

L'influence des transitions sur les habitudes alimentaires de la population transgenre

Bellemans

Dorian

Promotrice : Gelinne Catherine

Coordinateur : Simon Jean-François

TFE réalisé en vue d'obtenir le Titre de Bachelier en Diététique

Année académique 2024 – 2025



L'influence des transitions sur les habitudes alimentaires de la population transgenre

Bellemans

Dorian

Promotrice : Gelinne Catherine

Coordinateur : Simon Jean-François

TFE réalisé en vue d'obtenir le Titre de Bachelier en Diététique

Année académique 2024 – 2025



Remerciements

En préambule de ce travail, je souhaiterais exprimer ma profonde gratitude à toutes les personnes ayant contribué, de près ou de loin, à la réalisation de ce travail.

Je tiens à remercier ma promotrice, Madame Gelinne, diététicienne et professeure à la Haute Ecole Provinciale en Hainaut Condorcet à Tournai, pour ses conseils, mon encadrement et qui s'est toujours montrée disponible et à l'écoute tout au long de la réalisation de son travail de fin d'études.

Je témoigne ma gratitude envers mon coordinateur, Monsieur Simon, chef de service de gynécologie-obstétrique au CHU Ambroise à Mons, pour le temps accordé et l'aide précieuse tout au long de ce projet.

Je remercie également chaleureusement l'association Genres Pluriels pour la formation obtenue me permettant d'aborder au mieux le sujet, mais aussi son soutien au long de la rédaction, ainsi que pour les conseils pertinents qui ont nourri ma réflexion et enrichi considérablement la qualité de mon travail.

Mes remerciements s'adressent aussi aux personnes ayant accepté de répondre à mon questionnaire, sans qui ce travail n'aurait pas pu aboutir.

Un merci particulier à mes proches, ma famille et mes ami·e·s, pour leur soutien constant, leurs encouragements et leur patience durant cette année intense. Leur présence a été un véritable appui, un véritable moteur.

Table des matières

Introduction.....	1
Partie Théorique	3
Le concept d'identité de genre·s	4
1. Définition	4
1.1. Les sexes	4
1.2 Les genres.....	5
1.3 Les expressions de genres	6
1.4 Mise en pratique (6)	6
Les cisidentités	7
1. Définition	7
Les transidentités.....	8
1. Définition	8
2. Histoire des transidentités	8
3. Les types d'identités de genre·s transidentitaires	11
3.1 Les genres binaires (14).....	11
3.2 Les genres non binaires.....	12
4. Les transitions	13
4.1. Les parcours de transition	15
Les aspects nutritionnels et diététiques.....	30
1. Les considérations nutritionnelles (22) (23) (24) (27) (45)	30
2. Avant la transition	32
3. Pendant / après la transition (22) (25) (26) (45).....	32
4. L'impact de la pression sociale sur les habitudes alimentaires (27)	35
5. Les troubles du comportement alimentaire (28) (29) (30)	36
Partie pratique	39
Méthodologie.....	40
1. Objectif de l'étude	40
2. Hypothèse de départ.....	40
3. Lieu et période de l'étude	40
4. Description de l'échantillon	41
5. Méthode de récolte de données	41
6. Principe du questionnaire.....	41

7.	Méthode d'analyse des données	42
8.	Résultats.....	42
8.1	Les informations générales.....	43
8.2	Les habitudes alimentaires avant/pendant/après la transition.....	50
8.4	Les soins de santé	68
8.5	Les troubles du comportement alimentaire	71
	Discussion.....	73
1.	Introduction	73
2.	Analyse générale de l'échantillon global	73
2.1	Présentation de l'échantillon global	73
2.2	Discussion sur les habitudes alimentaires.....	74
2.3	Discussion sur les troubles du comportement alimentaire	81
2.4	Discussion sur l'accès à des soins de santé	83
3.	Conclusion de la discussion.....	84
	Conclusion	86
	Bibliographie.....	87
	Résumé.....	92

Liste des abréviations

- TFE : Travail de fin d'études
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- CIM : Classification internationale des maladies
- HAS : Haute Autorité de Santé
- Trans* : Transgenre
- TH : Traitement hormonal
- SNAP : Programme d'aide nutritionnelle supplémentaire
- SES : Statut socio-économique
- LGBTQIA+ : lesbiennes, gays, bisexuel·le·s, trans*, queer, intersexué·e·s, asexuel·le·s et autres
- TCA : Trouble du comportement alimentaire
- VVPO : Viandes, volailles, poissons et oeufs
- VVPOLAV : Viandes, volailles, poissons, œufs, légumineuses et alternatives végétales
- DEBQ : Dutch Eating Behaviour Questionnaire

Liste des tableaux

Tableau 1 : Effets TH féminisant.....	21
Tableau 2 : Effets TH masculinissant	22
Tableau 3 : Les contre-indications	23
Tableau 4 : Modifications des TH masculinissant et féminissant	33
Tableau 5 : Modifications des TH masculinissant et féminissant	34
Tableau 6 : Modifications des TH masculinissant et féminissant	34
Tableau 7 : Modifications des habitudes alimentaires potentielles selon le TH	79

Liste des figures

Figure 1 : Modèle conceptuel de l'interrelation entre les facteurs alimentaires/nutritionnels, les facteurs sociétaux, les comportements et la santé dans la communauté LGBTQIA+	31
Figure 2 : Considérations nutritionnelles cliniques et psychosociales auprès des populations transgenres et non conformes au genre	33
Figure 3 : Résultats question 1	43
Figure 4 : Résultats question 2	44
Figure 5 : Résultats question 3	46
Figure 6 : Résultats question 4	47
Figure 7 : Résultats question 5	49
Figure 8 : Résultats questions 6 et 15	50
Figure 9 : Résultats questions 7 et 19	52
Figure 10 : Résultats questions 8 et 18	53
Figure 11 : Résultats questions 9 et 20	54
Figure 12 : Résultats questions 10 et 21	56
Figure 13 : Résultats questions 11 et 22	57
Figure 14 : Résultats questions 12 et 23	58
Figure 15 : Résultats questions 13 et 24	60
Figure 16 : Résultats questions 14 et 25	61
Figure 17 : Résultats question 16	62
Figure 18 : Résultats question 17	63
Figure 19 : Résultats question 18	64
Figure 20 : Résultats question 27	65
Figure 21 : Résultats question 28	66
Figure 22 : Résultats question 29	67

Introduction

De nos jours, plus que jamais, la diversité de genre·s est une réalité qui touche toutes les cultures, les sociétés. La reconnaissance des identités transgenres suscite de nombreux débats, mais aussi un pas en avant vers davantage de droits et d'inclusivité. Derrière ces progrès sociaux se cache une question relativement peu explorée : l'influence des transitions, sociales et/ou médicales, sur les habitudes alimentaires de la population transgenre. Comment les transitions influencent-elles la relation à l'alimentation ? Il s'agit d'une question cruciale à laquelle ce travail tentera de répondre.

