnes non-caucasiennes durant la période de recrutement.

Neufs personnes ont été interrogées. Aucune nouvelle demande de participation n'a été reçue après cette neuvième personne alors que le recrutement n'était pas terminé. Cependant, il n'y a pas eu de relance de la part de l'enquêteur pour tenter d'obtenir un échantillon plus large. Des interviews supplémentaires auraient pu apporter de nouvelles données. On ne peut donc pas affirmer que le point de saturation ait été atteint.

3.5 Biais d'information

Lors du recueil des données, l'enquêteur a interviewé les personnes d'une manière qui a pu influencer leurs discours. Le biais méthodologique est fréquemment retrouvé dans les études qualitatives. Il faut prendre du temps et mobiliser des moyens pour organiser les interviews, effectuer l'analyse et le traitement de l'information. Malgré qu'il s'agisse d'une étude qualitative, l'excès de questions ouvertes et la durée des interviews a pu mener les participant-e-s à une lassitude et à un comportement d'évitement. Lors de certains entretiens, il est possible que des questions aient été trop orientées ou sensibles. L'enquêteur a dû veiller à ne pas influencer les réponses des personnes interrogées en proposant des questions précises, simples, courtes, neutres et sans ambiguïté.

3.6 Biais d'interprétation

L'analyse a été effectuée par un seul et même enquêteur. Il n'y a donc pas eu de triangulation de l'analyse, ce qui aurait pu renforcer la validité des résultats. Bien que l'enquêteur a tenté de rester neutre durant l'élaboration de ce travail et l'analyse des interviews celui-ci, ayant participé à plusieurs formations organisées par Genres Pluriels et à trois Groupes de Travail Santé organisés plus ou moins une fois par mois par l'ASBL, pourrait avoir été un peu influencé par les connaissances acquises à travers ces formations lors de l'analyse des résultats.

3.7 Conflit(s) d'intérêt(s)

Ce TFE est réalisé avec la collaboration de l'ASBL Genres Pluriels. L'enquêteur n'est pas financé pour la réalisation de ce TFE et n'a pas financé l'ASBL pour qu'elle accepte de collaborer dans la réalisation de ce travail.

4. Principaux résultats

Quels enseignements peuvent être tirés du discours des personnes interviewées ? L'analyse de ces données apporte-t-elle des pistes pour l'amélioration de la prise en charge en médecine générale des patient·e·s désirant changer d'expression de genre en prenant un traitement hormonal féminisant ?

A travers les différents témoignages récoltés **15 attentes** ont pu être évoquées par les participant·e·s en ce qui concerne l'initiation et le suivi en médecine générale d'une transition avec prise d'un traitement hormonal. Ces attentes ont été reprises dans le tableau ci-dessous avec des pistes pour améliorer la prise en charge en médecine générale des patient·e·s désirant changer d'expression de genre en prenant un traitement hormonal féminisant.

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

1. Que le/la médecin généraliste soit attentif·ve à **ne pas mégenrer** la personne.

Pistes pour une amélioration :

- S'adresser à la personne avec le nom de famille et pas le prénom.
- Ne pas utiliser les titres de civilité « Monsieur », « Madame » pour désigner ou appeler la personne en salle d'attente.
- Lors du premier contact avec la personne que le/la médecin ou les secrétaires posent la question du prénom et du pronom que cette personne désire qu'on utilise pour la désigner.
- Encoder ces prénom/pronom dans le système informatique.

2. Que le/la médecin généraliste ait un minimum de **connaissances** sur le thème des transidentités. Si ce n'est pas le cas, qu'il s'y intéresse. Que le/la médecin généraliste soit informé·e des parcours possibles pour une personne transgenre désireuse de changer d'expression de genre.

Pistes pour une amélioration :

- La lecture de ce travail de fin d'étude
 - Formation pour tou·te·s les étudiant·e·s médecins durant le cursus universitaire.
- Dans l'étude réalisée par Dr Vico P. et Dufrasne A. de 2020, nous observons que « *le/la médecin généraliste qui aura eu l'occasion de se former aux transidentités lors de son cursus ou plus tard dans sa*

carrière, sera d'une grande utilité pour ses patient.e.s transgenres et aura même la possibilité d'assurer un rôle central clé dans sa prise en charge » (27)

- Formations pour les médecins généralistes et/ou les assistant.e-s en médecine générale : e-learning et/ou documents d'aide à la pratique (sur le site de la SSMG, par exemple), formations dans le cadre de la formation continue des médecins généralistes.
- Créer un guide de pratique en français sur lequel les médecins généralistes belges pourraient se baser.

N.B. : Genres pluriels organise des formations pour les professionnel-le-s de la santé qui peuvent ensuite intégrer le Réseau Psycho-médico-social Trans* et Inter* belge. L'ASBL a également créé deux brochures d'information disponible pour les professionnel-le-s de la santé et les patient.e-s « *Transgenres/Identités pluriel-le-s – Accueil, droits, santé, jeunesse, emploi... Tous-tes bien informé-e-s* » et « *le guide de santé sexuelle* »

3. Que le/la médecin généraliste connaisse suffisamment bien les traitements hormonaux féminisants (effets désirables, indésirables, contre-indications, posologies, prévention des risques liés aux traitements, suivi biologique, ...) si celui/celle-ci décide de réaliser le suivi endocrinologique d'une transition.

Pistes pour une amélioration : cfr. point précédent.

4. Que le/la médecin généraliste **puisse**, si besoin, **référer** son/sa patient.e vers des professionnel-le-s formé-e-s aux transidentités.

Pistes pour une amélioration :

- Se créer un réseau de professionnel-le-s ouvert.e-s aux transidentités ou rejoindre un réseau déjà existant (comme le Réseau Psycho-médico-social Trans* et Inter* belge).
- Connaître les associations transgenres belges (cfr. **TABLEAU 2**).

5. Que le/la médecin généraliste puisse apporter un **support émotionnel** à la personne.

Pistes pour une amélioration :

- Être à l'écoute de la personne et la laisser s'exprimer.
- Travailler en collaboration avec des psychologues et/ou psychiatres formé-e-s aux transidentités.

6. Que le/la médecin généraliste **informe** la personne des **impacts** que peuvent avoir les **traitements** hormonaux sur la fertilité, sur la sexualité, sur l'humeur.

7. Avoir un **meilleur remboursement** de certains soins transspécifiques sans être obligé·e de passer par un parcours incluant un diagnostic psychiatrique.

8. Que le/la médecin généraliste profite d'une consultation pour **parler de prévention** (dépistage IST, cancer du sein, de la prostate, du côlon, prévention en santé mentale, à l'usage de stupéfiants, tabagisme, éthylisme, ...) (prévention secondaire).

9. Que le/la médecin généraliste puisse être attentif·ve à **éviter** une éventuelle **surmédicalisation** de la transition (prévention quaternaire).

Pistes pour une amélioration :

- Pouvoir expliquer à la personne qu'un parcours transidentitaire ne passe pas obligatoirement par un diagnostic psychiatrique, une prise d'hormones et/ou une chirurgie.

10. Que le/la médecin généraliste soit attentif·ve à respecter le **secret médical**.

Pistes pour une amélioration :

- Être vigilant·e à ne pas révéler que la personne est transgenre si elle ne souhaite pas que ça se sache.
- Être d'autant plus vigilant·e si le/la médecin généraliste soigne également des personnes proches ou de la même famille.
- Ne pas révéler à ses confrères que la personne est transgenre si cela n'a pas d'implication dans sa prise en charge par ceux-ci. Dans le cas contraire, demander à la personne concernée si on peut dévoiler cet élément relevant de sa vie privée et expliquer pourquoi il est important que le/la confrère/consœur soit au courant.

11. Que le/la médecin généraliste **s'implique** dans le suivi de la transition de la personne si iel a accepté de le faire.

Pistes pour une amélioration :

- Faire appel au Réseau Psycho-médico-social Trans* et Inter* belge (via l'ASBL Genres Pluriels) si le/la médecin ne se sent pas capable ou n'a pas l'envie de réaliser le suivi d'une transition.

12. Que le/la médecin généraliste **n'impose pas** à son/sa patient-e un **examen clinique** si cela n'apporte pas d'informations pertinentes pour sa santé. Être attentif·ve aux termes utilisés pour désigner certaines parties du corps de la personne.

Pistes pour une amélioration :

- Que le/la médecin explique pourquoi iel réalise tel examen clinique, ce que ça va lui apporter dans la prise en charge du/de la patient-e.
- Demander à la personne au préalable s'il y a certains termes qu'elle souhaite que le/la médecin généraliste utilise pour désigner certaines parties de son corps.

13. Que le/la médecin généraliste ne soit **pas paternaliste** et laisse le libre choix à la personne.

Pistes pour une amélioration :

- Proposer les différents parcours de transition qui existent en expliquant les tenants et aboutissants de chaque parcours. Si certains parcours sont contre-indiqués pour la santé de la personne, lui expliquer (exemple : prise d'oestrogel et d'Utrogestan chez une personne qui présente un cancer du sein). Bien expliquer les éléments qui pourront être irréversibles en suivant tel ou tel parcours. Laisser ensuite à la personne le libre choix de son parcours afin que celle-ci puisse se rapprocher de son point de confort.
- Demander à la personne de fournir une feuille de liaison attestant que la personne a bien reçu en 1^è ligne informative pré-réorientation médicale toutes les informations nécessaires à faire le choix éclairé de tel soin de santé transspécifique peut-être utile pour que le médecin soit juridiquement protégé si la personne venait à changer d'avis (pour rappel, ce cas de figure est extrêmement rare).

14. Que le/la médecin généraliste montre qu'iel est **ouvert·e aux minorités** en termes de préférences sexuelles, d'identités de genre et/ou de caractéristiques sexuées.

Pistes pour une amélioration :

- Mettre un drapeau LGBTQI+ dans le cabinet ou la salle d'attente.
- Proposer des brochures dans la salle d'attente comme celle de Genres Pluriels « *Transgenres/Identités pluriel·le·s – Accueil, droits, santé, jeunesse, emploi... Tous·tes bien informé·e·s* »
- Si le/la médecin possède un site internet, notifier que vous êtes ouvert·e à la communauté LGBTQI+
- S'inscrire comme médecin membre du Réseau Psycho-médico-social Trans* et Inter* belge (formation organisée par Genres Pluriels requise au préalable)

15. **Qualités humaines** de la part du/de la médecin généraliste

Pistes pour une amélioration :

- Ne pas oublier la dimension humaine du métier de médecin généraliste et travailler avec empathie, écoute, bienveillance, sans jugement, le sourire, ...
- Disponibilité pour son/sa patient·e

Plusieurs avantages ont pu être relevés dans le fait d'initier et/ou de réaliser le suivi en médecine générale (en comparaison aux équipes hospitalières) d'un traitement hormonal féminisant. Le premier est la disponibilité que permet d'offrir les soins de santé primaires. Le second est la proximité que permet d'offrir ces soins de santé. Un troisième avantage est que les soins primaires se pratiquent dans un milieu plus familial et intimiste. Un quatrième est le fait que le parcours via la médecine de première ligne ne nécessite souvent pas une prise en charge psychiatrique. Un avantage supplémentaire est que la médecine générale est habituellement le premier contact avec le système de soins et prenant en compte toutes les variables de la santé. Le risque si le/la médecin généraliste réfère son/sa patient·e vers des équipes hospitalières est que la personne prenne ce référencement comme une sorte de rejet. Un autre risque est que la personne transgenre qui se ferait suivre par une équipe hospitalière pour sa transition ne se présente plus chez son/sa médecin généraliste et fasse abstraction de ses éventuels problèmes de santé. Un dernier avantage est que le/la médecin généraliste connaît généralement bien son/sa patient·e et a pu déjà établir une relation de confiance particulière avec celui/celle-ci.

Lorsque nous comparons les résultats obtenus avec l'étude de Hanna Ballout sur les attentes des personnes transgenres vis-à-vis du médecin généraliste lors de l'initiation ou du suivi d'un traitement hormonal masculinisant, nous pouvons remarquer que les principales attentes sont semblables dans la population des hommes transgenres. Le travail de Hanna Ballout a pu mettre en évidence qu'il n'existe pas un parcours stéréotypé de transition chez les hommes transgenres. Certaines personnes pourront, ainsi, décider de commencer par réaliser une ou des chirurgies avant de prendre un traitement hormonal ou inversement. Certaines personnes décideront de ne pas réaliser de chirurgie et de ne pas prendre de traitement hormonal mais de changer d'expression de genre via, notamment, la façon de s'habiller. L'objectif principal, comme pour les femmes transgenres, sera de se rapprocher de son point de confort. Ensuite, la raison pour laquelle nous parlons de transidentités au pluriel est que, comme nous l'avons vu, la réalité d'une personne transgenre ne sera sans doute pas la même que la réalité d'une autre. Comme pour toute personne se présentant en consultation de médecine générale, il faudra considérer la personne comme un·e individu·e particulier/ère et unique pour pouvoir lui fournir des soins qui correspondraient à ses attentes pouvant être également particulières.

Un autre point qui a pu être relevé dans le TFE de Hanna Ballout est le fait qu'il peut être fréquent que le/la médecin généraliste qui a peu de connaissances sur le sujet attende que ce soit le/la patient·e qui lui apporte les connaissances sur les transidentités. Ceci peut poser problème étant donné que certaines personnes transgenres, même si elles sont concernées, ne sont parfois pas du tout informées sur le sujet et sur les parcours existants. De plus, ces

personnes se rendent justement souvent chez un·e professionnel·le pour avoir des réponses à leurs questions. Un travail d'échange avec son/sa patient·e peut être tout-à-fait bénéfique pour la relation patient·e/médecin généraliste mais il ne faut pas que le/la patient·e devienne le/la formatrice de son/sa médecin généraliste dans le domaine des transidentités.

Tou·te·s les personnes ayant été interrogées dans cette étude et dans celle de Hanna Ballout étaient des personnes caucasiennes qui étaient, pour la plupart, relativement bien intégrées dans la société (travailleurs/euses, étudiant·e·s, soutien familial et/ou de la part de l'entourage, ...). Nous pouvons supposer que cela s'explique éventuellement par le fait que les personnes transgenres qui sont bien intégrées dans la société auront peut-être moins peur de s'exprimer sur le sujet des transidentités. Une question qui se pose, alors, est : « Est-ce que les personnes transgenres non-caucasiennes seraient moins intégrées dans la société que les personnes transgenres caucasiennes ? Si c'est le cas, pour quelles raisons ? ».

Le manque d'études avec un haut niveau de preuve et un échantillon large, pouvant être représentatif de la population transgenre, qui évalueraient les effets désirables et indésirables des traitements hormonaux chez les personnes transgenres a été relevé dans nos deux TFE. Cependant, dans la littérature scientifique, certaines études avec un niveau de preuve moins élevé démontrent que les risques pour la santé lors de la prise d'un traitement hormonal masculinisant avec de la testostérone en « monothérapie » ou féminisant avec de l'oestrogène sous forme de gel transdermique en « monothérapie » sont limités si la compliance et les dosages conseillés par le/la médecin prescripteur/trice sont respectés et si une évaluation préalable et continue des risques pouvant être liés à ces traitements est effectuée.

Un autre point essentiel qui a pu être relevé aussi bien dans cette étude que dans celle de Hanna Ballout est le manque d'accessibilité pour les personnes transgenres aux soins de santé. En effet, le manque de connaissances des professionnel·le·s de la santé sur les transidentités, l'impact financier que peut représenter une transition, le manque de disponibilité des médecins formé·e·s aux soins spécifiques pour les personnes LGBTQI+ (car trop de demande pour trop peu de médecins formé·e·s) et le manque de confiance envers les soins de santé par les personnes transgenres qui auraient vécu de mauvaises expériences avec le milieu médical sont des éléments qui pourront empêcher les personnes transgenres à avoir accès à certains soins médicaux.

A travers les témoignages récoltés, nous pouvons nous rendre compte que les personnes qui ont décidé de participer à ces deux TFE pensent qu'une meilleure visibilité des transidentités pourra peut-être améliorer l'acceptabilité de ces personnes au sein de la société. De plus, tou·te·s pensent qu'il y a encore un travail énorme à faire pour que cette acceptabilité soit acquise dans le milieu des soins de santé.

Conclusion

La **population de personnes transgenres** dans le monde serait comprise entre 0.3 et 2% de la population générale. Il est donc probable que tout·e médecin généraliste rencontre une fois dans sa patientèle une personne transgenre. A travers ce travail de fin d'étude et celui de Hanna Ballout, nous remarquons qu'il est possible de réaliser, en médecine générale, l'initiation et le suivi d'un traitement hormonal chez une personne transgenre. La disponibilité, la proximité, la relation de confiance patient·e/médecin généraliste, le milieu plus familial et intimiste, le fait que le/la médecin généraliste soit généralement le premier contact avec le système de soins, le fait que la médecine générale prenne en compte tous les problèmes de santé ... fait en sorte que les **soins de santé de première ligne** représentent un **lieu propice** pour initier et réaliser le suivi d'une personne transgenre désireuse de changer d'expression de genre par la prise d'un traitement hormonal féminisant/masculinisant.

Cependant, nous remarquons également que la majorité des médecins généralistes ne se sentent pas à l'aise ou pas capable de réaliser ce suivi. La cause principale à ceci est un **manque de connaissances** par les médecins généralistes sur les transidentités et sur les traitements hormonaux masculinisants et féminisants. Un des objectifs de ce travail de fin d'étude était donc de pouvoir apporter aux médecins généralistes certaines connaissances sur les transidentités afin qu'ils puissent se sentir plus à l'aise et puissent mieux comprendre les personnes transgenres qui pourraient se présenter à leur consultation.

Pour pouvoir comprendre les attentes des personnes transgenres vis-à-vis du/de la médecin traitant en consultation de médecine générale, il est essentiel que le/la médecin généraliste comprenne le contexte dans lequel la personne arrive en cabinet de consultation. Dans la première partie de ce travail, nous avons pu voir que la **situation sociale et juridique** des personnes transgenres a fortement **évolué** depuis ces vingt dernières années en Belgique. En effet, une **loi belge de 2017** permet, à présent, aux personnes convaincues que le « sexe » (en fait, le genre) qui leur a été attribué à la naissance ne correspond pas à leur identité de genre peuvent faire modifier l'enregistrement du « sexe » et de leur prénom sur leur acte de naissance. La modification est une procédure administrative sur base de l'**autodétermination** (donc de la conviction personnelle de l'individu·e) et ne nécessite plus un diagnostic psychiatrique. Cette nouvelle loi va avoir un impact considérable sur le nombre de changements d'enregistrement du « sexe » et va permettre à de nombreuses personnes transgenres, vivant jusque-là parfois « cachées », de faire leur coming out transgenre et vivre avec une expression de genre correspondant à leur identité de genre. La visibilité des transidentités dans les médias et les réseaux sociaux va également permettre aux personnes transgenres de savoir qu'aujourd'hui, en Belgique, il est possible de vivre selon son identité de genre. Cependant, cette **meilleure visibilité** peut renforcer le rejet dont les personnes transphobes font preuve envers les personnes transgenres.

Malgré cette situation sociale et juridique qui s'est améliorée durant ces dernières années, les personnes transgenres sont toujours victimes, à travers le monde, de harcèlement, de violence verbale et parfois physique dans tous les domaines qui soient. Ce **rejet par la société** pourra les plonger dans une grande solitude et un isolement social qui aura des impacts sur leur santé. Les troubles anxieux, dépressifs, les addictions, les conduites sexuelles à risques, et les (tentatives de) suicides seront beaucoup plus présents dans la population transgenre. Le taux de **mortalité** sera jusqu'à 50% plus élevé dans la population transgenre comparé à la population générale.

Dans la deuxième partie de ce travail de fin d'étude, nous pourrons observer que les personnes transgenres ont depuis des dizaines d'années attisé la curiosité des scientifiques. Les transidentités ont été **considérées** comme une **pathologie psychiatrique** et ont figuré dans les manuels comme le DSM (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'association américaine de psychiatrie) et la CIM (Classification internationale des maladies de l'OMS). C'est en 2019, dans la CIM 11, que la catégorie relative aux transidentités a été, pour la première fois, retirée des chapitres des troubles mentaux et du comportement. Pourtant, aujourd'hui, en Belgique, l'accès aux remboursements pour les chirurgies et certains traitements hormonaux nécessitent toujours d'avoir un diagnostic de « dysphorie de genre » posé par un·e psychiatre. En réaction à cela, certaines associations LGBTQI+ se battent contre la « psychiatrisation » de ces personnes et des parcours de transition car celle-ci pourrait représenter une barrière pour bon nombre de personnes transgenres à aller consulter.

La recherche de littérature a pu mener au constat que la prise d'un **traitement hormonal** féminisant à base d'œstrogel semble être plutôt **sécurisante** en termes de risques cardiovasculaires et de cancer. Il existerait peut-être un risque légèrement plus élevé de maladie thrombo-embolique chez les personnes sous œstrogel présentant d'autres facteurs de risques tels que le tabagisme actif et l'immobilisation post-opératoire. Cependant, un autre constat est qu'il **manque d'études scientifiques** à haut niveau de preuve et avec un grand échantillonnage qui pourraient permettre d'évaluer clairement ces risques chez les femmes transgenres. De plus, la majorité des études existantes concernent l'évaluation des effets désirables et indésirables par « bithérapie » à base d'œstrogène et d'acétate de cyprotérone qui ne permettent donc pas de différencier les effets causés par l'une ou par l'autre molécule.

L'**acétate de cyprotérone** (Androcur®), bloqueur de testostérone, fait toujours partie des guidelines comme traitement hormonal « féminisant ». Cette nomenclature semble être mal choisie car son action est plutôt « anti-masculinisante ». De plus, nous avons pu voir, à travers les témoignages récoltés, que cette molécule n'est souvent pas nécessaire pour que la personne transgenre puisse rencontrer son point de confort en termes d'expression de genre. Et que celle-ci peut causer de nombreux effets indésirables. A long terme, elle augmente les risques de méningiome. La question de l'indication ou non de ce traitement comme traitement hormonal « féminisant » se pose donc.

Ce travail de fin d'étude a pu mettre en évidence **15 attentes** que les personnes interrogées ont vis-à-vis du/de la médecin généraliste lors de l'initiation ou du suivi d'un traitement hormonal féminisant (cfr. tableau dans le point précédent). Dans le travail de ma collègue Hanna Ballout, les mêmes attentes ont pu être citées par les hommes transgenres interrogés. Les attentes qui ont le plus été avancées par les répondant·e·s étaient que le/la médecin généraliste ait de meilleures connaissances sur les transidentités, les différents parcours de transition et les traitements hormonaux féminisants/masculinisants. Que le/la médecin généraliste soigne son accueil et évite de mégenrer son/sa patient·e. Que le/la médecin généraliste puisse référer, si besoin, la personne transgenre vers des professionnel·le·s de la santé formé·e·s aux transidentités. Et que le/la médecin généraliste travaille avec humanité et laisse le libre choix du parcours de transition désiré. Ces deux études comprenaient un petit échantillonnage qui aurait peut-être pu être encore plus diversifié. Cependant, les attentes décrites dans ce travail sont certainement **extrapolables** à la population des personnes transgenres belges car ont été citées par la quasi-totalité des hommes et femmes transgenres interviewées et représentent des attentes fréquemment discutées avec les professionnel·le·s de la santé faisant partie du Réseau Psycho-médico-social Trans* et Inter* belge.

Nos **deux travaux** de fin d'étude ont été **pionniers** car aucune étude existante ne s'était déjà interrogée sur les attentes des personnes transgenres vis-à-vis de leur médecin traitant lors de l'initiation ou du suivi d'un traitement hormonal visant à changer d'expression de genre. Si une telle nouvelle étude venait à être publiée, il pourrait être intéressant de comparer nos résultats avec cette nouvelle étude afin d'observer et de comprendre pourquoi les résultats récoltés seraient semblables ou non.

Un point essentiel que nous pouvons relever est l'importance de la **pluridisciplinarité** pour réaliser ce suivi d'une transition. En effet, comme nous avons pu le voir à travers les témoignages, de nombreux·ses professionnel·le·s de la santé pourront intervenir dans ce contexte. Certaines attentes citées ci-dessus pourront être les mêmes envers les autres professionnel·le·s de la santé qui interviendront dans le suivi de la personne. Pouvoir travailler en collaboration avec des professionnel·le·s qui peuvent répondre à ces attentes sera essentiel pour éviter que le lien thérapeutique ne se brise à cause d'une mauvaise expérience et que la personne ne puisse pas bénéficier d'une accessibilité aux soins de santé semblable à la population générale.

L'accessibilité aux soins de santé reste un problème majeur pour les personnes transgenres en Belgique. Nous avons pu voir, à travers cette étude, qu'il était fréquent que la personne transgenre demandeuse de soins se fasse rejeter par les professionnel·le·s qu'elle consulte souvent par manque de connaissances de la part du/de la professionnel·le·s de santé, parfois par non-reconnaissance de l'identité de genre de la personne. Les répercussions financières d'une transition peuvent empêcher certaines personnes transgenres d'avoir accès à certains soins. De nombreuses mauvaises expériences avec le milieu médical ont été citées et peuvent représenter un frein énorme à se rendre en consultation médicale pour la personne transgenre qui ne se sent pas respectée dans son intégrité. Ce manque d'accessibilité aux soins

renforce ce sentiment de rejet et d'isolement que peuvent ressentir certaines personnes transgenres et pourra empêcher la personne d'avoir accès à un suivi et une prise en charge des éventuelles pathologies qu'elle pourrait présenter. L'inaccessibilité aux soins de santé pourra donc engendrer une **surmortalité** chez les personnes transgenres.

La réalisation de cette étude qualitative nous fait prendre conscience que les transidentités restent un sujet inconnu et incompris par la majorité des médecins généralistes. La discussion de cette étude a permis de mettre en évidence quelques pistes de travail qui pourraient améliorer la relation patient-e/médecin généraliste lors de l'initiation et du suivi d'un traitement hormonal visant à modifier l'expression de genre. De nouvelles études à haut niveau de preuve concernant les répercussions endocrinologiques des traitements hormonaux féminisants et masculinisants permettraient de mieux évaluer les risques sur la santé qu'ils peuvent engendrer.

Bibliographie :

1. Aurore Dufrasne, Louis Luchthuis, Max Nisol, Aurel Werler « Transgenres/Identités pluriel.le.s – Accueil, droits, santé, jeunesse, emploi... Tous.tes bien informé.e.s » , 3^{ème} édition - 2018 [Internet]. [cited 2020 Apr 1]. Available from: http://www.genrespluriels.be/IMG/pdf/brochure_4emeed_web.pdf
2. Genre (sciences sociales) — Wikipédia [Internet]. [cited 2020 May 1]. Available from: [https://fr.wikipedia.org/wiki/Genre_\(sciences_sociales\)](https://fr.wikipedia.org/wiki/Genre_(sciences_sociales))
3. identité de genre — Wiktionnaire [Internet]. [cited 2020 May 1]. Available from: https://fr.wiktionary.org/wiki/identité_de_genre
4. cisgenre — Wiktionnaire [Internet]. [cited 2020 May 1]. Available from: <https://fr.wiktionary.org/wiki/cisgenre>
5. transgenre — Wiktionnaire [Internet]. [cited 2020 May 1]. Available from: <https://fr.wiktionary.org/wiki/transgenre>
6. transphobie — Wiktionnaire [Internet]. [cited 2020 May 1]. Available from: <https://fr.wiktionary.org/wiki/transphobie>
7. Coming out — Wikipédia [Internet]. [cited 2020 May 2]. Available from: https://fr.wikipedia.org/wiki/Coming_out
8. mégenrer — Wiktionnaire [Internet]. [cited 2020 Jun 18]. Available from: <https://fr.wiktionary.org/wiki/mégenrer>
9. Chemsex - Infor-Drogues asbl [Internet]. [cited 2020 Dec 10]. Available from: <https://infordrogues.be/chemsex/>
10. CDLH.be | Comment rechercher ? [Internet]. [cited 2020 Jun 7]. Available from: <https://www.cdlh.be/fr/aide/comment-rechercher>
11. Joz Motmans, Elia Wyverkens, Justine Defreyne. "Être une personne transgenre en Belgique dix ans plus tard" [Internet]. 2017 [cited 2020 Jun 10]. Available from: https://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/118_-_etre_une_personne_transgenre_en_belgique.pdf
12. Motmans J, de Biolley I, Debunne S. "Être transgenre en Belgique" [Internet]. 2009 [cited 2020 Mar 24]. 214 p. Available from: https://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/downloads/34%20-%20Transgender_FR.pdf
13. Collin L, Reisner SL, Tangpricha V, Goodman M. "Prevalence of Transgender Depends on the 'Case' Definition: A Systematic Review." - PubMed - NCBI, 2016 Mar 25 [Internet]. [cited 2020 Mar 19]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27045261?dopt=Abstract>
14. Isabel S. Lowell MD, MBA, "Management of the Female Transgender Patient", last updated: 13 SEP 2018 [Internet]. [cited 2020 Feb 12]. Available from: <https://www-dynamed-com.gateway2.cdlh.be/management/management-of-the-female-transgender-patient>