Dans le cadre de différentes revues systémiques de la littérature sur la santé et la nutrition dans la communauté transgenre, il a été observé que les minorités de genre·s sont plus exposées aux risques de disparités en matière de santé et de nutrition que la population cisgenre. **(22) (24)**

Les expériences de stigmatisation et de discrimination sont associées à une diminution de la qualité mentale et à une détresse psychologique, qui sont des facteurs de risque de développer différents troubles de l'alimentation. **(24) (38)**

D'autres disparités nutritionnelles rencontrées par la population transgenre, en association avec des traitements hormonaux (TH), comportent un risque accru d'insécurité alimentaire, d'insatisfaction et de complications liées au poids. **(24)**

Il est souligné la faible existence de la littérature sur les préoccupations diététiques et les directives de soins nutritionnels pour cette population. **(22) (24)**

Ces failles montrent l'importance de donner la priorité aux besoins de cette population, mais aussi d'élaborer des recommandations nutritionnelles de santé publique adaptées.

C'est pour cela qu'il me semble logique, dans un premier temps, que mon travail se porte sur l'influence des transitions. Ma question de recherche est la suivante : « *Les habitudes alimentaires de la population transgenre sont-elles influencées par la prise de TH éventuels lors des transitions ?* » Si tel est le cas, quels sont les impacts, bénéfiques et/ou négatifs ?

Mon hypothèse est que la transition impacte de manière significative leurs comportements alimentaires. Je présume que, si influence il y a, ces changements découlent à la fois des modifications physiologiques liées aux traitements hormonaux, mais aussi de la pression sociale et psychologique à laquelle fait face cette population. Ce travail cherchera à vérifier cette hypothèse en élaborant un questionnaire centré sur les habitudes alimentaires avant et après les transitions, tout en faisant un lien avec l'apparition possible de troubles alimentaires et l'accès aux soins. Il permettra de vérifier comment les transitions influencent les habitudes alimentaires et la qualité de vie.

Le choix du sujet est motivé par diverses raisons. Dans un premier temps, il s'agit d'une curiosité personnelle : c'est un domaine complètement inconnu pour moi, qui à mon avis, est essentiel à maîtriser dans une société en constante évolution comme la nôtre. Ensuite, mon choix est également motivé par un intérêt professionnel. La population transgenre requiert une prise en charge diététique spécifique et distincte des approches conventionnelles. Ce travail permettra d'aider à améliorer leur prise en charge individualisée. Finalement, j'y trouve aussi un intérêt pédagogique. En encourageant la recherche sur les habitudes alimentaires des personnes transgenres, nous contribuons à la création de ressources plus inclusives et diversifiées dans le domaine de la nutrition et de la santé publique.

Partie Théorique

Le concept d'identité de genre·s

1. Définition

Il est important de commencer par définir plusieurs notions reliées entre elles, mais totalement différentes. Celles-ci sont au centre de la réalisation de ce travail.

1.1. Les sexes

Tout d'abord, il est primordial de faire la distinction entre les genres et les sexes. Comme l'explique Genres Pluriels¹, le sexe est « **l'ensemble de caractéristiques arbitrairement utilisées pour scinder certaines espèces animales, dont les êtres humains, en deux catégories : les mâles et les femelles.** » (1)

Les humains sont classés en 2 catégories : « mâle et femelle ». L'humain a l'habitude et aime classer et catégoriser de manière binaire. Cependant, la classification binaire n'est pas adéquate.

Certaines personnes présentant des variantes au niveau d'une ou plusieurs caractéristiques ne peuvent donc pas être catégorisées en tant que mâles ou femelles : il s'agit des personnes intersexuées, dont l'existence et l'identité sont invisibilisées, voire niées, par l'idéologie binaire.

L'intersexuation, se définit « **comme une manière de décrire les caractères sexuels biologiques d'une personne, notamment ses organes génitaux, ses gonades, ses taux d'hormones et ses chromosomes** » qui ne correspondent pas à la norme des sexes mâle et femelle. Les personnes intersexuées peuvent ne pas correspondre entièrement aux catégories mâle ou femelle, ou avoir des caractéristiques mâles et femelles de manière simultanée. (2)

Une classification binaire devient dès lors non adaptée, car cela revient à exclure les personnes intersexuées qui sont estimées à 1,7 % des naissances. En revanche, si la classification n'est pas adaptée, que convient-il d'utiliser ? (3)

¹ Une association œuvrant au soutien, à la visibilité, à la valorisation, à l'amélioration des droits et à la lutte contre les discriminations qui s'exercent à l'encontre des personnes transgenres/aux genres fluides et intersexes.

En réalité, nous possédons plusieurs sexes **(4) (45)** :

- **Le sexe génétique / chromosomique** : mâle ou femelle ou intersexué·e. (46 chromosomes XY ou XX, XXY, etc.)
- **Le sexe anatomique** : pénis ou vulve ou intersexué·e.
- **Le sexe hormonal** : testostérone ou œstrogènes ou intersexuation.

1.2 Les genres

Par ailleurs, l'association définit le genre comme « **un construit socio-culturel et non pas une donnée naturelle. Contrairement à l'idée reçue qui persiste dans les mentalités et les discours, sexe et genre ne sont pas des notions ni des expressions interchangeables. Pourtant, le postulat arbitraire confondant sexe et genre entraîne, chez les êtres humains, l'assignation automatique, dès la naissance, non seulement du sexe mais aussi du genre.** » **(1)**. Cela met en avant qu'il est ancré dans la population que le genre doit automatiquement correspondre au sexe attribué à la naissance, mais aussi que ces deux termes ont la même signification.

Pourtant, la classification sur base du sexe attribué à la naissance n'est pas suffisante pour définir le genre.

Genres Pluriels relate que l'identité de genre d'une personne se réfère au·x genre·s auquel/auxquels il·elle s'identifie.

La licorne du genre montre bien que le·s genre·s d'une personne ne peut/ peuvent pas être défini·s uniquement sur le seul fondement du sexe assigné à la naissance. **(annexe 1)**

Le·s genre·s exprimé·s par une personne n'est/ne sont pas nécessairement congruent(s)² au sexe assigné à la naissance. Il est possible qu'un individu s'identifie à un genre, à plusieurs genres ou, à l'inverse, à aucun genre en particulier. Cela ouvre un champ des possibles à toute une série de terminologies qui seront mises en évidence dans la suite de ce travail. **(1)**

² Adjectif : du latin *congruens*, *-entis*, qui s'accorde. Littéraire. Qui est en rapport, assorti avec quelque chose.

1.3 Les expressions de genres

Les expressions de genres, dernière notion définie dans le cadre de ce travail, est une notion fondamentale. Elle correspond à l'ensemble des façons dont les personnes expriment leur identité de genre et à la manière dont celle-ci est perçue par la société. Une personne peut exprimer son/ses genre·s au travers de son apparence, de ses tenues, de ses comportements ou encore de son langage. **(1) (45)**

Elle peut être qualifiée de masculine, féminine, androgyne³. Généralement, l'expression de genre correspond à l'identité de genre·s des personnes, mais ce n'est pas systématiquement le cas. De plus, l'expression de genre n'est pas fixée et peut englober des formes occasionnelles ou temporaires d'expression, qu'elles soient en accord ou non avec les identités de genre·s des personnes. **(1)**

1.4 Mise en pratique (6)

Cette figure a pour but de mettre en pratique l'ensemble des notions mentionnées ci-dessus. **(annexe 2, créée par Genres Pluriels)**

Il est facilement observable que, pour parler de genre·s, il faut aborder le sujet sous 3 dimensions indissociables l'une de l'autre. Il est facilement observable sur ce schéma qu'une multitude de genres est possible et est propre à chacun·e.

Chaque personne peut se situer où elle le souhaite, cela constitue un spectre.

³ Adjectif : du latin androgynus. Littéraire : se dit d'une personne dont l'expression de genre se situe entre féminine et masculine.

Les cisidentités

1. Définition

Avant d'aborder les transidentités, il semble pertinent de se situer dans le contexte et d'expliquer la notion des cisidentités pour ensuite mieux aborder et comprendre les transidentités.

On ne retrouve pas distinctement dans la littérature une définition officielle des cisidentités émise par un organisme de santé officiel. Cependant, celles-ci sont définies implicitement et largement discutées dans de nombreuses revues scientifiques, recherches et discussions sur les genres. **(7) (8) (45)**

Les cisidentités sont l'antonyme des transidentités. La cisidentité signifie qu'une personne est cisgenre. Le terme cisgenre est un terme revenant souvent dans la littérature transgenre, car celui-ci est l'opposé même de ce concept.

Ce terme est utilisé pour désigner une personne dont le genre assigné à la naissance est relativement en concordance avec l'identité de genre actuelle ressentie de la personne, mais aussi relativement en adéquation avec le rôle social attendu (et par extension avec l'expression de genre). Pour illustration, une personne assignée mâle à la naissance et se définissant librement en tant qu'homme. **(1) (9) (45)**

Par définition, une femme cisgenre est une personne née femelle et qui s'identifie librement comme étant une femme et est en concordance avec le rôle sociétal attendu.

Par définition, un homme cisgenre est une personne née mâle et qui s'identifie librement comme étant un homme et est en concordance avec le rôle sociétal attendu.

La définition de ce concept permet de faciliter la compréhension de celui des transidentités. Le concept cisgenre permet de minimiser la manière de penser selon laquelle s'aligner sur le genre assigné à la naissance est l'unique façon de vivre ou encore la plus répandue. Ce terme met en avant que s'aligner sur le genre assigné à la naissance n'est pas la seule forme possible de genre et est une des nombreuses façons de vivre son identité de genre-s.

En reconnaissant les cisidentités comme l'un des genres possibles, cela déconstruit les préceptes et ouvre la voie à une vision plus inclusive des identités de genre-s.

Les transidentités

1. Définition

La transidentité est un concept identitaire complexe avec une prévalence incertaine dans la population, car toutes les personnes transgenres ne suivent pas nécessairement un trajet médical et/ou juridique. L'évaluation du nombre de personnes transgenres varie en fonction de la méthode de l'étude et de la définition des « cas » retenue. Cependant, il a été observé des tendances haussières systématiques dans la proportion de personnes transgenres. La population trans* (transgenre) est tout de même estimée entre 2 à 3 % de la population belge. **(9) (45)**

Il n'existe pas de définition unique pour les transidentités reconnue par toutes les organisations, c'est un terme large qui englobe un large spectre d'identités de genre-s qui diffèrent du genre assigné à la naissance. Le terme transidentité est d'ailleurs un terme générique permettant de décrire toute identité de genre-s autre que cisgenre, c'est-à-dire transgenre.

Le terme transgenre désigne une personne dont l'identité de genre diffère de celle habituellement associée au genre qui lui a été assigné à la naissance. Il s'agit d'un terme parapluie regroupant une diversité d'identités de genre-s, autodéterminées par chaque personne. Il est important de retenir qu'une personne transgenre ne l'est pas nécessairement ou uniquement d'une perspective corporelle : est transgenre tout-e individu-e qui se questionne et/ou ne s'identifie pas complètement aux rôles sociaux généralement associés au genre assigné à la naissance. **(1) (45)**

2. Histoire des transidentités

De nombreuses preuves indiquent l'existence des transidentités à travers les différentes époques de l'humanité. Que ce soit par des récits (de Gala et Galli) ou encore par des cultures telles que les autochtones d'Amérique reconnaissant l'existence d'un troisième genre (two-spirit). La reconnaissance de cette population est marquée par différentes étapes majeures. **(10)**

Bien que l'histoire des transidentités commence probablement bien avant cela, ce terme est apparu en Allemagne au début du XX^e siècle. Tout commence avec le Dr. Magnus Hirschfeld (1868-1935). Celui-ci décrivait des personnes exprimant le sentiment que leur sexe anatomique ne correspondait pas à celui auquel elles ont l'impression d'appartenir. **(11) (12)**

Il fut d'ailleurs le premier à utiliser le terme transsexuel·le. Ce terme n'est plus utilisé et est à proscrire. En effet, ce terme est issu du vocabulaire psychiatrique et est problématique à plusieurs égards.

Selon lui, la première mammectomie aurait eu lieu en 1912 dans le cadre d'une transition. **(12)**

En 1930, il est relaté la première intervention chirurgicale génitale sur Dora « Dorchen » Richter (1891-1933). Elle a été la première personne connue à bénéficier d'une première intervention chirurgicale génitale. Elle est alors la première femme trans* à la suite d'une orchietomie, d'une pénectomie et d'une vaginoplastie. Malheureusement, l'arrivée du nazisme interrompt les recherches d'Hirschfeld et de ses disciples.