15. Institut pour l'Egalité des Femmes et des Hommes, "Personnes transgenres ayant fait une demande de changement de la mention officielle de leur sexe en Belgique– 2019" [Internet]. [cited 2020 Apr 2]. Available from: https://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/chiffres_transgenres_rn_2019.pdf
16. Genres Pluriels ASBL. "Rapport d'activité 2019" [Internet]. 2020 [cited 2021 Apr 20]. Available from: https://www.genrespluriels.be/IMG/pdf/gps_rapport_d_activites_2019.pdf
17. Wesley T. Two-spirit people : Native American gender identity, sexuality, and spirituality. University of Illinois Press; 1997.
18. Nanda S. The Hijras of India. J Homosex. 1985 Jan 1;11(3–4):35–54.
19. Institut pour l'égalité des femmes et des hommes, "Législation", 2017 [Internet]. [cited 2020 Mar 27]. Available from: <https://igvm-iefh.belgium.be/fr/activites/transgenre/legislation>
20. Cedh E. Convention européenne des droits de l'homme [Internet]. [cited 2020 Jun 10]. Available from: www.conventions.coe.int.
21. PACE - Resolution 2048 (2015) - "Discrimination against transgender people in Europe" [Internet]. [cited 2020 Mar 27]. Available from: <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-EN.asp?fileid=21736>
22. Arrêt n° 99/2019 de la Cour constitutionnelle belge du 19 juin 2019 Numéro du rôle : 6813 [Internet]. 2019 [cited 2020 Jul 15]. Available from: <https://www.const-court.be/public/f/2019/2019-099f.pdf>
23. Arnaud Alessandrin, "Transidentités : histoire d'une catégorie" | EHNE, 2020 [Internet]. [cited 2020 Aug 2]. Available from: <https://ehne.fr/article/genre-et-europe/le-corps-genre-en-europe-entre-contrainte-et-emancipation/transidentites-histoire-dune-categorie>
24. Arnaud Alessandrin, "Du « transsexualisme » à la « dysphorie de genre » : ce que le DSM fait des variances de genre", 2014 [Internet]. [cited 2020 Mar 22]. Available from: <https://journals.openedition.org/socio-logos/2837>
25. Boyer P, Guelfi J-D, Pull C-B, Pull M-C, Benoit-lamy S, Bisserbe .-C, et al. "Manuel Diagnostique Et Statistique Des Troubles Mentaux" Coordination générale de la traduction française Julien Daniel GUELFY et Marc-Antoine CROCQ Directeurs de l'équipe de la traduction française HI MASSON, 2000 [cited 2020 Mar 22]. Available from: <https://psychiatrieweb.files.wordpress.com/2011/12/manuel-diagnostique-troubles-mentaux.pdf>
26. Assemblée générale des Nations unies, « Déclaration universelle des droits de l'Homme. » United Nations, 1948, Paris, art. 4 [cited 2021 Mar 22]. Available from: <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>
27. Dufasne A., Vico P. "Les patient.e.s transgenres : une actualité et une réalité méconnues" | A.M.U.B., 2020 [Internet]. [cited 2021 Mar 21]. Available from: <https://www.amub.be/revue-medicale-bruxelles/article/les-patient.e.s-transgenres-une-actualite-et-une-r-1674>

28. OMS, GATE - "Joint Statement on ICD-11 process for trans & gender diverse people", 2019 [Internet]. [cited 2020 May 15]. Available from: <https://transactivists.org/icd-11-trans-process/>
29. Tangpricha V SJ. "Transgender women: Evaluation and management" - UpToDate [Internet]. UpToDate. Last updated: Nov 15, 2019 [cited 2020 Mar 19]. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/transgender-women-evaluation-and-management?search=transgender hormone therapy&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/transgender-women-evaluation-and-management?search=transgender+hormone+therapy&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)
30. Sophie Lhuillier, CROI : "l'infection VIH dans la population trans abordée pour la première fois" | Sidaction, 25 FEB 2016 [Internet]. [cited 2020 Mar 26]. Available from: <https://www.sidaction.org/actualites/croi-2016-linfection-vih-dans-la-population-trans-abordee-pour-la-premiere-fois-587>
31. Genres Pluriels, Ex Æquo. Guide de santé sexuelle pour personnes trans* et leurs amant•e•s. 2016;
32. Jamie Feldman, MD, PhD Madeline B Deutsch, MD, MPH, "Primary care of transgender individuals" last updated: Oct 18, 2019- UpToDate [Internet]. [cited 2020 Apr 9]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/primary-care-of-transgender-individuals?search=transgender&source=search_result&selectedTitle=4~68&usage_type=default&display_rank=4
33. Isabel S. Lowell MD, MBA, "Management of the Female Transgender Patient", last updated: 13 SEP 2018 [Internet]. [cited 2020 Feb 12]. Available from: <https://www-dynamed-com.gateway2.cdih.be/management/management-of-the-female-transgender-patient>
34. Wierckx K, Elaut E, Declercq E, Heylens G, De Cuypere G, Taes Y, et al. "Prevalence of cardiovascular disease and cancer during cross-sex hormone therapy in a large cohort of trans persons: A case-control study." Eur J Endocrinol [Internet]. 2013 Oct [cited 2021 Apr 20] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23904280/>
35. Asscheman H, Giltay EJ, Megens JAJ, De Ronde W, Van Trotsenburg MAA, Gooren LJG. "A long-term follow-up study of mortality in transsexuals receiving treatment with cross-sex hormones." Eur J Endocrinol [Internet]. 2011 Apr 1 [cited 2021 Jan 14] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21266549/>
36. MG TFE. (n.d.). "Le TFE en médecine générale : Recherche qualitative." [cited 2021 Mar 27] Available from: <http://www.mgtfe.be/guide-de-redaction/6-les-differentes-methodes-dinvestigation/6-2-recherche-qualitative/>
37. Gender team UZ Gent, "Info pour les prestataires de soins de santé" - UZ Gent [Internet]. last update: 10/2018 [cited 2021 Apr 19]. Available from: <https://www.uzgent.be/nl/zorgaanbod/mdspecialismen/genderteam/Paginas/info-voor-zorgverleners.aspx>
38. Andorra AA, Armenia A. COUNTRY [Internet]. [cited 2021 Apr 27]. Available from: https://tgeu.org/wp-content/uploads/2020/05/MapA_TGEU2020-ists.pdf

39. Andorra AA, Armenia A. COUNTRY [Internet]. [cited 2021 Apr 27]. Available from: https://tgeu.org/wp-content/uploads/2020/05/index_TGEU2020.pdf
40. OMS, "Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes", 10e révision, France, édition 2019 [Internet]. [cited 2020 Apr 3]. Available from: https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3502/cim-10_2019.pdf
41. Dilip Jeste P V, Jeffrey Lieberman P-EA, David Fassler T, Rcxser Peele S, Speaker Scott Benson AR, elinda L Young S-EM, et al. American Psychiatric Association Board of Trustees Member-in-Training Trustee-Elect [Internet]. 2012 [cited 2020 Aug 2]. Available from: www.psych.org
42. Vanmeerbeek, M., Mathonet, J., Miermans, M. C., Lenoir, A. L., & Vandoorne, C. (2015). Prévention et promotion de la santé: quels modèles pour soutenir l'évolution des pratiques en soins de santé primaires?. *La Presse Médicale*, 44(6), e211-e220

Tableaux, figures et annexes :

TABLEAU 1 : CLASSIFICATION PAR « TYPES » SUR LA SEX ORIENTATION SCALE DE HARRY BENJAMIN

Source : être transgenre en Belgique, 2009 (12)

Groupe I	Type I	Pseudo-travesti
	Type II	Travesti fétichiste
Groupe II	Type III	Véritable travesti
	Type IV	Transsexuel non chirurgical
Groupe III	Type V	Véritable transsexuel, intensité modérée
	Type VI	Véritable transsexuel, haute intensité

TABLEAU 2 : ORGANISATIONS ET COUPOLES TRANS*/LGBTQI*

Source : brochure « Transgenres/Identités pluriel·le·s – Accueil, droits, santé, jeunesse, emploi...
Tous·tes bien informé·e·s »(1)

Organisations et couples trans*/LGBTQI*

Internationales :

IGLYO : international Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer and Intersex Youth & Student Organisation

ILGA: International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association (couple européenne d'organisation LGBTQ+)

OII : Organisation Intersex International Europe (couple européenne d'organisations de personnes intersexes)

TGEU : Transgender Europe (couple européenne d'organisations trans*)

Belgique :

Arc-en-Ciel Wallonie : Fédération wallonne des associations LGBTQI+

Çavaria : couple d'organisations LGBTQI+ en Flandre

RainbowHouse Brussels : couple d'organisations LGBTQI+ en Région de Bruxelles-Capitale comprenant l'ASBL *Genres Pluriels* (organisation trans* et intersexe) et *Transkids* (soutien et information des enfants transgenres et de leurs parents)

Réseau Psycho-médico-social Trans et Inter* Belge* : réseau de professionnel·le·s psycho-médico-sociaux/ales formé·e·s aux transidentités créé par l'ASBL *Genres Pluriels*.

Allemagne :

TransInterQueer e. V.

France :

ANT- Association Nationale Transgenre

OUTrans

Trans 3.0
Ouest Trans

Luxembourg :
Intersex and Transgender Luxembourg

Pays- Bas:
Transgender Netwerk Nederland

Défense des droits

Institut pour l'égalité des femmes et des hommes

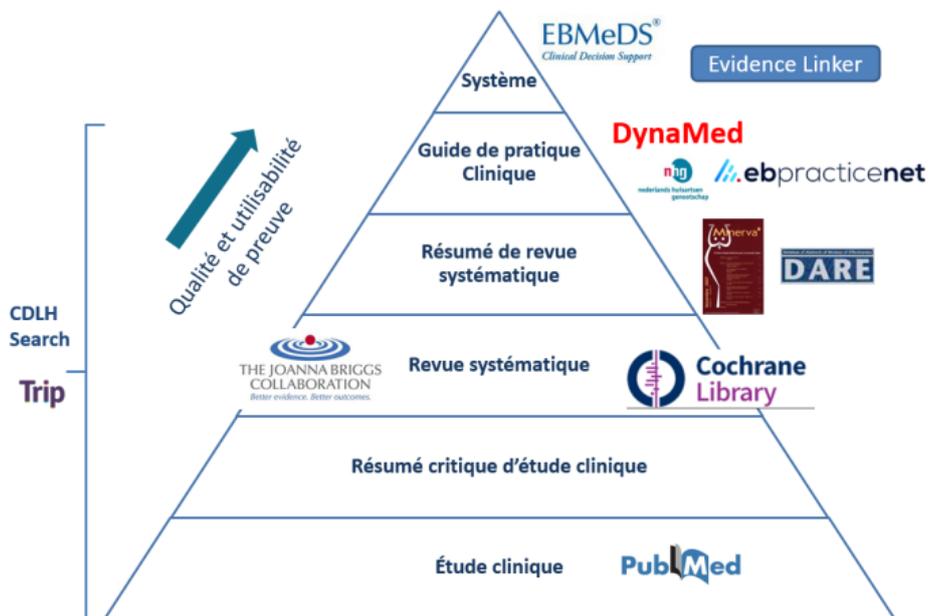


FIGURE 1 : PYRAMIDE DE CONNAISSANCES

Source : Cebam Digital Library for Health asbl.(10)

TABLEAU 3 : ÉQUATION DE RECHERCHE

Concepts	Verbatims
Femme transgenre	transgender male-to-female OR transgender women OR transgender girl OR transgender patients AND women OR transgender persons AND women OR gender dysphoria AND women.
Prendre en charge	To care OR to take charge of OR Management OR to support
Traitement hormonal	Hormonal therapy OR hormonal treatment OR Estrogen therapy OR Estrogen treatment OR Estrogen Progestin Combination Therapy OR Estrogen Progestin Combination Treatment OR cross-sex hormone therapy
Relation médecin généraliste/patient-e	Physician-Patient Relations OR Professional-Patient Relations OR doctor-patient relations OR general practitioner-patient relations OR family doctor-patient relations OR family physician-patient relations

TABLEAU 4 : ARTICLES SÉLECTIONNÉS AU COURS DE LA RECHERCHE DE LITTÉRATURE

N° d'Article Type d'étude	Raison du choix de cet article	<u>Source</u> , Auteur, année	Titre
Article 1 Guide de bonne pratique	Il s'agit d'une synthèse intégrée sur la prise en charge des femmes transgenres menée par des experts internationalement reconnus	<u>UpToDate [en ligne]</u> , Vin Tangpricha, MD, PhD Joshua D Safer, al. Last updated: Nov 15, 2019	Transgender women: Evaluation and management.
Article 2 Guide de bonne pratique	Il s'agit d'une synthèse intégrée sur les soins de première ligne chez les individus transgenres menée par des experts internationalement reconnus	<u>UpToDate [en ligne]</u> , Jamie Feldman, MD, PhD Madeline B Deutsch, al. last updated: Oct 18, 2019	Primary care of transgender individuals.
Article 3 Etude clinique	Il s'agit d'une étude clinique belge réalisée par l'université de Gand sur les risques cardiovasculaires et de cancer chez les personnes transgenres prenant un traitement hormonal dans le but de changer leur expression de genre	Pubmed [en ligne] Société Européenne d'endocrinologie K Wierckx, E Elaut, E Declercq, al. 2013	Prevalence of cardiovascular disease and cancer during cross-sex hormone therapy in a large cohort of trans persons: a case-control study.
Article 4 Guide de bonne pratique	Il s'agit d'une synthèse intégrée sur les traitements hormonaux féminisants chez les femmes transgenres adultes menée par des experts internationalement reconnus	<u>Dynamed [en ligne]</u> , Vin Tangpricha MD, PhD Last updated: 18 MAY 2019	Hormone Therapy for the Adult Female Transgender Patient.
Article 5 Guide de bonne pratique	Il s'agit d'une synthèse intégrée sur la prise en charge des femmes transgenres menée par des experts internationalement reconnus	<u>Dynamed [en ligne]</u> , Isabel S. Lowell MD, MBA, Last updated : 13 SEP 2018	Management of the Female Transgender Patient
Article 6 littérature grise	Il s'agit d'une enquête menée en Belgique concernant la situation sociale et juridique des personnes transgenres.	<u>Institut pour l'égalité des femmes et des hommes [en ligne]</u> , Joz Motmans. En collaboration avec Inès de Biolley Sandrine Debunne, 2009	Être transgenre en Belgique. Un aperçu de la situation sociale et juridique des personnes transgenres.
Article 7 Littérature grise	Il s'agit d'une enquête menée en Belgique concernant la situation sociale et juridique des personnes transgenres. Qui est plus actuelle et qui complète l'article 6.	<u>Institut pour l'égalité des femmes et des hommes [en ligne]</u> , Joz Motmans, Elia Wyverkens , Justine Defreyn, 2017	Être une personne transgenre en Belgique. Dix ans plus tard.
Article 8	Il s'agit d'un texte décrivant l'historique du terme « <i>Transidentité</i> » écrit par un	<u>Encyclopédie pour une histoire numérique de l'Europe [en ligne]</u>	Transidentités : histoire d'une catégorie

TABLEAU 5 : CALENDRIER DE LA RECHERCHE

Calendrier de la Recherche	
Période	Avancement dans la recherche
Janvier 2020	<ul style="list-style-type: none"> - Participation au cours à option de l'UCL « Accueil et prise en charge de la patientèle LGBTQ+ ». - Rencontre de ma tutrice Aurore Dufrasne.
Février 2020	<ul style="list-style-type: none"> - Décision de réaliser une TFE sur le suivi des personnes transgenres en médecine générale. - Prise de contact avec l'ASBL « Genres Pluriels ». - Participation au cours optionnel de l'UCL sur les études qualitatives et quantitatives.
Mars 2020	<ul style="list-style-type: none"> - Première participation au Groupe de travail sur la santé des personnes transgenres organisée par l'ASBL Genres Pluriels (réunion +/- 1x/mois). - Rencontre de Hanna Ballout et décision de réaliser un TFE complémentaire. - Précision de la question de recherche. Début de la revue de littérature concernant le sujet.
Avril 2020	<ul style="list-style-type: none"> - Revue de littérature : sélection des articles qui seront utilisés dans le TFE. - Choix de la méthodologie la plus adéquate pour ce TFE.
Mai 2020	<ul style="list-style-type: none"> - Réflexion sur la structure du TFE
Juin 2020	<ul style="list-style-type: none"> - Rencontre du Dr Moonens Alessandra, la copromotrice de ce TFE + Réunion de réflexion sur le TFE à quatre (avec Hanna Ballout, Aurore Dufrasne et Alessandra Moonens)
Juillet 2020	<ul style="list-style-type: none"> - Rédaction de l'introduction du TFE
Aout 2020	<ul style="list-style-type: none"> - Rédaction de la partie 1 du TFE « situation sociale et juridique des femmes transgenres ».
Septembre 2020	<ul style="list-style-type: none"> - Participation à la journée de formation « santé et traitements hormonaux chez la personne transgenre » organisée par l'ASBL genres pluriels avec comme intervenante le Dr Moonens Alessandra. - Suite de la Rédaction de la partie 1 du TFE « situation sociale et juridique des femmes transgenres ».
Octobre 2020	<ul style="list-style-type: none"> - Rédaction de la partie 2 : « la santé chez les femmes transgenres »
Novembre 2020	<ul style="list-style-type: none"> - Rédaction de la partie 2 : « la santé chez les femmes transgenres »
Décembre 2020	<ul style="list-style-type: none"> - Préparation de la grille d'entretien semi-dirigée. - Souscription à une assurance et envoi du protocole de recherche au comité d'éthique de l'UCL. - Début du recrutement des participant·e·s à l'étude.
Janvier 2021	<ul style="list-style-type: none"> - Rédaction de la méthodologie
Février 2021	<ul style="list-style-type: none"> - Approbation de l'étude par le comité d'éthique de l'hôpital Saint Luc de l'université catholique de Louvain. - Réalisation des interviews. - Retranscription des interviews. - Début de l'analyse des données récoltées par les interviews
Mars 2021	<ul style="list-style-type: none"> - Fin de retranscription des interviews - Analyses des données récoltées par les interviews.
Avril 2021	<ul style="list-style-type: none"> - Rédaction de la conclusion, des biais, comparaison des résultats avec le TFE de Hanna Ballout.

	<ul style="list-style-type: none"> - Correction du TFE par les promotrices et le tuteur. - Mise en page, Bibliographie, Annexes.
Mai 2021	- Remise du TFE pour le 07/05/2021

TABLEAU 6 : PRÉVALENCE DES PERSONNES TRANSGENRES EN BELGIQUE EN 2007

Sources : être transgenres en Belgique 2009 (12)

	Nombre	Prévalence	Ratio de sexe (H/F)
Belgique (100%)			
Total	412	1/18.975	2,43/1
Femme trans	292	1/12.886	
Homme trans	120	1/33.784	
Flandre (73%)			
Total	309	1/15.385	2,51/1
Femme trans	228	1/10.204	
Homme trans	91	1/26.909	
Bruxelles (13%)			
Total	47	1/12.500	1,61/1
Femme trans	29	1/9.363	
Homme trans	18	1/17.575	
Wallonie (14%)			
Total	55	1/45.045	1,62/1
Femme trans	34	1/34.483	
Homme trans	21	1/75.758	

TABLEAU 7 : NOMBRE DE CHANGEMENTS DE LA MENTION OFFICIELLE DU SEXE SELON LE SEXE ASSIGNÉ À LA NAISSANCE (1993 - SEPTEMBRE 2019)

Sources : Registre national (traitement IEFH) (15)

	Nombre	Proportion
Femme transgenre	1 312	60%
Homme transgenre	881	40%
Total	2 193	100%

TABLEAU 8 : ÉVOLUTION DU NOMBRE DE CHANGEMENTS DE LA MENTION OFFICIELLE DU SEXE (1993 – SEPTEMBRE 2019) :

Source : Registre national (traitement IEFH) (15)

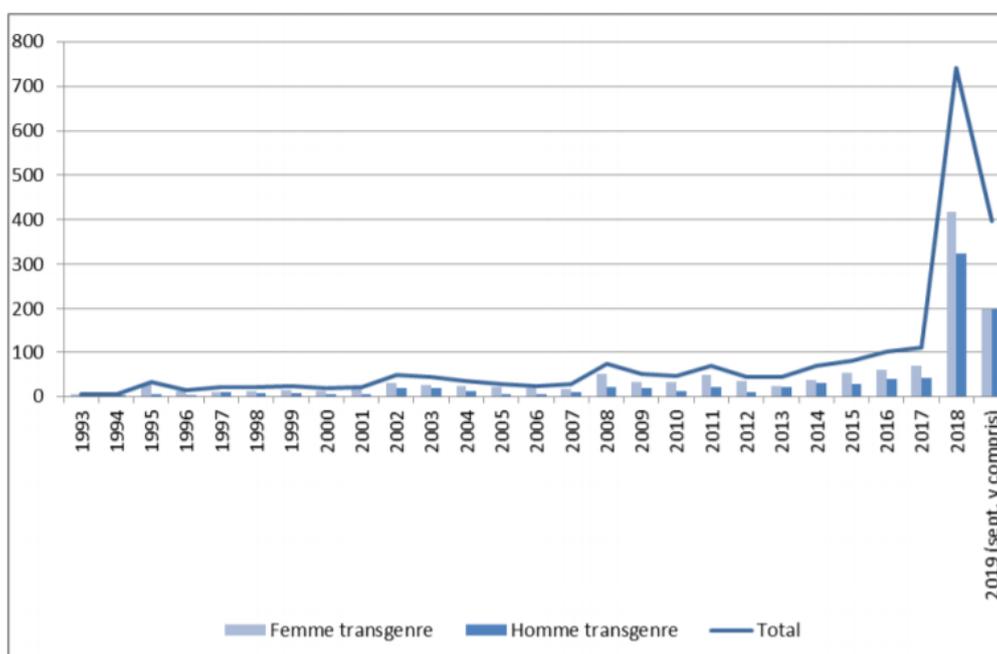


TABLEAU 9 : NOMBRES SELON L'ÂGE LORS DU CHANGEMENT DE LA MENTION OFFICIELLE DU SEXE (1993 – SEPTEMBRE 2019) :

Source : Registre national (traitement IEFH) (15)

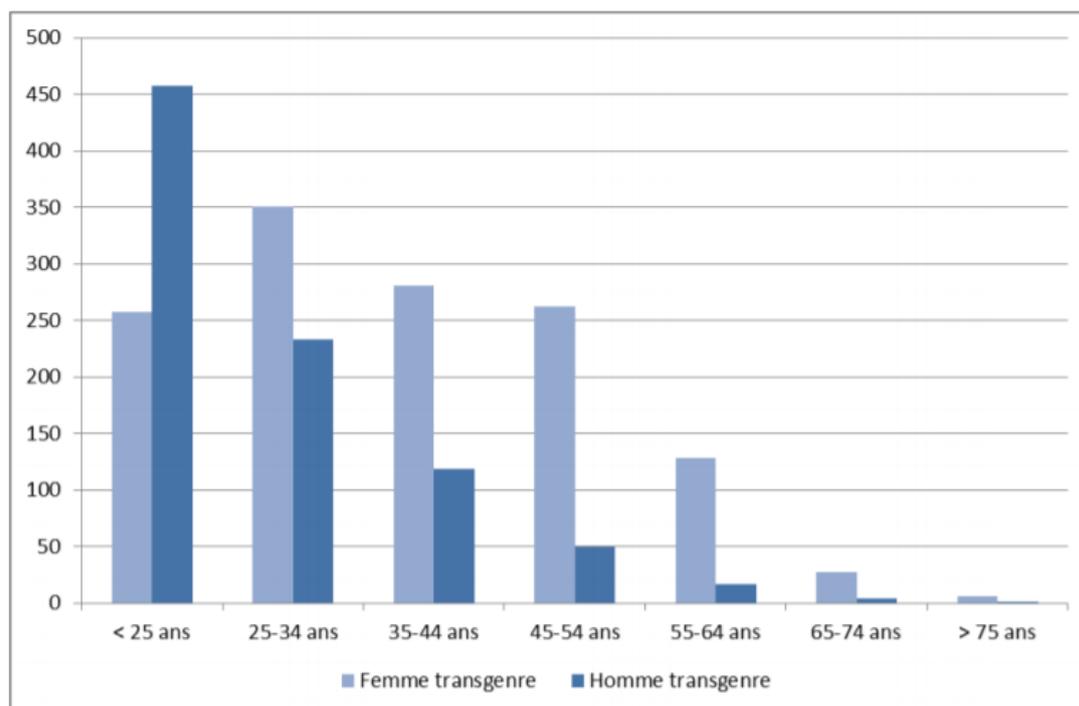


TABLEAU 10 : NOMBRES ET RÉPARTITION DES CHANGEMENTS DE LA MENTION OFFICIELLE DU SEXE SELON LA RÉGION (1993 – SEPTEMBRE 2019)

Source : Registre national (traitement IEFH) (15)

	Nombres		Proportion		
	Femme transgenre	Homme transgenre	Femme transgenre	Homme transgenre	Total
Région de Bruxelles-Capitale	114	58	66%	34%	100%
Région flamande	838	614	58%	42%	100%
Région wallonne	311	171	65%	35%	100%
Étranger	37	28	43%	32%	100%
Inconnu	12	10	55%	45%	100%
Total	1 312	881	60%	40%	100%

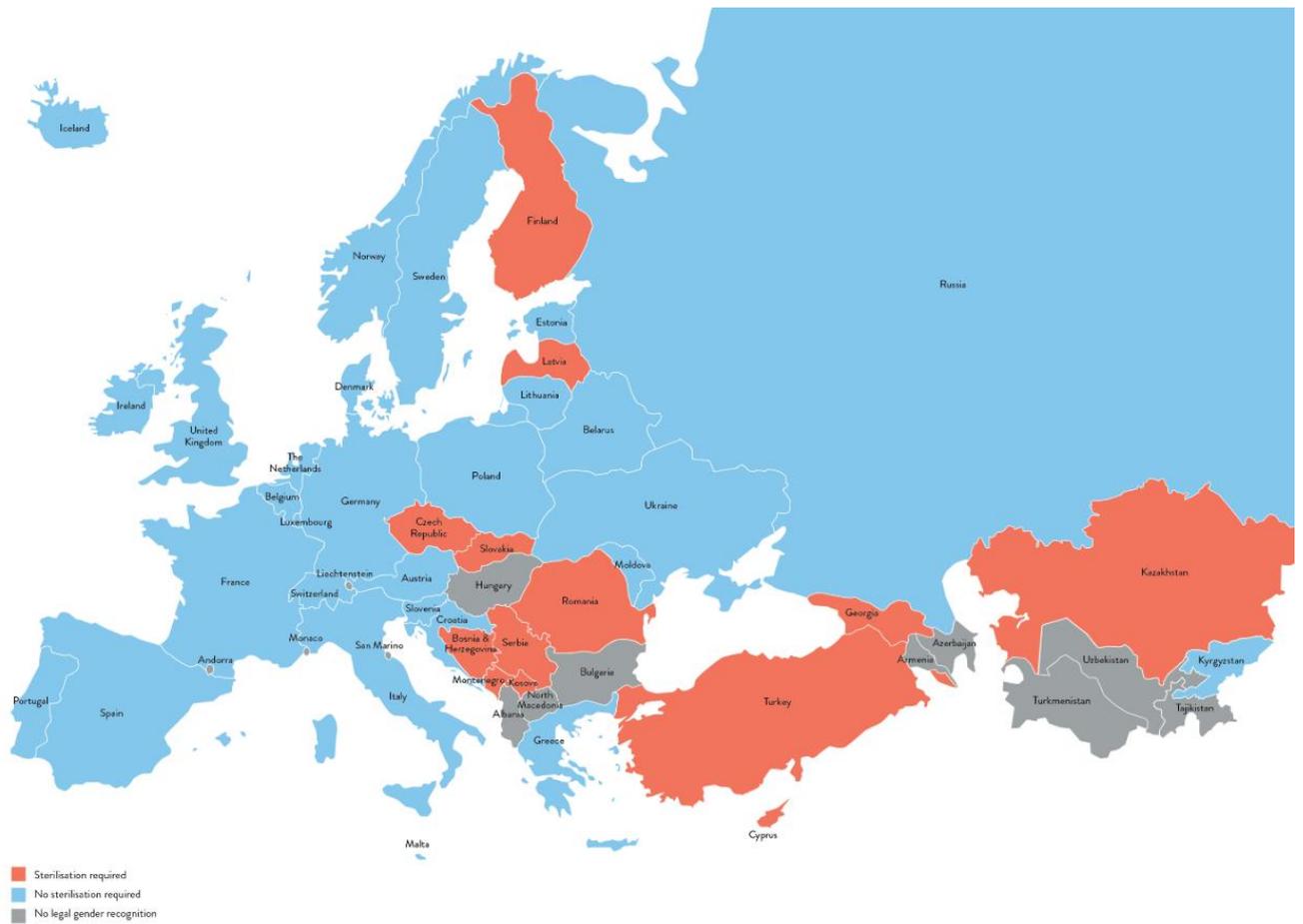


FIGURE 2 : CARTE DES DROITS TRANS* EN EUROPE ET EN ASIE CENTRALE

(mauve : non reconnaissance légale ; rouge : stérilisation forcée)