Dans le même temps, au Danemark, il s'est produit aussi une intervention chirurgicale génitale en 1930-31 sur Lili Elbe, l'une des premières femmes transgenres. Cependant, la première femme transgenre la plus médiatisée fut « Christine Jorgensen », une américaine ayant bénéficié d'une intervention chirurgicale génitale en 1950 au Danemark. Plus tard, elle est devenue sans équivoque la femme transgenre la plus célèbre de sa génération grâce à sa bibliographie. Elle donna de la visibilité aux personnes transgenres bien qu'elle ne fût pas la première personne à faire l'objet d'une intervention de ce type. La société prit davantage conscience que le sexe et le genre ne convergeaient pas systématiquement. **(9)**

Plusieurs années passèrent avant qu'il n'apparaisse clairement que la possibilité d'une transition dans le sens inverse, en tant qu'homme transgenre, était possible. Le « premier » homme trans* qui utilisa de la testostérone et bénéficia d'une double mastectomie fut le médecin britannique Michael Laurence Dillon en 1942. **(9)**

Après le dynamisme médiatique qu'a provoqué Christine Jorgensen, le nombre de demandes de transitions était en expansion. La transidentité en tant que phénomène médical venait de naître. **(9)**

Grâce à des cas publics tels que ceux cités précédemment, le terme « transgenre » est apparu officiellement dans les années 1960. L'usage de ce terme était utilisé essentiellement à des fins médicales ou encore par des militant·e·s transgenres. C'est aussi au milieu des années 1960 que fut inaugurée la première clinique « gender identity » (clinique de genre-s) à la John Hopkins University (Baltimore, Etats-Unis). Ce n'est que 10 ans plus tard qu'apparaissent des cliniques de genre-s en Europe. **(9)**

La médecine avance lentement vers une prise en charge des demandes de transition médicale. Par exemple, en Suède et aux Pays-Bas, la mise en place de soins remboursés pour les personnes faisant la demande d'interventions chirurgicales date de 1972. **(12)**

En Belgique, il est rendu possible des changements d'état civil en 1973, mais les chirurgies transspécifiques tardent à être autorisées et conditionnent le changement d'état civil. Il est obtenu une reconnaissance des personnes trans*, mais sous le couple psychiatrie-droit, qui est très stigmatisant et impose un diagnostic psychiatrique attestant la demande. **(12)**

L'histoire de la population transgenre fut marquée par plusieurs soulèvements majeurs dans le but d'obtenir des droits civiques et de la reconnaissance, mais aussi de lutter contre les préjugés et les persécutions subies. L'usage du terme transgenre s'est étendu vers les années 1990 avec l'élan de ce mouvement. Le terme transgenre désignait l'ensemble des identités et communautés ne se conformant pas aux genres binaires. C'est en 1999 que naît leur drapeau, créé par Monica Helmes, symbole de leur mouvement transgenre **(39) (40)**. De nombreuses associations et mouvements ont vu le jour au fur et à mesure pour faire avancer la prise en charge et les droits de cette population. **(12)**

La reconnaissance des transidentités par les organismes officiels de la santé a elle aussi été marquée par plusieurs événements majeurs.

L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) avait classifié, dans la classification internationale des maladies (CIM), les transidentités sous le terme stigmatisant de « transsexualisme » depuis 1975. Cela avait suscité un large désaccord de la part de la population transgenre et était vu comme de la stigmatisation de leur part. L'OMS s'est rétractée sur la présence des transidentités dans la rubrique « trouble de l'identité ». **(13)**

Cela indiquait que les transidentités étaient considérées comme une pathologie et nécessitaient un traitement psychiatrique. L'OMS a fait un pas en arrière et a remplacé le terme par incongruence de genre dans la santé sexuelle pour marquer le changement vers une dépathologisation de la transidentité. L'OMS indique que la transidentité n'est pas une maladie mentale. Il demeure tout de même un problème avec ce projet : on continue à faire l'amalgame entre sexualités et identités de genres du fait de la présence des transidentités dans la catégorie « santé sexuelle ».

Ces changements sont la résultante de la pression faite par les mouvements et associations sur les organismes de santé. Ils ont permis à la communauté transgenre d'avoir un meilleur accès à des soins de santé plus respectueux et simplifiés pour la communauté. Cela indique aussi le soutien de ces organismes pour la population transgenre afin de lutter contre la stigmatisation, les préjugés, la discrimination et marque un meilleur avenir pour de meilleurs droits humains.

3. Les types d'identités de genre·s transidentitaires

Comme cité ci-dessus, les transidentités font place et ouvrent à de nombreuses identités de genre·s vécues différemment d'une personne à l'autre et qui sont différentes du genre assigné à la naissance.

Il est aussi important de ne pas confondre les identités de genre·s avec les préférences sexuelles et affectives. Il existe une confusion très répandue entre ces termes pourtant totalement différents les uns des autres. Les personnes transgenres, tout comme les personnes cisgenres, peuvent se définir hétérosexuelles, gays ou lesbiennes, bisexuelles, pansexuelles, asexuelles, polyamoureuses, etc. Ces préférences ne sont pas fixes et peuvent varier tout au long de la vie des personnes, mais surtout sont sans lien direct avec les transidentités. Une telle confusion provient d'une utilisation de terminologies inappropriées telles que « transsexuel·le·s ». **(1) (9) (45)**

Les identités de genre·s ne peuvent pas être réduites à une articulation binaire femme-féminin ou homme-masculin, mais c'est en réalité une continuité où les personnes évoluent constamment, en fonction de leur point de confort.

De plus, les identités de genre·s sont auto-définies, auto-déclaratives et légitimes. Seule la personne concernée peut connaître son ressenti et donc son identité de genre. C'est le principe de l'autodétermination. **(1)**

Il est difficile de classifier les différentes identités de genre·s car celles-ci représentent un spectre et peuvent évoluer à tout moment :

On peut classifier les genres identitaires en deux catégories principales avec des sous-classifications :

- Genre·s binaire(s)
- Genre·s non binaire(s)

3.1 Les genres binaires (14)

Les genres binaires sont un cadre où les identités de genre·s sont uniquement divisées entre femme et homme. Les individu·e·s dans ce système s'identifient pleinement à l'un des deux genres, bien qu'ils soient différents du genre assigné à la naissance.

Dans le cadre des transidentités, cela inclut les femmes trans* et les hommes trans* qui s'assimilent particulièrement comme femme ou homme, mais dont le genre assigné à la naissance ne correspond pas à leur identité de genre ressentie.

Une femme trans* est une personne étant biologiquement un mâle à la naissance, mais qui s'identifie en tant que femme. Il est important de noter qu'une femme trans* s'identifie comme telle et que la transition ne porte pas exclusivement sur une transition médicale et/ou juridique. Une femme trans* peut marquer sa transition avec des aspects sociaux (nom, prénom, apparence et comportements) et, potentiellement, des étapes médicales telles que les chirurgies génitales ou encore les traitements hormonaux. **(1) (9) (45)**

À l'opposé, un homme trans* est une personne étant biologiquement une femelle à la naissance, mais qui s'identifie en tant qu'homme. Tout autant que pour la femme trans*, la transition porte sur plusieurs aspects et ne fait pas nécessairement appel à une transition médicale. **(1) (9) (45)**

3.2 Les genres non binaires

Les genres non binaires, à l'opposé des genres binaires, s'inscrivent dans un système où les individu·e·s ne ressentent pas leurs genres uniquement qu'entre homme ou femme. **(1) (46) (14)**

Ce terme est souvent utilisé comme parapluie : les genres non binaires possèdent un large spectre incluant l'ensemble des identités qui ne se conforment pas aux normes strictes « homme et femme » communément admises. Cela introduit une multitude de genres.

Une personne non binaire est une personne dont l'identité de genre comporte un mélange de l'identité « homme » et de l'identité « femme », ou un genre différent de ceux-ci. **(14)**

Voici une liste suggestive des genres non binaires principaux : **(15) (16)**

- **Genre fluide (genderfluid)** : personne qui oscille entre deux identités de genre·s ou plus. La fluidité des genres varie en fonction de différents facteurs tels que l'état émotionnel ou encore l'environnement social. Cette personne peut osciller entre le genre femme-homme ou des genres non binaires. Cette fluidité de genre peut aussi fluctuer sans circonstance préalable.
- **Agenre (agender)** : personne sans aucune identité de genre·s propre, ou un genre neutre.
- **Bigenre (bigender)** : personne avec 2 identités de genres distinctes l'une de l'autre, soit au même moment, soit à des moments séparés.
- **Intergenre** : personne avec une identité de genre·s entre les genres ou une combinaison de genres. C'est-à-dire que l'identité de genre peut être à la fois masculin et féminin, entre les deux, ou en dehors de ces catégories.

- **Pangendre (pangender) :** personne avec une identité de genre-s construite de nombreuses identités de genre-s dont le nombre tend vers l'infini.
- **Polygenre (polygender) :** personne ayant plusieurs ou beaucoup de genres.
- **Trigendre (trigender) :** personne ayant 3 genres.

Cette classification n'est en aucun cas officielle, il n'existe pas d'étiquettes pour classer la population transgenre. Chaque personne vit son identité de manière unique.

Les personnes transgenres sont d'ailleurs invitées à remplacer les termes utilisés par d'autres termes qui conviennent mieux à leurs réalités propres en fonction de leurs points de confort.

4. Les transitions

En matière de législations, l'Union européenne reflète une grande hétérogénéité relative aux transidentités. C'est-à-dire qu'en pratique, il existe de grandes différences dans les lois, les procédures médicales, la reconnaissance des genres des personnes trans* en fonction du pays où elles se situent. **(1)**

Les directives européennes représentent un élément d'homogénéisation. Cependant, chaque pays doit ensuite transcrire ces directives dans sa propre législation en fonction de sa propre culture législative. **(1)**

En Belgique, il s'est produit un repositionnement longtemps attendu. Elle faisait encore partie des pays instituant la psychiatisation, la médicalisation et la stérilisation forcées en 2017. Il était prévu de revoir cela depuis plusieurs années pour permettre à la Belgique de rester l'un des pays à la pointe des évolutions sociales. Elle s'est alors alignée sur les recommandations européennes et internationales en mettant les droits humains au centre des priorités.

Les recommandations européennes de la résolution 2048 de l'assemblée parlementaire du conseil de l'Europe font appel 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 les certificats de naissance, les cartes d'identité, les diplômes et autres documents similaires** », mais aussi à **abolir « la stérilisation et les autres traitements médicaux obligatoires, ainsi que le diagnostic de santé mentale »**. **(1) (43)**

De telles modifications mettent fin à une série d'entorses aux droits fondamentaux de certaines personnes trans*, bien que tout ne soit pas encore parfait. **(1)**

À titre d'exemple, le parcours de transition des personnes transgenres s'est vu recevoir un recadrage récent (2021) par la HAS (Haute Autorité de Santé) et ce, dans le but de repenser entièrement les recommandations sur l'accompagnement des personnes transgenres datant de 2009. **(17) (18)**

Cet intérêt de la HAS reflète une augmentation de la considération pour cette population et un pas en avant pour une prise en charge médicale et sociale plus adaptée et inclusive. Cela permet aux personnes transgenres d'accéder plus facilement aux soins, avec moins de barrières administratives ou médicales restrictives.

Ce recadrage a plusieurs objectifs, les principaux sont : **(17) (18)**

- Réévaluer la place de l'évaluation psychiatrique dans le processus de la transition médicale hormono-chirurgicale.
- La création d'un nouveau processus en lien avec les professionnel·le·s de santé et les associations communautaires dans le but de faciliter l'organisation des soins afin d'assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge de cette population.
- Redimensionner la prise en charge médicale du parcours de transition, en coordonnant médecin de premier recours et spécialités médicales (endocrinologie, chirurgie, psychiatrie).
- De répondre aux attentes des usager·e·s, dont la place doit être centrale dans la définition des parcours et de l'offre de soins.

Ces objectifs ont pour but principal d'élaborer des recommandations pour améliorer la prise en charge et l'accompagnement de cette population. De tels aménagements montrent la reconnaissance de la population transgenre, mais surtout l'avancement vers un respect de ses droits dans les différents pays.

Il n'existe pas de « parcours » type de transition universel : la transition est marquée par des priorités personnelles. La transition peut passer par plusieurs étapes : la transition sociale, administrative et médicale. Il est important de prendre en compte tous ses aspects pour apporter une prise en charge adaptée et respectueuse des besoins de cette population, tout en gardant en tête que la priorité est l'autodétermination et d'atteindre le point de confort de chacun·e. **(19) (41) (42)**

La transition sociale est le fait de vivre dans son propre environnement (social, familial, affectif et professionnel) avec un genre social différent de celui assigné à la naissance. Les contraintes individuelles, liées à un environnement familial ou encore professionnel, entourent les moments de coming-out. **(41) (42)**

Le coming-out renvoie au fait de dévoiler sa transidentité. En général, c'est un processus qui se fait par étapes intérieures appelé coming-in (conscientisation, acceptation de soi) et extérieures appelé coming-out (ouverture à son environnement), avec un délai propre à chacun·e. Le coming-out peut se faire tant avec une partie de son entourage et/ou dans les autres aspects de la vie. **(1)**

La transition administrative correspond à l'ensemble des procédures à réaliser pour effectuer les adaptations nécessaires pour son prénom et/ou l'enregistrement de sexe à l'état civil. **(41) (42)**

La transition médicale, quant à elle, regroupe l'ensemble des soins médicaux liés à la transition visant à obtenir des modifications corporelles souhaitées. Nous parlons là de parcours de transition médicale pour définir le parcours au sein du système de santé. **(41) (42)**

Ce parcours devrait permettre la reconnaissance de l'autodétermination, un choix éclairé en améliorant l'accès aux informations, rendre possible des parcours de transition médicale diversifiés dans leurs contenus et leurs façons de faire et dépsychiatriser l'entrée dans les parcours, tout en donnant la possibilité d'un accompagnement sur la santé mentale si le besoin s'en fait ressentir.