Sources : Transgender Europe (38)

TABLEAU 11 : RÉPONDANT-E-S DE L'ENQUÊTE ÊTRE TRANSGENRE EN BELGIQUE CONCERNANT LES DISCRIMINATIONS VÉCUES DANS LE MILIEU DES SOINS DE SANTÉ (N = 428)

Source : Enquête Être transgenre en Belgique, 2017 (11)

	Jamais	Rare- ment	Parfois	Réguliè- rement	Souvent	Toujours
Accès difficile aux soins de santé	84,1	6,8	4,2	2,6	2,1	0,2
Pas d'accès aux soins de santé	92,5	3,8	2,1	0,9	0,7	0,0
Moins bonne qualité des soins	83,8	8,0	4,9	2,3	0,5	0,5
Orienté-e vers le mauvais service dans un hôpital	87,9	5,4	3,5	1,9	0,9	0,7
Ne pas être appelé-e par le prénom que vous avez choisi et/ou être désigné-e par un pronom personnel erroné (être désigné-e par un pronom du sexe opposé)	50,2	8,9	13,6	9,3	9,6	8,4
Critiques sur l'apparence, le comportement ou les opinions	73,6	12,5	8,5	2,4	0,2	0,2
Harcèlement (ex. moqueries, être ignoré, rejet, insultes, violence verbale)	85,0	7,3	4,0	2,8	0,9	0,0
Menaces	92,0	5,2	1,9	0,7	0,2	0,0
Violence physique ou dégradation délibérée des biens ou des vêtements	94,8	3,1	1,4	0,5	0,2	0,0
Harcèlement sexuel	94,6	2,8	1,7	0,7	0,2	0,0
Atteinte à la vie privée (ex. outing indésirable via l'administration)	72,8	6,8	9,4	4,5	3,5	3,1
Curiosité déplacée	61,8	13,6	11,5	5,2	5,4	2,6
Restriction des contacts avec les autres patients	92,9	3,3	2,1	1,2	0,0	0,5

TABLEAU 12 : RÉPONDANT-E-S DE L'ENQUÊTE ÊTRE TRANSGENRE EN BELGIQUE QUI ONT DÉJÀ INTRODUIT UNE PLAINTE (n = 46)

Source : *Enquête Être transgenre en Belgique, 2017 (11)*

	Nombre de réponses	Pourcentage de réponses	Pourcentage de répondant-e-s
École	9	10,2	19,1
Travail	15	17,0	31,9
Soins de santé	2	2,3	4,3
Logement	3	3,4	6,4
Tourisme	2	2,3	4,3
Sport	4	4,5	8,5
Services sociaux	2	2,3	4,3
État civil	4	4,5	8,5
Mutuelle	4	4,5	8,5
Syndicat	1	1,1	2,1
FOREM / BGTA / Actiris	5	5,7	10,6
ONEM	2	2,3	4,3
Banque	4	4,5	8,5
Compagnie(s) d'assurance	2	2,3	4,3
École/crèche pour les enfants	1	1,1	2,1
Vie numérique (réseaux sociaux, plateformes en ligne)	6	6,8	12,8
Justice	5	5,7	10,6
Fournisseurs de services (ex. entreprise de télécoms)	1	1,1	2,1
Autre	16	18,2	34,0
Total	88	100,0	187,2

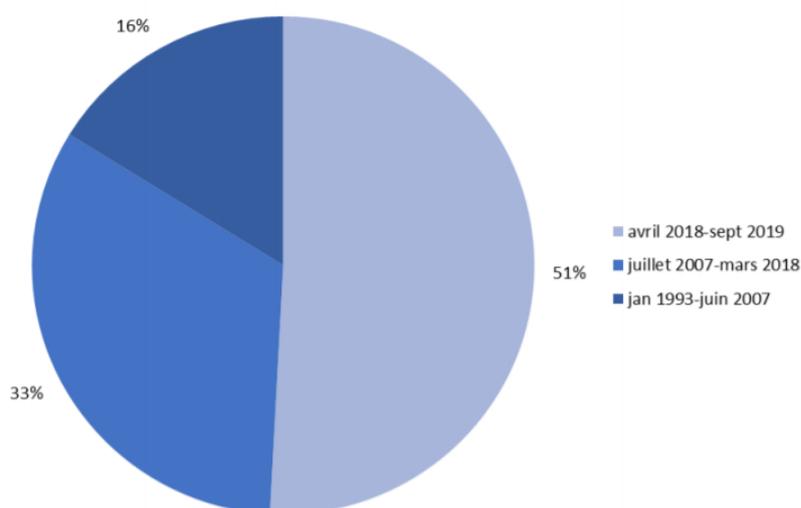


FIGURE 3 : PROPORTION DE CHANGEMENTS DE LA MENTION OFFICIELLE DU SEXE SELON LA PÉRIODE D'ENREGISTREMENT (1993 – SEPTEMBRE 2019)

Source : *Registre national (traitement IEFH) (15)*

TABLEAU 13 : LES DROITS DES PERSONNES TRANS* EN EUROPE ET EN ASIE CENTRALE, INDEX 2020

Source : Transgender Europe (39)

TRANS RIGHTS EUROPE & CENTRAL ASIA INDEX 2020

Legend:
 ● Existing measures
 ■ EU Member State
Partial points (e.g. 3) mean that a country has implemented some of the rights (e.g. in 1 of 3 regions). In the case of Denmark, 1/2 means that non-binary and 1/3 means that only parents or partners.

COUNTRY	LEGAL GENDER RECOGNITION													ASYLUM			BIAS-MOTIVATED SPEECH/ VIOLENCE			NON-DISCRIMINATION						HEALTH		FAMILY RIGHTS				
	Existence of legal measures	Existence of administrative measures	Name change	Name change (no age restriction)	Self-determination	No diagnosis or psychological opinion required	No compulsory medical intervention required	No compulsory surgical intervention required	No compulsory sterilisation required	No compulsory divorce required	LGR without age restriction	Self-determination based LGR without age restriction	Non-binary recognition	Law	Policy/other positive measures	Hate crime law	Hate speech law	Policy tackling hatred	Employment	Health	Education	Goods & services	Housing	Equality body mandate	Equality action plan	Law (gender expression)	Depathologisation	Conversion therapy prohibited	Parental recognition	Non-binary parenthood recognition		
Albania	●																		●													
Andorra	●																			●												
Armenia	●																			●												
Austria	●																			●												
Azerbaijan	●																			●												
Belarus	●																			●												
Belgium	●																			●												
Bosnia & Herzegovina	●																			●												
Bulgaria	●																			●												
Croatia	●																			●												
Cyprus	●																			●												
Czech Republic	●																			●												
Denmark	●																			●												
Estonia	●																			●												
Finland	●																			●												
France	●																			●												
Georgia	●																			●												
Germany	●																			●												
Greece	●																			●												
Hungary	●																			●												
Iceland	●																			●												
Ireland	●																			●												
Italy	●																			●												
Kosovo	●																			●												
Latvia	●																			●												
Liechtenstein	●																			●												
Lithuania	●																			●												
Luxembourg	●																			●												
Malta	●																			●												
Moldova	●																			●												
Monaco	●																			●												
Montenegro	●																			●												
Netherlands	●																			●												
Norway	●																			●												
North Macedonia	●																			●												
Norway	●																			●												
Poland	●																			●												
Portugal	●																			●												
Romania	●																			●												
Russia	●																			●												
San Marino	●																			●												
Serbia	●																			●												
Slovakia	●																			●												
Slovenia	●																			●												
Spain	●																			●												

TABLEAU 14 : REVENDICATIONS DE L'ASBL GENRES PLURIELS APRÈS LE VOTE DE LA LOI DU 25 JUIN 2017 :

Source : Brochure Genres Pluriels (1)

Revendications :
<ul style="list-style-type: none"> - L'autodétermination de l'identité de genre pour les mineur·e·s de moins de 16 ans. Nous avons vu précédemment que les personnes trans en Belgique faisaient leur coming-out de plus en plus tôt. De plus en plus de mineur·e·s émettent le désir de changer leur genre enregistré. Cette démarche, pour les mineur·e·s, nécessite l'autorisation parentale et l'avis d'un·e pédopsychiatre. - Le fait que seules les mentions binaires sont autorisées M ou F. Les personnes non-binaires ne se retrouvent donc pas dans ce schéma. La revendication des associations de personnes transgenres et intersexes est de supprimer la notion de sexe et de genre de la carte d'identité, « <i>qui n'a de toutes façons pas de valeur légale</i> ». - Améliorer l'accès et le remboursement des soins de santé spécifiques pour les personnes transgenres. En effet, le corps médical (en-dehors du Réseau PMS T/I belge, créé en alternative aux pratiques psychiatisantes et pathologisantes) demande une attestation psychiatrique pour permettre l'accès et/ou le remboursement à certaines chirurgies ou à un traitement hormonal féminisant ou masculinisant. De plus, des soins spécifiques au sexe (et non au genre) des personnes ne sont plus remboursés après leur changement d'état civil (exemple : soins gynécologiques chez les hommes trans* ou soins relatifs à la prostate chez les femmes trans*)

TABLEAU 15 : LA TRANSIDENTITÉ DANS LES MANUELS DE RÉFÉRENCE DE PSYCHIATRIE

DSM I (1952)		La transidentité n'était pas comprise. Nous pouvons en revanche retrouver le « travestissement » dans les classifications psychiatriques.
DSM II (1958)		
	CIM 9 (1975)	Dans la section « <i>Troubles et déviations sexuels</i> » apparaît la notion de « <i>Transsexualisme</i> »
DSM III (1980)		Le concept de « <i>Transsexualisme</i> » apparaît dans une nouvelle catégorie de maladie intitulée « <i>Troubles Psychosexuels</i> »

DSM III R(évisé) (1987)		Dans le chapitre sur les « <i>Troubles apparaissant habituellement dans les débuts de l'enfance, l'enfance, et l'adolescence</i> » se retrouvent les diagnostics de « <i>Transsexualisme</i> » et « <i>Troubles de l'identité de genre non transsexuel de l'adolescent et de l'adulte</i> »
	CIM 10 (1990)	Dans le chapitre « <i>Troubles de l'identité sexuelle</i> » la notion de « <i>Transsexualisme</i> » est définie comme suit : « Il s'agit d'un désir de vivre et d'être accepté en tant que personne appartenant au sexe opposé. Ce désir s'accompagne habituellement d'un sentiment de malaise ou d'inadaptation par rapport à son sexe anatomique et du souhait de subir une intervention chirurgicale ou un traitement hormonal afin de rendre son corps aussi conforme que possible au sexe désiré. » (40)
DSM IV (1994)		Suppression des diagnostics « <i>Transsexualisme</i> » et « <i>Troubles de l'identité de genre non-transsexuel de l'adolescent et de l'adulte</i> ». Un nouveau chapitre intitulé « <i>Troubles de l'identité sexuelle et du genre</i> » apparaît.
DSM IV R (2000)		Apparition de la notion de « <i>Dysphorie de genre</i> » qui est définie comme suit : (25) <ul style="list-style-type: none"> - <i>Identification intense et persistante à l'autre sexe (ne concernant pas exclusivement le désir d'obtenir les bénéfices culturels dévolus à l'autre sexe)</i> - <i>Sentiment persistant d'inconfort par rapport à son sexe ou sentiment d'inadéquation par rapport à l'identité de rôle correspondante</i> - <i>L'affection n'est pas concomitante d'une affection responsable d'un phénotype hermaphrodite</i> - <i>L'affection est à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.</i> <p>En 2009, une nouvelle version sera proposée pour la réécriture du DSM IV. La « <i>Dysphorie de genre</i> » va</p>

		être remplacée par la notion de « <i>Non-congruence de genre</i> ».
DSM V (2013)		<p>La notion de « <i>Dysphorie de genre</i> » fait son retour et peut être définie comme une <i>non-concordance de genre marquée entre le genre assigné et les expériences de genre vécues d'au moins 6 mois et qui se manifeste par au moins deux des indicateurs suivants : (41)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Une non-concordance de genre marquée entre les expériences de genre vécues et les caractéristiques sexuelles primaires ou secondaires.</i> - <i>Un désir fort de se débarrasser des caractéristiques sexuelles primaires ou secondaires d'un des deux sexes du fait d'une non-concordance marquée entre l'expérience de genre vécue et le genre assigné.</i> - <i>Une attirance forte pour les caractéristiques de l'autre sexe.</i> - <i>Un désir fort d'appartenir à l'autre sexe ou à tout autre genre alternatif différent du genre assigné.</i> - <i>Une volonté forte d'être reconnu comme appartenant à l'autre sexe ou à tout autre genre alternatif différent du genre assigné.</i> - <i>La conviction d'avoir des réactions et des sentiments appartenant à l'autre genre ou à tout autre genre alternatif différent du genre assigné.</i>
	Projet de la CIM 11 (2018)	Le terme « <i>Transsexualisme</i> » qui figurait depuis 1975 au chapitre des maladies mentales disparaît au profit de la dénomination « <i>Incongruence de genre</i> », incluse dans le chapitre dédié à la santé sexuelle.
	CIM 11 (2019)	La catégorie relative aux transidentités a été, pour la première fois, retirée des chapitres des troubles mentaux et du comportement. (28)

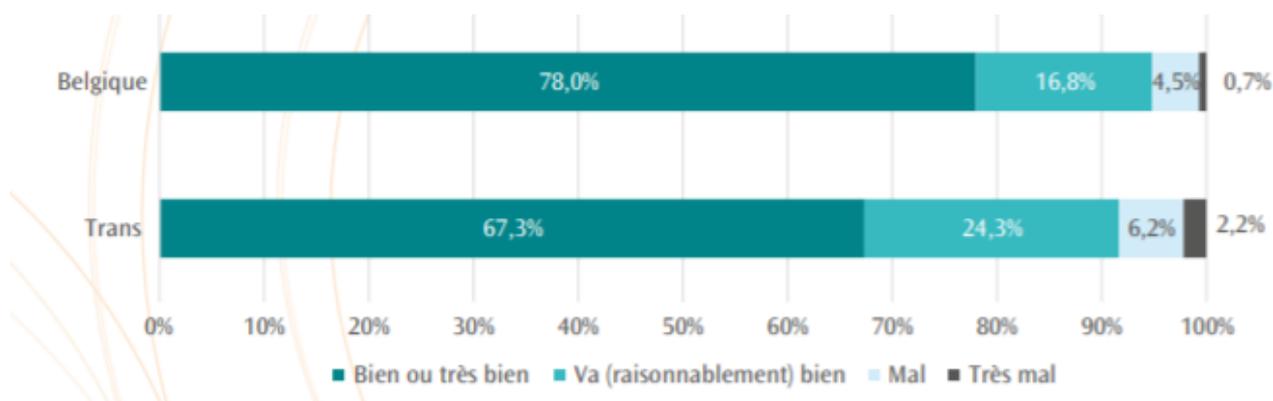


FIGURE 4 : RÉPONDANT-E-S DE L'ENQUÊTE ÊTRE TRANSGENRE EN BELGIQUE À PROPOS DE LEUR ÉTAT DE BIEN ÊTRE (n = 514) EN COMPARAISON AVEC UNE ENQUÊTE DE SANTÉ EN BELGIQUE DE 2013 (n = 6555) CHEZ DES PERSONNES AGÉES DE 15 ANS ET PLUS.