4.1. Les parcours de transition

4.1.1. Le diagnostic psychiatrique

Le rapport de 2009 de la HAS envisageait une première étape basée sur un diagnostic, principalement psychiatrique, dans ce début de parcours « **Comme pour toute situation nécessitant des soins, l'établissement d'un diagnostic positif est un préalable nécessaire (...). Dans cette étape diagnostique, le rôle d'un·e psychiatre est essentiel** » **[HAS 2009, page 90]**. Ceci signifie qu'avant toute transition médicale, la personne doit être reconnue comme transgenre par un·e professionnel·le de santé reconnu·e tel·le qu'un·e psychiatre ou un·e psychologue. **(17)**

Cette mesure relève de la maltraitance entretenue par le manuel de psychiatrie DSM-V. Les professionnel·le·s ne peuvent pas exiger d'attestation psychiatrique pour donner accès à des soins médicaux, car exiger une telle attestation d'un·e patient·e transgenre mais ne pas le faire à un·e patient·e cisgenre relève de la discrimination.

Cela est maintenant vu comme une mesure inappropriée et remet au centre la notion d'autodétermination du genre. Nous passons donc dans un modèle où le·la patient·e détermine lui·elle-même son genre ainsi que l'utilisation d'un traitement plutôt qu'un autre.

Malgré ces affirmations, la psychiatisation est encore bien présente en Belgique, car les professionnel·le·s prennent beaucoup de temps à adapter leurs pratiques et qu'il n'existe aucune loi pour encadrer les parcours de transition médicale.

Actuellement, il existe le consentement éclairé. Ce modèle permet aux patient·e·s de prendre des décisions sur leurs soins médicaux en discutant directement avec le·la professionnel·le de santé. C'est une alternative au modèle nécessitant le certificat psychiatrique. Ce consentement garantit que les patient·e·s comprennent les risques et les avantages de chaque traitement et agissent en connaissance de cause. **(19)**

4.1.2. La transition sociale

Sans nul doute, c'est l'étape la plus adoptée par la population transgenre. Elle consiste à exprimer le·s genre·s souhaité·s autrement que par les normes et rôles associés au genre assigné à la naissance. **(41) (42)**

Cette étape est propre à chaque personne et peut se traduire par l'adoption d'un prénom et/ou de pronoms adaptés, un changement d'habillement, le maquillage, la gestion de la pilosité, modifier sa coiffure, faire son coming-out, etc.

Cette étape représente souvent un processus qui prend du temps et doit se faire au rythme de la personne. Une telle étape amène souvent au coming-out, qui est considéré comme bénéfique et contribuant à l'épanouissement.

Cependant, la personne doit se sentir en confiance avec son entourage. C'est pour cela que la transition peut ne pas être effectuée dans tous les aspects de la vie par insécurité (travail, amis, famille, etc.). **(1)**

C'est l'étape la plus fréquente et la moins onéreuse, mais la plus dangereuse, car elle place les personnes trans* face à un risque important de transphobie. **(42)**

La transphobie est un comportement négatif, pouvant mener au rejet et à la discrimination envers les personnes transgenres. Ces discriminations sont en lien avec les préjugés véhiculés sur ces personnes. La transphobie peut se traduire par des violences verbales (moqueries, insultes, etc.), des violences physiques (agressions, viols ou meurtres), une attitude discriminatoire (pour l'accès aux soins, au logement, à l'embauche, etc.) ou encore par les institutions (lois, règlements discriminatoires). **(1)**

4.1.3. La transition administrative (1) (41) (42)

Les personnes transgenres peuvent passer par des procédures administratives pour effectuer le changement de prénom et d'enregistrement de sexe. Elles permettent d'acter le changement de prénom et l'enregistrement de sexe sur les certificats de naissance, les cartes d'identité, les passeports et autres documents similaires.

Il est désormais possible, depuis 2017, d'effectuer ces demandes sans obligation de stérilisation et tout autre traitement médical ou encore de devoir divorcer préalablement au changement d'état civil. Cela est une grande avancée permettant à chacun·e de transitionner comme il·elle le souhaite et d'atteindre son propre point de confort. **(1) (42)**

En Belgique, le changement de prénom s'effectue en s'adressant à un·e officier·e d'état civil à la commune de résidence ou de naissance. Il suffit de fournir une déclaration sur l'honneur ainsi qu'une copie conforme de l'acte de naissance et un extrait de casier judiciaire. **(1) (42)**

Le changement de l'enregistrement du sexe peut se faire, mais uniquement en faveur d'une mention binaire mâle ou femelle, à condition que la personne soit majeur·e et inscrit·e aux registres de la population. Pour cela, il faut réaliser une procédure en 2 étapes :

- **Première étape** : il faut réaliser une première déclaration en s'adressant à un·e officier·e de l'état civil de la commune de résidence ou de naissance pour réaliser une déclaration spécifique. À ce stade, il y a un délai d'attente de 3 à 6 mois pour obtenir l'avis positif ou négatif de le·a procureur·se.
- **Deuxième étape** : il faut réaliser une seconde comparution auprès de l'officier·e de l'état civil. Il est alors rédigé l'acte de modification de l'enregistrement du sexe.

Depuis 2017, les procédures de changement de prénom et de l'enregistrement du sexe à l'état civil sont indépendantes l'une de l'autre et ne doivent pas nécessairement se suivre. Cela laisse place à un champ des possibles plus large des transitions. **(1)**

De plus, depuis la loi du 20 juillet 2023, il est aussi permis aux personnes trans* d'effectuer ces procédures un nombre illimité de fois alors qu'il n'était possible de l'effectuer qu'une fois auparavant. Cette possibilité permet aux personnes de genre fluide de ne pas être écartées du droit, bien que les personnes non-binaires ou agenres soient totalement ignorées par les lois, car il n'est prévu aucune autre option que les mentions binaires (mâle ou femelle). L'ajout de mentions supplémentaires, pour les personnes non-binaires, serait très stigmatisant, car cela permettrait à toute personne ayant vu cette mention de discriminer la personne sur base de son identité de genre. La seule solution envisageable est le retrait pur et simple de la mention de sexe sur les documents d'identité.

Enfin, cette loi enlève aussi la contrainte de choisir un prénom « du genre opposé » ou épïcène. N'importe quel prénom est maintenant admis, même s'il est connoté du genre assigné à la naissance. **(44)**

4.1.4. Traitements hormonaux (1) (42)

La prise de traitements hormonaux (TH) éventuels se fait avant tout en fonction du point de confort. La prise d'un TH n'est en aucun cas une étape obligatoire et sera propre à chacun·e.

Il est régulièrement observé qu'une personne trans* ne connaisse pas la marche à suivre après avoir pris sa décision de recourir à un TH.

Il est important de noter qu'une personne trans* peut s'adresser à tout·e médecin généraliste pour sa démarche. En aucun cas, la prescription d'un TH est obligatoirement effectuée par un·e endocrinologue ou un·e psychiatre. **(1)**

Pour ce faire, il·elle peut rencontrer un·e médecin formé·e aux transidentités afin de discuter de sa démarche et de son souhait pour atteindre son point de confort. Ils·elles pourront discuter ensemble de la démarche pour qu'il·elle obtienne des informations complètes et éclairées sur les implications de santé liées à la prise d'un éventuel TH.

Il est réalisé une anamnèse complète pour détecter d'éventuels facteurs de risques (risques cardiovasculaires, carnet de vaccination, etc.). Il sera aussi réalisé une prise de sang complète avant le deuxième rendez-vous pour que celle-ci soit analysée pendant ce deuxième rendez-vous.

Lors de ce deuxième rendez-vous, la prise de sang est analysée par le·la médecin et veillera à être expliquée complètement à la personne transgenre. En absence de contre-indication, le·la médecin pourra alors effectuer la prescription d'hormones.

Si une personne trans* décide de s'hormoner, c'est un choix personnel définitif n'étant pas sans conséquence. Il faudra à moyen terme, lorsque les effets du TH seront non dissimulables, faire son coming-out auprès de son entourage, et ce, dans toutes les sphères de vie (personnelle et professionnelle).

4.1.4.1 Traitements hormonaux féminisants (1) (20) (45)

Un TH féminisant a pour intention de provoquer l'apparition de caractéristiques sexuelles secondaires féminines.

Les traitements possibles :

- La prise d'œstrogènes
- La prise d'œstrogènes + progestérone
- La prise d'œstrogènes + progestérone + anti-androgènes

La prise d'œstrogènes :

La prise d'œstrogènes consiste en la prise d'œstrogènes naturels par voie cutanée. La molécule utilisée est l'estradiol (œstrogène primaire).

La prise des œstrogènes :

- Favorise le développement des caractères sexuels secondaires comme les seins
- Protège de l'ostéoporose
- Permet une première répartition des graisses dite de « féminisation »

De tels effets sont possibles, car les œstrogènes ont pour effet d'inhiber la sécrétion d'androgène et d'augmenter la concentration d'œstrogène dans le sang. Cette molécule constituera la base du TH féminisant qui pourra ou non être complétée par certaines autres molécules citées ci-dessus.

Il existe une large gamme d'œstrogènes en circulation dans le commerce (il est fortement déconseillé de se procurer les produits via internet). La molécule présentant le plus faible risque d'effets indésirables sera l'estradiol sous galénique de gels ou de patchs transcutanés pour éviter de saturer le foie et encourir de graves risques pour la santé.

En pratique, il est plus fréquent de voir les gels être utilisés, car il subsiste un risque de réaction allergique à la colle des patchs, mais aussi car ceux-ci sont plus onéreux. Dans l'idéal, il sera utilisé l'œstrogel.

Généralement, à l'initiation du TH, il est utilisé un dosage initial qui pourra être adapté en fonction des taux d'hormones sanguins et du point de confort de la personne.

La posologie sera ajustée pour permettre à chacun-e de trouver son point de confort tout en limitant au maximum les risques de développer des effets indésirables.

Le-la médecin qui initie ce traitement devra porter son attention aux contre-indications à la prise de ce traitement :

- Un antécédent de thrombose veineuse profonde
- Un antécédent de problème cardio-vasculaire
- Un antécédent de maladie cérébro-vasculaire
- Un dysfonctionnement hépatique sévère
- Une hyperprolactinémie

La prise de progestérone :

Il est parfois utilisé de la progestérone en complément des œstrogènes. Elle n'est pas systématiquement prescrite pour diverses raisons médicales. Cela varie des effets d'une personne à une autre.

Cette substance est la plus ressemblante par rapport à ce que le corps produit. La progestérone naturelle est plus rapidement absorbée par la graisse sous-cutanée et n'est pas interceptée par le foie.

Elle est utilisée pour son action inhibitrice de l'axe gonadotrope qui a pour résultat une diminution des sécrétions de testostérone.

La prise de progestérone :

- Favorise une meilleure répartition des graisses
- Favorise un meilleur développement des seins avec une forme plus harmonieuse
- Favorise la réduction des états dépressifs fréquents causés par la modification des taux d'hormones
- Montre une potentielle capacité à soulager la rétention d'eau et diminuer la pression artérielle

Il est préférable d'opter pour une progestérone naturelle plutôt qu'une progestérone de synthèse.

La progestérone peut se trouver sous forme de gel ou en gélules.

La prise d'anti-androgènes :

Il est parfois utilisé dans les TH féminisants du finastéride ou de l'acétate de cyprotérone qui sont tous deux des anti-androgènes.

Le finastéride :

C'est un anti-androgène synthétique prescrit pour lutter contre la chute de cheveux. Ce médicament est connu pour le traitement de l'hypertrophie bénigne de la prostate, du cancer de la prostate ou encore de la calvitie.

L'utilisation d'un tel traitement est à réfléchir grandement en posant le pour et le contre, car celui-ci peut avoir des effets secondaires éventuels :

- Dysfonction érectile
- Éjaculation anormale
- Diminution du volume de l'éjaculat
- Modification de la fonction sexuelle
- Dépression
- Dysfonction sexuelle irréversible

L'acétate de cyprotérone (Androcur) :

C'est une hormone progestative artificielle. Elle va inhiber l'axe gonadotrope hypothalamo-hypophysaire et avoir une action anti-androgène à la fois.