Source : Enquête « Être une personne transgenre en Belgique », 2017 (11)

TABLEAU 16 : RÉPONDANT-E-S DE L'ENQUÊTE ÊTRE TRANSGENRE EN BELGIQUE CONCERNANT LE SUICIDE (n = 519).

Source : Enquête « Être une personne transgenre en Belgique », 2017 (11)

	Nombre	Pourcentage
A déjà sérieusement pensé au suicide	400	77,1%
A pensé au suicide au cours des 12 derniers mois*	234	45,1%
A déjà tenté de se suicider	174	33,5%
A tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois	36	6,9%

TABLEAU 17 : MOLÉCULES UTILISÉES COMME TRAITEMENT HORMONAL (POSOLOGIE ,PRIX, CONTRE-INDICATION(S), EFFETS INDÉSIRABLES)

Sources : UpToDate: "Transgender women: Evaluation and management" (29) et CBIP

Molécules	Posologie recommandée	Prix (01/2021)	Contre-indications (CI) et Effets indésirables (EI)	Commentaires
Œstrogènes				
17-b-oestradiol valérate prise orale	2 à 4 mg/jour	8.53 euros pour 84 comprimés (co.)	CI : - Carcinome mammaire ou autres tumeurs hormono-dépendantes, ou antécédents. - Présence, antécédents ou risque élevé (p.ex. antécédents familiaux) de thromboembolie artérielle ou veineuse. - Insuffisance hépatique, affections hépatiques aiguës. EI : - Troubles gastro-intestinaux, prise de poids, rétention hydrosodée, crampes dans les membres inférieurs. - Modifications de la libido, céphalées, migraine, vertiges, troubles de l'humeur et dépression. - Dyslipidémie - Thrombose veineuse profonde pour la prise orale. - Ictère cholestatique. - Administration transdermique : irritations locales, réactions allergiques.	
17-b-oestradiol valérate en gel transdermiques	1.25 à 3 g/jour	7.12 euros pour 80g de gel 0.6mg/1g		Le risque de phénomène thromboembolique est moins important comparé à la prise orale.
17-b-oestradiol valérate en patches transdermiques	0.025 à 0.2 mg par 24h. Le patch doit généralement être changé une à 2 fois par semaine.	22.95 euros pour 26 patches de 0.025mg/24h qu'il faut changer 2x/semaine. 29.52 euros pour 26 patches de 0.05 mg/24h qu'il faut changer 2x/semaine.		Le risque de phénomène thromboembolique est moins important comparé à la prise orale.
Spironolactone				
Spironolactone prise orale (Antagoniste de l'aldostérone)	100 mg/jour	5.55 euros pour 100 co. de 100mg	CI : - Hyperkaliémie préexistante ou association à des suppléments de potassium - Insuffisance rénale sévère EI : - Hyperkaliémie - Impuissance - Hypotension artérielle	Un monitoring de la tension artérielle et des électrolytes et nécessaire.
Acétate de cyprotérone				
Acétate de cyprotérone prise orale (progestatif de synthèse)	25 à 50 mg/jour	24.05 euros pour 50 co. de 50mg	CI : - Tumeurs malignes (à l'exception du carcinome prostatique) - méningiome ou antécédents. - Diabète difficile à contrôler.	Utilisation controversée vu les nombreux effets indésirables

antagoniste de la 5-alpha-DHT)			<ul style="list-style-type: none"> - Thromboembolie artérielle ou veineuse, ou antécédents. - Dépression - Insuffisance hépatique, tumeurs du foie. <p>EI :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anomalies du sperme, hyperprolactinémie, diminution importante (voire totale) de la libido, bouffées de chaleur. - Neurasthénie, dépression, céphalées, troubles gastro-intestinaux, hépatotoxicité. - Thromboembolie veineuse. - Anémie - Diminution de la densité osseuse, élévation de la glycémie. - Méningiome en cas d'utilisation prolongée ou de doses élevées, tumeurs hépatiques. 	
Finastéride				
Finastéride (inhibiteur de la 5-alpha-réductase : empêche la transformation de la testostérone en DHT)	5mg/jour	59.28 euros pour 112 co. de 5mg	<p>CI :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance hépatique sévère et tumeurs hépatiques <p>EI :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Troubles de l'érection, diminution de la libido, troubles de l'éjaculation - Douleur au niveau des testicules. - Prise de poids; rash. - Troubles dépressifs, idées suicidaires. - Diminution de l'antigène prostatique spécifique (PSA) dont il faut tenir compte lors du dépistage du carcinome de la prostate. - Suspicion d'un risque accru de cancer du sein chez l'homme. 	Est peu utilisé comme traitement hormonal féminisant vu les EIs.
Agonistes de la GnRH				
Leuprolide	3.75 à 7.5 mg en sous-cutané 1x/mois ou 11.25 mg tous les 3 mois.	90.55 euros pour 2 seringues préremplies de 7.5mg	<p>CI :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patients orchidectomisés (car le médicament n'aura plus d'effet). - (Antécédent de) maladie cardiovasculaire. - Diabète difficilement équilibré 	Inhibe la sécrétion de gonadotrophines.
Goséréline	3.6 mg en implant sous-cutané 1x/mois	128.24 euros pour un implant sous-cutané de 3.6mg	<p>EI :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Troubles gastro-intestinaux. - Symptômes d'une carence en androgènes (bouffées de chaleur, troubles de l'érection, troubles de la libido, ...). - En cas d'utilisation chronique : diminution de la densité osseuse, risque accru de fracture et élévation de la cholestérolémie et de la glycémie. 	

Progestatifs				
Progestérone orale	100 à 200 mg/jour	3.03 euros pour 90 co. de 100mg	<p>CI :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cancer du sein ou cancer de la prostate ou antécédents. - Artériopathie sévère. - Insuffisance hépatique sévère et tumeurs hépatiques <p>EI :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Troubles gastro-intestinaux, rétention hydrosodée, prise de poids. - Diminution de la libido, céphalées, fatigue, tendances dépressives. - Dyslipidémie et intolérance au glucose. - Ictère cholestatique et urticaire. - Augmente le risque de développement d'un cancer du sein. - Augmenterait le risque cardiovasculaire. - troubles de l'érection, diminution de la libido, troubles de l'éjaculation. 	La progestérone n'est pas conseillée comme traitement hormonal féminisant car augmente les risques cardio-vasculaires.
Progestérone en gel transdermiques	2.5 à 5g/jour	9.11 euros pour 80g de gel de 10mg/g.		

TABLEAU 18 : EFFETS RECHERCHÉS LORS D'UNE MAJORATION DE L'IMPRÉGNATION OESTROGÉNIQUE ET D'UNE DIMINUTION DE L'IMPRÉGNATION ANDROGÉNIQUE LIÉES À LA PRISE D'UN TRAITEMENT HORMONAL (MOMENT DE DÉBUT D'APPARITION DES EFFETS APRÈS LA PRISE DU TRAITEMENT ET TEMPS MAXIMUM QU'IL FAUT POUR QUE LE TRAITEMENT N'INDUISE PLUS DE NOUVEAUX CHANGEMENTS)

Source : UpToDate: "Transgender women: Evaluation and management" (29)

Effet	Début	Maximum
Redistribution de la masse graisseuse	3 à 6 mois	2 à 3 ans
Diminution de la masse musculaire et de la force	3 à 6 mois	1 à 2 ans
Affinement de la peau et peau moins grasse	3 à 6 mois	Inconnu
Diminution de la libido	1 à 3 mois	3 à 6 mois
Diminution des érections spontanées	1 à 3 mois	3 à 6 mois
Croissance de la poitrine	3 à 6 mois	2 à 3 ans
Diminution du volume testiculaire	3 à 6 mois	2 à 3 ans
Diminution de la production de sperme	Inconnu	Plus de 3 ans
Changements de la voix	Pas de changement de la voix	/
Risque majoré d'alopecie si arrêt du traitement hormonal.	/	/

TABLEAU 19 : MONITORING DES PERSONNES TRANSGENRES SOUS TRAITEMENT HORMONAL :

Source : traduction en français du tableau provenant de l'article UpToDate: "Transgender women: Evaluation and management" (29)

1.	Evaluer la patiente tous les 3 mois durant la première année et puis, une à deux fois par an pour surveiller l'éventuel développement d'effets indésirables et observer les signes appropriés de féminisation.
2.	Mesurer la testostérone et l'œstradiol sérique tous les trois mois a. Les taux de testostérone sérique devraient être inférieurs à 50ng/dL b. Les taux d'œstradiol sérique devraient ne pas dépasser les 100 à 200 pg/mL
3.	Pour les individus prenant de la spironolactone, le dosage sérologique des électrolytes (en particulier le potassium) devrait être monitoré tous les 3 mois durant la première année et annuellement par après.
4.	Le dépistage de routine de cancers est recommandé, comme chez les individus non transgenres
5.	Envisager de tester la densité minérale osseuse. Chez les individus à faible risque, le dépistage d'ostéoporose devrait être réalisé à l'âge de 60 ans ou envisager ce dépistage chez les personnes qui ne sont pas compliantes avec le traitement hormonal.

Ce tableau présente les recommandations de haut grade et n'inclut pas les recommandations de bas-grade.

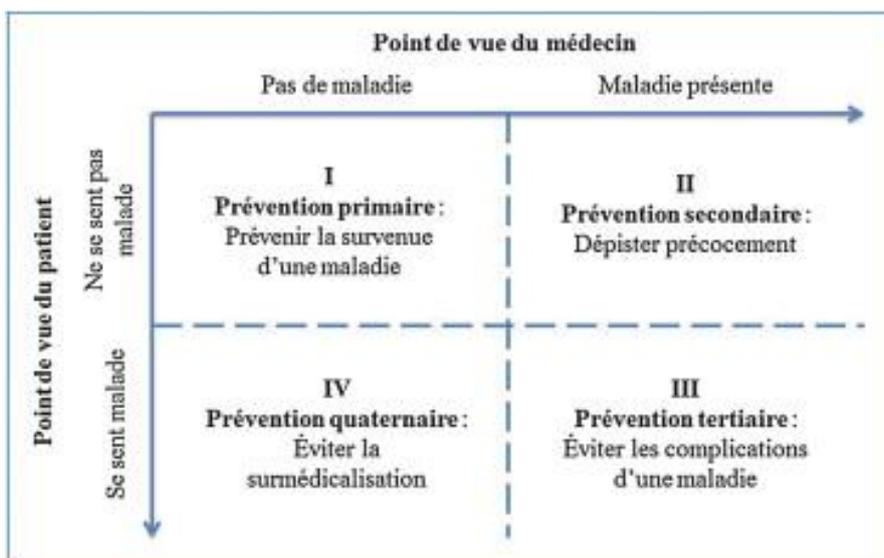


FIGURE 4 : QUATRE NIVEAUX DE PRÉVENTION MÉDICALE

Source: La presse médicale (42).

TABLEAU 20 : TABLEAU RÉCAPITULATIF DE L'ÉCHANTILLONNAGE :

Personne	Âge	Situation socio/familiale	Changement de la mention légale du « sexe » sur la carte d'identité	Initiation du/des traitement(s) hormonal(aux)	Molécule(s) prise(s) actuellement et dosage journalier	A bénéficié d'une orchidectomie
1	40 ans	En couple avec une femme cisgenre. 2 enfants de bas âge.	Oui	Septembre 2020	4 pressions d'œstrogel	Non, mais programmée
2	21 ans	Célibataire, étudiante à l'université	Oui	Novembre 2016	6 pressions d'œstrogel Utrogestan 100mg 1x/j	Non, mais l'envisage
3	50 ans	Marié·e avec une femme cisgenre.	Non S'identifie comme non-binaire.	Août 2020	2 pressions d'œstrogel	Non, ne l'envisage pas actuellement
4	36 ans	Célibataire	oui	Mars 2017	Spirolactone 25mg 1x/j Ethinyl oestradiol 2 mg 2x/j	oui
5	32 ans	En couple avec un homme cisgenre	oui	Non cité durant l'interview	Progynova 2mg 2x/j Utrogestan 100 mg 1x/j Aacifémine crème 1mg/g une dose/j	oui
6	40 ans	En couple avec une femme cisgenre, a un enfant.	oui	Décembre 2019	4 pressions d'œstrogel Utrogestan 100mg 1x/j	non
7	51 ans	Célibataire, a deux enfants	oui	01 juillet 2020	3 pressions d'œstrogel	oui
8	60 ans	En couple avec une femme cisgenre, a deux enfants	non	Début janvier 2021	1 pression d'œstrogel Utrogestan 100mg 1x/j	non
9	18 ans	étudiante	oui	31 novembre 2020	2 pressions d'œstrogel et Utrogestan 100mg 1x/j	non

TABLEAU 21 : PROFESSIONNEL·LE·S DE LA SANTÉ RENCONTRÉ·E·S DANS LE CADRE DE LA TRANSITION

Personne	Professionnel·le·s de la santé rencontré·e·s dans le cadre de la transition.
1	<ul style="list-style-type: none"> - Psychiatre - 2 médecins généralistes (dont une faisant partie du Réseau Psycho-Médico-Social Trans* et Inter* belge, l'autre étant la médecin de la famille) - 2 psychologues (dont une faisant partie de l'ASBL Genres Pluriels) - Logopède - Pharmacien·ne - ORL
2	<ul style="list-style-type: none"> - Gynécologue - Psychologue (faisant partie de l'ASBL Genres Pluriels) - Dermatologue - Pharmacien·ne

3	<ul style="list-style-type: none"> - Cardiologue - 2 psychologues (dont une faisant partie de l'ASBL Genres Pluriels)) - Logopède - Pharmacien·ne - 2 médecins généralistes (dont une faisant partie du Réseau Psycho-Médico-Social Trans* et Inter* belge, l'autre étant la médecin de la famille)
4	<ul style="list-style-type: none"> - Psychologue - 2 médecins généralistes (un en Belgique et un en Europe de l'est) - Gynécologue spécialisé dans les transidentités - Endocrinologue spécialisé dans les transidentités - Pharmacien·ne
5	<ul style="list-style-type: none"> - Endocrinologue, psychiatre, chirurgien urologue de l'équipe de genre de Gand - Chirurgien esthétique - 2 médecins traitants (dont une faisant partie du Réseau Psycho-Médico-Social Trans* et Inter* belge) - 2 psychologues (dont une faisant partie de l'ASBL Genres Pluriels) - Pharmacien·ne
6	<ul style="list-style-type: none"> - 2 médecins traitants (dont une faisant partie du Réseau Psycho-Médico-Social Trans* et Inter* belge) - Psychologue (faisant partie de l'ASBL Genres Pluriels) - Pharmacien·ne
7	<ul style="list-style-type: none"> - 2 médecins traitants (dont une faisant partie du Réseau Psycho-Médico-Social Trans* et Inter* belge) - Psychologue (faisant partie de l'ASBL Genres Pluriels) - Chirurgien urologue - Logopède - Pharmacien·ne
8	<ul style="list-style-type: none"> - Médecin traitant (faisant partie du Réseau Psycho-Médico-Social Trans* et Inter* belge) - Psychologue (faisant partie de l'ASBL Genres Pluriels) - Gynécologue (faisant partie du Réseau Psycho-Médico-Social Trans* et Inter* belge) - Psychiatre - Endocrinologue - Pharmacien·ne
9	<ul style="list-style-type: none"> - Médecin traitant/endocrinologue - Psychologue (dont une faisant partie de l'ASBL Genres Pluriels) - Pharmacien·ne - Hématologue

TABLEAU 22 : TRAITEMENT HORMONAL : MÉDECIN(S) PRESCRIPTEUR(S)/TRICE(S), MOLÉCULE(S) PRISE(S) ACTUELLEMENT, CHOIX DE CETTE/CES MOLÉCULE·S, BILAN RÉALISÉ AVANT D'INITIER LE TRAITEMENT.

Personne	Prescripteur(s)/trice(s)	Molécule(s) prise(s) actuellement et dosage journalier	Choix de cette/ces molécule·s	Examens réalisés avant d'initier le traitement
1	MT* faisant partie du Réseau Psycho-Médico-Social Trans* et Inter* belge	4 pressions d'œstrogel	Car comorbidités	- Cardiologue - Vaccin hépatite A et B - Bilan hépatique - Prise de sang générale + bilan hormonal
2	Gynécologue faisant partie du Réseau Psycho-Médico-Social Trans* et Inter* belge	6 pressions d'œstrogel Utrogestan 100mg 1x/j	Par le gynécologue	- Prise de sang générale + bilan hormonal
3	MT* faisant partie du Réseau Psycho-Médico-Social Trans* et Inter* belge	2 pressions d'œstrogel	Personnel après une recherche de littérature scientifique.	- Cardiologue - Prise de sang générale + bilan hormonal
4	Gynécologue spécialisé dans les transidentités pour l'éthinyl œstradiol MT* pour la spironolactone	Spironolactone 25mg 1x/j Ethinyl estradiol 2 mg 2x/j	Spironolactone : car problèmes de tension. Ethinyl œstradiol per os parce que l'œstrogel n'existerait pas en Europe de l'Est.	- Prise de sang générale + bilan hormonal (y compris thyroïdien) - Evaluation psychiatrique
5	Endocrinologue de l'équipe de genre de Gand MT*	Progynova 2mg 2x/j Utrogestan 100 mg 1x/j Aacifémine crème 1mg/g une dose/j	Décision personnelle	- Prise de sang générale + bilan hormonal
6	MT* faisant partie du Réseau Psycho-Médico-Social Trans* et Inter* belge	4 pressions d'œstrogel Utrogestan 100mg 1x/j	Non cité	- Prise de sang générale + bilan hormonal + bilan IST
7	MT* faisant partie du Réseau Psycho-Médico-Social Trans* et Inter* belge	3 pressions d'œstrogel	Selon l'avis de sa MT* et parce que pense que l'œstrogel est le plus sécurisant des traitements hormonaux.	- Prise de sang générale + bilan hormonal
8	MT* faisant partie du Réseau Psycho-Médico-Social Trans* et Inter* belge	1 pression d'œstrogel Utrogestan 100mg 1x/j	Selon l'avis du MT* et du gynécologue vu les comorbidités de la personne.	- Prise de sang générale + bilan hormonal + bilan IST - Ponction hépatique
9	MT*/endocrinologue	2 pressions d'œstrogel et Utrogestan 100mg 1x/j	Selon l'avis de sa MT*/endocrinologue	- Prise de sang générale + bilan hormonal - Bilan hématologique (vu les ATCD familiaux de mutation d'un facteur de coagulation)

*MT = médecin traitant *trans = transgenre *inter = intersexe

TABLEAU 23 : TRAITEMENT(S) HORMONAL(AUX) : EFFETS DÉSIRABLES REMARQUÉS, EFFETS INDÉSIRABLES REMARQUÉS, SATISFACTION.

Personne	Effets désirables remarqués	Effets indésirables remarqués	Satisfait·e du traitement
1	- Œstrogel : peau qui s'adoucit, poils qui s'affinent, poitrine qui se développe.	Non	Oui
2	- Œstrogel : poitrine qui se développe, meilleure texture de cheveux. - Progestérone : diminue les effets dépressifs des œstrogènes.	- Finastéride : perte de libido, sensation dépressive. - Œstrogel : humeur plus dépressive, épistaxis, irritation de la peau et eczéma.	Non pour le Finastéride, mitigée pour l'Utrogestan et satisfaite pour l'Œstrogel
3	- Œstrogel : redistribution de la masse graisseuse, poitrine qui se développe, diminution des érections spontanées	Non	Oui
4	- Ethinyl œstradiol : peau qui s'affine, poitrine qui se développe, graisses qui se redistribuent, émotionnellement plus sensible.	- Androcure : perte totale de libido. - Œstrogène en patch combiné avec un anti-hypertenseur : hypersudation, vertiges, faible tension. - Ethinyl œstradiol en comprimés : maux de tête.	Oui
5	- Utrogestan : amélioration de l'humeur (moins labile), amélioration de la souplesse du néovagin. - Association Androcure, Œstrogel et Utrogestan : peau plus douce, poils plus fins, poitrine qui se développe, graisses qui se redistribuent, diminution des érections.	- Association Androcure, Œstrogel et Utrogestan : bouffées de chaleur, augmentation de l'appétit avec prise de poids, tétons irrités, diminution de la libido, ongles plus cassants, diminution de l'endurance et des capacités physiques.	Oui mais certains effets désirables n'ont pas été suffisamment importants à son goût.
6	- Œstrogel : peau plus fine, répartition des graisses différente, musculature avec structure moins carrée, poitrine plus arrondie.	- Œstrogel : humeur avec sensation d'être plus sensible.	Oui
7	- Œstrogel : répartition des graisses différente, développement de la poitrine, n'a plus d'érections spontanées.	- Œstrogel : humeur plus labile et se sent beaucoup plus sensible.	Oui
8	- Œstrogel et Utrogestan : poitrine qui se développe, répartition différente des graisses.	- Œstrogel et Utrogestan : prise de poids, humeur plus labile.	Espère plus de son traitement
9	- Œstrogel : visage qui s'affine.	- Utrogestan : fatigue, augmente l'appétit.	Est surtout impatiente que les effets se marquent plus.

ATTENTION : Ce tableau détaille des observations relatives par les participant·e·s à l'étude et n'a pas de valeur scientifique.

ANNEXE 1 : LETTRE D'INVITATION À PARTICIPER À UN TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDE

Invitation à participer à un **travail de fin d'étude**.

Bonjour à vous,

Nous sommes deux étudiant·e·s en **médecine générale** et nous avons décidé de réaliser un travail de fin d'étude en collaboration avec l'ASBL Genres Pluriels.

Il n'existe actuellement aucune étude analysant les **attentes des personnes transgenres en ce qui concerne la relation patient·e/médecin généraliste dans le suivi d'une transition**.

L'objectif de ce travail sera d'informer et de donner des outils aux médecins généralistes pour qu'ils puissent accompagner une personne transgenre désireuse de prendre un traitement hormonal féminisant ou masculinisant.

=> Nous recherchons donc des personnes qui accepteraient de participer à une interview anonyme pour témoigner de leur expérience et de leurs attentes sur ce sujet.

Si vous ...

- Vous identifiez comme personne transgenre
- Etes majeur·e
- Parlez français
- Avez déjà pris ou déjà envisagé de prendre un traitement hormonal féminisant ou masculinisant dans le but de changer d'expression de genre
- Avez 1h30 de temps disponible pour participer à l'interview

... Nous avons besoin de vous !

Pour participer à l'étude, vous pouvez nous contacter :

francois.jansen@student.uclouvain.be (ou numéro de GSM : 04/ xxx)

Merci d'avance pour votre intérêt pour cette étude et votre collaboration.

Hanna Ballout et François Jansen

ANNEXE 2 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ AU· À LA PARTICIPANT·E

1. Je soussigné(e) (NOM, Prénom(s)),
déclare avoir lu l'information qui précède et accepter de participer à:

“Quelles sont les attentes des personnes transgenres vis-à-vis de leur médecin généraliste lors de la mise en place ou du suivi d'un traitement hormonal visant à modifier leur expression de genre? “

2. On m'a remis une copie de ce formulaire de consentement éclairé signé et daté, ainsi que de la note d'information destinée au·à la participant·e. J'ai reçu une explication concernant la nature, le but, la durée de l'enquête et j'ai été informé·e de ce qu'on attend de ma part. On m'a donné le temps et l'occasion de poser des questions sur l'enquête ; toutes mes questions ont reçu une réponse satisfaisante.

3. J'ai été informé·e de l'existence d'une assurance.

4. Je sais que cette enquête a été soumise et approuvée par le Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc - UCLouvain.

5. Je suis libre de participer ou non, de même que d'arrêter l'enquête à tout moment sans qu'il soit nécessaire de justifier ma décision et sans que cela n'entraîne le moindre désavantage.

6. En signant ce document, j'autorise l'utilisation des données me concernant dans le respect de

- la loi belge du 30 juillet 2018 relative à la protection de la vie privée ;
- la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient ;
- la loi du 7 mai 2004 relative à l'expérimentation sur la personne humaine ;
- les réglementations européennes (réglementation générale européenne sur la protection des données à caractère personnel [RGPD] du 25 mai 2018) et belges en vigueur.

7. Je n'ai subi aucune pression physique ni psychologique induite pour ma participation à l'enquête.

8. Je consens de mon plein gré à participer à cette enquête.

.....

...../...../20.....

Nom, prénom et signature

Date (jour/mois/année)

du/de la participant·e

Je, soussigné·e, (NOM, Prénoms) confirme que j'ai expliqué la nature, le but et la durée de l'enquête au/à la participant·e mentionné·e ci-dessus.

...../...../20.....

Signature de la personne qui procure l'information

Date (jour/mois/année)

ANNEXE 3 : GRILLE D'ENTRETIEN SEMI-DIRIGÉ

Thème	Question(s) ouverte(s)	Sous- question(s)	Justification(s)
Identité de genre	Pouvez-vous me raconter quel chemin vous avez parcouru pour découvrir votre identité de genre ?	<ul style="list-style-type: none"> • Vous sentiez-vous entouré-e ? Par qui ? • Que saviez-vous sur la transidentité ? • Avez-vous cherché à avoir plus d'informations à ce sujet ? • Où êtes-vous allé-e chercher cette information ? Où avez-vous trouvé des réponses à vos questions ? • Quel ressenti avez-vous eu durant ce parcours de découverte de votre identité de genre ? • Avez-vous pensé à en discuter avec votre médecin généraliste ? Pourquoi ? 	<p>Identification de l'entourage et/ou des structures de soutien de la personne.</p> <p>Identification des ressources et sources d'informations au sujet de la transidentité.</p> <p>Identification du ressenti que peut avoir la personne transgenre avant de se rendre chez son médecin généraliste ?</p> <p>Identification des freins qui pourraient empêcher la personne trans* à se rendre chez son médecin généraliste.</p>
Santé générale	Comment percevez-vous votre propre santé ?	<ul style="list-style-type: none"> • Pensez-vous que par rapport à la moyenne des gens de votre âge dans la population générale, vous êtes en meilleure ou moins bonne santé ? 	<p>Identification de la perception par le patient de sa propre santé.</p>
Soins de santé transspécifiques	Que connaissez-vous à propos des soins de santé transspécifiques ?	<ul style="list-style-type: none"> • Pensez-vous que, en tant que personne Trans* vous nécessitez de recevoir des soins qui seraient plus spécifiques par votre situation de personne trans* ? • Quelles sont vos sources d'informations sur les soins de santé transspécifiques ? 	<p>Identification par les personnes trans* des soins qui seraient spécifiques à leur situation.</p> <p>Identification des connaissances des personnes interrogées sur les soins de santé transspécifiques.</p> <p>Identification des ressources des</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous déjà contacté des associations spécialisées ? • Avez-vous déjà contacté d'autres personnes ayant traversé un parcours similaire au vôtre ? 	personnes interrogées à ce sujet.
Expériences avec le milieu médical	Pouvez-vous me raconter quelles ont été ou quelles sont vos expériences avec le milieu médical ?	<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous déjà eu de mauvaises/ de bonnes expériences avec le milieu médical ? pouvez-vous expliquer votre réponse ? 	Identification des expériences avec le milieu médical vécues par la personne qui pourraient influencer la relation patient-e-médecin.
Relation patiente-médecin	Comment vous sentez-vous lorsque vous êtes face à un professionnel de la santé ?	<ul style="list-style-type: none"> • De manière général, est-ce que vous avez l'impression que les praticiens que vous avez déjà consultés se sentent à l'aise avec le fait que vous soyez transgenre ? Si non, pourquoi pensez-vous qu'ils seraient mal à l'aise ? • Est-ce qu'il vous est déjà arrivé de reporter une visite chez un praticien par peur d'un jugement de sa part ? Quels pourraient être, selon vous des freins à se présenter à une consultation médicale ? 	<p>Identification du ressenti de la personne face à un professionnel de la santé et vice-versa.</p> <p>Identification des freins à se présenter à une consultation médicale.</p>
Relation patiente/médecin généraliste	<p>Comment décririez-vous la relation que vous avez avec votre médecin généraliste ?</p> <p>Comment avez-vous choisi votre médecin traitant ? Qu'attendez-vous de votre médecin généraliste ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quel rapport/lien entretenez-vous avec votre médecin généraliste ? Pourquoi pensez-vous entretenir ce type de lien ? Vous sentez vous à l'aise avec cette relation ? Pourquoi ? • Comment voudriez-vous que votre médecin généraliste vous aborde pour débiter la consultation ? 	<p>Identification des éléments qui pourraient influencer le type de relation que la personne peut avoir avec son médecin généraliste.</p> <p>Identification des attentes de la personne en ce qui concerne l'initiation de la consultation.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Pensez-vous que votre médecin généraliste possède les compétences requises pour procurer des soins transspécifiques Si non, quelles seraient ses lacunes ? 	<p>Identification de la perception des compétences et connaissances des médecins généralistes dans les soins transspécifiques par les personnes transgenres.</p>
Traitement hormonal	<ul style="list-style-type: none"> • Pouvez-vous me raconter les expériences que vous avez ou avez eu avec les traitements hormonaux féminisants ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Combien de temps s'est écoulé entre votre coming-out et votre désir de prendre de changer d'expression de genre par la prise d'hormones ? • Comment s'est déroulée l'initiation du traitement hormonal ? • Quel type d'hormone avez-vous pris ? Quelles ont été les raisons du choix de cette/ces molécule(s) ? • A quel dosage prenez-vous votre traitement ? • Y a-t-il eu un ou plusieurs changements de molécule(s) ou de dosage de cette/ces molécules ? • Depuis combien de temps prenez-vous ce traitement ? • Qui vous a prescrit ces traitements ? • Quelles informations avez-vous reçues lors de l'initiation de ce traitement ? • Qui vous a appris comment prendre ce traitement ? • Avez-vous dû faire certains examens médicaux avant de débiter le traitement ? Lesquels ? • Connaissez-vous d'autres noms de traitements 	<p>Identification des expériences vécues par les personnes avec les traitements hormonaux.</p> <p>Identifier comment se passe l'initiation et le suivi de la prise en charge par traitement hormonal pour les personnes interrogées.</p>

		<p>féminisants ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vous êtes-vous déjà procuré votre traitement autre part qu'en pharmacie ? • Aviez-vous des inquiétudes à l'initiation de ce traitement ? • Avez-vous reçu des mises en garde concernant votre traitement ? Lesquelles ? • Y a-t-il eu un suivi médical durant la prise de cette/ces hormone(s) ? En quoi consistait-il ? • Quels ont été les effets de ces molécules, après combien de temps sont-ils apparus ? • Avez-vous été satisfaite des effets de ces hormones ? • Quelles questions vous êtes-vous posées ou vous vous posez toujours concernant votre traitement hormonal ? • A quelle fréquence avez-vous vu/ voyez-vous votre médecin pour le suivi de cette prise en charge par traitement hormonal ? • Jusqu'à quand pensez-vous devoir prendre votre traitement ? • Avez-vous déjà pensé à arrêter votre traitement ? • Avez-vous déjà eu des regrets par rapport à votre traitement hormonal ? 	
--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous déjà eu des doutes sur la nécessité de prendre votre traitement ? • Avez-vous déjà arrêté votre traitement ? Pour quelle raison ? 	
Transition	<ul style="list-style-type: none"> • Pouvez-vous me raconter comment s'est passé et comment vous avez vécu votre transition ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Quel était votre ressenti durant votre transition ? • Est-ce que ça a été une bonne ou mauvaise expérience pour vous ? • Vous sentiez vous bien entourée ? • Avez-vous rencontré d'autres personnes que votre médecin généraliste dans le cadre de votre transition ? Ces personnes ont-elles l'habitude d'être en contact avec des personnes trans* ? Par quel moyen avez-vous trouvé ces contacts ? 	<p>Identification du ressenti et du vécu de la transition.</p> <p>Identification des personnes ressources dans le cadre de la transition.</p>
Aspect financier	<ul style="list-style-type: none"> • Que pouvez-vous me dire sur l'aspect financier d'une transition ? 	<ul style="list-style-type: none"> • De manière générale combien vous coûte par mois votre transition ? • Existe-il des remboursements pour les soins que vous effectuez dans le cadre de votre transition ? 	<p>Identification de l'impact financier d'une transition</p>
Examen clinique	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle serait, selon vous, la place de l'examen clinique chez une femme trans* qui désirerait initier ou réaliser le suivi d'une prise en charge par traitement hormonal ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous déjà eu de bonnes ou mauvaises expériences en ce qui concerne l'examen clinique en consultation médicale ? • Cet examen vous semble-t-il essentiel ? • Comment souhaiteriez-vous que votre médecin généraliste s'y prenne pour vous examiner ? 	<p>Identification du rapport des personnes transgenres interrogées avec leur corps.</p> <p>Identification des expériences vécues par les personnes transgenres interrogées en ce qui concerne l'examen clinique médical.</p> <p>Identification de la place de l'examen</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Quel est votre rapport avec votre corps ? • Pensez-vous qu'il y a une différence entre la manière dont les autres vous voient et la façon dont vous vous voyez vous-même ? 	clinique selon les personnes interrogées.
Sexualité	Quelles conversations liées à la sexualité avez-vous déjà eu avec votre médecin traitant ?	<ul style="list-style-type: none"> • Votre vie sexuelle a-t-elle changé depuis votre transition ? En quoi a-t-elle changé ? • Avez-vous déjà eu l'occasion de parler de santé sexuelle avec un praticien ? Comment cela s'était-il passé ? Le sujet avait-il été abordé par vous-même ou avait-il été introduit par le praticien ? • Comment souhaiteriez-vous que votre médecin généraliste aborde les questions relatives à la sexualité avec vous ? 	<p>Identification de l'impact qu'a eu la transition des personnes interrogées sur leur sexualité.</p> <p>Identification des attentes des personnes interrogées vis à vis du médecin traitant en ce qui concerne les discussions liées à la sexualité</p>
Fertilité/parentalité	<ul style="list-style-type: none"> • Que pensez-vous de la fertilité et de la parentalité chez les femmes transgenres ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous déjà discuté de fertilité/parentalité avec un praticien ? Comment cela s'était-il passé ? • Pensez-vous que ce sont des questions qu'il faut aborder en consultation de médecine générale ? • Comment voudriez-vous qu'on les aborde ? • Pensez-vous que votre traitement hormonal peut avoir un impact sur la fertilité/parentalité ? • Quelles seraient vos inquiétudes en ce qui concerne la parentalité chez les personnes trans*? 	<p>Identification des inquiétudes des personnes transgenres en ce qui concerne la fertilité et la parentalité.</p> <p>Identification des attentes des personnes interrogées vis à vis du médecin traitant en ce qui concerne les discussions liées à la fertilité/parentalité.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous consulté un-e autre professionnel-le de santé pour des questions de fertilité/parentalité ? 	
Santé mentale	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'évoque chez vous la "santé mentale" chez les personnes trans* ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Pensez-vous que le fait d'être transgenre engendrerait une réticence à se rendre en consultation chez un psychologue ou psychiatre s'il y a indication de s'y rendre ? • Le traitement hormonal a-t-il provoqué un changement en ce qui concerne votre santé mentale ? • Pensez-vous que le médecin généraliste a un rôle à tenir dans votre santé mentale ? • Votre médecin généraliste vous a-t-il déjà conseillé de voir un psychologue/psychiatre ? Comment s'y est-il pris ? comment avez-vous reçu ce conseil ? 	Identification des barrières à l'accès de soins psychologiques/psychiatriques chez les personnes transgenres.
Prévention	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'attendez-vous de votre médecin généraliste en termes de médecine préventive ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Que connaissez-vous de la médecine préventive/dépistages ? • Avez-vous déjà discuté avec votre médecin traitant de dépistages (prise de sang, analyse de selles, IST, examen de la prostate, prévention dans l'usage de drogues, ...) • Comment voudriez-vous que le médecin généraliste s'y prenne pour aborder cette thématique ? 	Identification des attentes des personnes interrogées vis à vis du médecin traitant en ce qui concerne la médecine préventive.
Société	<ul style="list-style-type: none"> • Pensez-vous qu'il y a eu une évolution dans l'acceptation de la transidentité au sein de la société ? 		Identification de l'impact de la société sur la transidentité et l'acceptation de soi en

	<p>(Belge, européenne, mondiale) Cela a-t-il eu un impact sur votre vie au quotidien ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • En quoi la société dans laquelle nous vivons représente un frein à l'acceptation de soi en tant que personne trans* ? • Pensez-vous que la société dans laquelle nous vivons a eu une influence sur votre désir de prendre un traitement hormonal pour changer d'expression de genre ? 		<p>tant que personne transgenre</p>
<p>Amélioration de la prise en charge des personnes transgenre en milieu médical.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si vous deviez donner des conseils à une personne qui souhaite changer d'expression de genre, quels conseils lui donneriez-vous ? • Qu'est ce qui pourrait, selon vous, être mis en place pour améliorer la prise en charge en milieu médical d'une personne transgenre ? Et chez le médecin généraliste ? • Quelles sont les pratiques à ne pas faire ou à encourager d'un-e médecin généraliste qui réaliserait le suivi d'une transition ? 		<p>Identification des pistes d'amélioration de prise en charge des personnes trans* en médecine générale.</p>

**ANNEXE 4 : AVIS FAVORABLE DU COMITÉ D'ÉTHIQUE HOSPITALO-FACULTAIRE SAINT-LUC DE
L'UNIVERSITÉ CATHOLIQUE DE LOUVAIN**



Université Catholique de Louvain
Faculté de médecine



Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire

Bruxelles, ce 1 février 2021

A l'investigateur responsable:

Mme Aurore DUFRASNE

ASBL Genres Pluriels

Rue du Marché au charbon 42

1000 Bruxelles

Cc : hannaballout@gmail.com;

francois.jansen@student.uclouvain.be

Support@genrespluriels.be

AVIS FAVORABLE avec remarques

Concerne : 2020/16DEC/628

N° Protocole : MASTER

Acronyme : n/a

Intitulé : Quelles sont les attentes des personnes transgenres vis-à-vis de leur médecin généraliste lors de la mise en place ou du suivi d'un traitement hormonal visant à modifier leur expression de genre?

Cher Collègue,

Le Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc - UCL a pris connaissance de l'étude susmentionnée. Nous avons examiné l'ensemble des documents concernant cette étude,.

Notez cependant deux remarques concernant les documents. Veuillez faire ces corrections sans modifier la date ni le numéro de version des documents :

- **Invitation à participer à un travail de fin d'étude :** Veuillez corriger « outils aux médecins généralistes pour qu'ils puissent » par « pour qu'ils puissent »...
- **Document d'information et de consentement :** Il faut rajouter les coordonnées de l'assurance comme suit : « Ethias SA, rue des Croisiers n° 24 à 4000 Liège, police n° 45.399.955 »

Voici les documents approuvés :

- Formulaire de soumission simplifiée, reçu le 16/12/2020
- Document de Réponse au CE, Version 1.1 datée du 13/01/2021
- Protocole de l'étude, Version 1.2 datée du 13/01/2021
- Résumé, Version 1.2 datée du 13/01/2021
- Document d'information et de consentement participant, Version du 24/11/2020
- Grille d'entretien, Version du 15/12/2020
- "Invitation à participer à un travail de fin d'étude.", Version 1.1 datée du 13/01/2021
- CV signé et daté du PI et des Co-PI, reçus le 16/12/2020
- Certificat d'assurance Ethias, datée du 01/12/2020
- Questionnaire 1 GDPR signé, reçu le 16/12/2020

En tant que comité d'éthique principal désigné par le promoteur (unique en Belgique), selon les directives de la loi du 07 mai 2004, nous donnons un avis favorable définitif à ce projet.

Promenade de l'Alma 51 bte B1.43.03 - 1200 Bruxelles
Tél. : 02/764.55.14

E-mail : commission.ethique-saintluc@uclouvain.be

Page 1 sur 2
CEHF-FORM-076_v2

Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire

Nous rappelons à l'investigateur qu'il est personnellement responsable de cette étude et au promoteur qu'il est responsable de la conformité linguistique des formulaires d'information et de consentement.

Aucun participant ne peut être admis dans une expérimentation ou un essai clinique avant que le comité d'éthique (IRB/IEC) n'ait donné un avis écrit favorable au projet.

Aucune modification ni changement au protocole ne peut être mis en route sans l'approbation préalable écrite du comité d'éthique à l'amendement approprié excepté les situations prévues dans les bonnes pratiques cliniques (BPC/GCP).

Le comité d'éthique principal déclare qu'il procède selon les directives ICH/GCP, les lois et règlements applicables, et ses propres procédures écrites.

Le comité d'éthique principal déclare qu'aucun de ses membres ayant une affiliation avec l'étude ou le sponsor n'a voté pour cette étude.

Une liste des membres actuels est jointe en annexe.

Le comité d'éthique principal sera continuellement informé de tous les SUSAR et déviations liés à ce protocole et qui se sont produits en Belgique.

Le comité d'éthique sera également informé du statut de l'étude sur base continue (comme requis par les directives ICG-GCP 4.10.1).

Nous vous prions d'agréer, cher Collègue, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

I. de HEMPTINNE
Membre CEHF

Prof. J.-M. MALOTEAUX
Président