Son utilisation est controversée suite aux fréquents effets indésirables qu'elle provoque. Beaucoup de professionnel-le-s de santé sont mal informé-es des risques à long terme et à doses importantes lors de la prescription de l'Androcur.

L'utilisation d'un tel traitement a de très nombreux effets secondaires :

- Diminution importante voire totale de la libido
- Bouffées de chaleur
- Dépression
- Céphalées
- Troubles gastro-intestinaux
- Hépatotoxicité
- Diminue la taille du pénis et des gonades
- Hyperprolactinémie

Le but de la prise de TH féminisant, comme cité précédemment, est de provoquer l'apparition de caractéristiques sexuelles secondaires féminines :

Effets réversibles	Effets irréversibles
Diminution de la musculature	Développement des seins
Modification de la répartition des graisses	Élargissement des aréoles
Peau, moins de transpiration	Vergetures (parfois)
Diminution de la pression sanguine, de la chaleur corporelle et des globules rouges	

Tableau 1 : Effets TH féminisant

Une fois le TH féminisant entamé, un bilan de santé complet est réeffectué 6 mois plus tard par le·la médecin pour observer les effets du TH.

4.1.4.2 Traitements hormonaux masculinisants (1) (21) (45)

Un TH masculinisant a pour intention de provoquer l'apparition de caractéristiques sexuelles secondaires masculines.

Le traitement possible :

- La prise de testostérone

La prise de testostérone :

Un TH masculinisant va provoquer l'apparition de différents effets réversibles ou irréversibles :

Effets réversibles	Effets irréversibles
Développement de la musculature	Mue de la voix (épaississement des cordes vocales)
Modification de la répartition des graisses	Élargissement du clitoris
Arrêt des menstruations	Pilosité faciale et corporelle
Modification de la peau (texture, épaisseur)	Implantation de cheveux masculine (recul de la ligne frontale ; parfois apparition d'une calvitie)
Augmentation de la transpiration et modification des odeurs corporelles	Augmentation possible de la taille adulte (si pris avant l'arrêt de la croissance)
Acné	
Augmentation de la libido	
Augmentation de la pression sanguine, davantage de globules rouges	
Possible altération du taux de cholestérol	

Tableau 2 : Effets TH masculinisant

Il s'agit des effets les plus fréquents. D'autres effets peuvent apparaître, mais il faut garder en tête que les effets peuvent différer d'une personne à l'autre. Le TH agit plus rapidement d'une personne à l'autre et tout le monde n'a pas la même réceptivité aux hormones.

Cependant, certains effets sont directement liés aux conditions de vie. Par exemple, le développement musculaire d'un homme trans* va être favorisé par la pratique d'un sport.

La première année est la plus remarquable quant aux résultats. C'est au bout de 3 ans que les effets sont à leur maximum.

Il existe des contre-indications absolues et relatives dont le-la médecin doit tenir compte dans son anamnèse pour prescrire un TH masculinisant :

Contre-indications absolues	Contre-indications relatives
La grossesse et l'allaitement	Épilepsie sensible aux androgènes
Présence d'un certain type de cancer du sein sensible aux androgène	Migraines
Cardiopathie coronarienne incontrôlée	Apnée du sommeil sévère
Cancer de l'endomètre actif	Polyglobulie
	Insuffisance cardiaque
	Insuffisance rénale
	Maladie du foie
	Hypertension sévère
	Antécédents familiaux ou personnels de cancer de l'utérus ou du sein
	Addictions (drogues, alcool...)

Tableau 3 : Les contre-indications

La prise de testostérone peut se faire via plusieurs voies d'administration :

- Par injections intramusculaires
- Par voie transcutanée
- Par voie orale

Les produits utilisés dans le cadre d'un TH masculinisant sont identiques à ceux utilisés pour soigner les mâles souffrant d'hypogonadisme (déficit en testostérone). Les dosages sont importants pour obtenir et conserver des taux de testostérone équivalent à celui d'un mâle biologique adulte.

Injections intramusculaires :

Cette méthode d'administration est la plus utilisée parmi celles citées ci-dessus en Belgique. Elle est la plus efficace et la moins contraignante, provoquant une évolution physique la plus rapide. De plus, c'est aussi le moins cher.

Le produit le plus souvent prescrit est le Sustanon. Il s'agit d'une combinaison de 4 esters de testostérone qui agissent à court et à long terme.

Le mode d'administration le plus fréquent est l'injection intramusculaire d'une ampoule toutes les 2 à 3 semaines pouvant aller jusqu'à 4 semaines, mais certain·e·s feront une demi-ampoule tous les 15 jours.

La testostérone sera libérée à retardement durant toute cette période pour assurer un taux global. Les substances actives de ce produit sont métabolisées en testostérone dans le corps et restent actives 3 à 4 semaines.

Les injections peuvent se faire dans la fesse, la cuisse ou encore le bras, tout en respectant le processus et les conditions pour une bonne hygiène.

Il est impossible avec ce type de traitement d'obtenir un taux constant de testostérone dans le sang. Malgré la libération à retardement, il est impossible d'éviter un pic dans les 48-72 premières heures suivant l'injection et un taux en baisse vers la fin des 3 semaines.

Voie transcutanée :

Il s'agit d'un traitement par Andractim qui est soit prescrit seul, soit en complément d'un traitement par injection intramusculaire. Cette méthode n'est pas la plus réputée pour sa rapidité et son efficacité.

La galénique utilisée est un gel à appliquer quotidiennement sur une grande surface de la peau. Les crèmes et gels agissent principalement localement, donc un tel traitement est surtout un bon complément pour assurer certains caractères sexuels secondaires comme la barbe.

Il existe aussi l'Androgel qui a le même fonctionnement et qui est disponible sur le marché en Belgique.

Voie orale :

Les hormones peuvent aussi être prises sous forme de cachets. Ils permettent la propagation de testostérone dans le sang et sont donc une alternative aux injections.

Il s'agit d'un traitement par Pantestone nécessitant une posologie élevée de plusieurs cachets par jour plusieurs fois par jour.

Cependant, les molécules actives sont fortement altérées par le processus de digestion, provoquant peu d'effets masculinisants. De plus, la lourdeur pour le foie de ce traitement est un gros inconvénient, car elle augmente le risque de problème hépatique sur le long terme.

4.1.5. Les chirurgies (1)

Une chirurgie peut constituer un moyen de se rapprocher pour les personnes transgenres de leur point de confort, mais il ne s'agit aucunement d'une obligation pour valider une transition.

Il est essentiel de bien informer les personnes trans*, car cela n'est pas sans risque ni conséquence au niveau physique, psychologique et social.

4.1.5.1 Chirurgies féminisantes

Celles-ci peuvent être classées en 4 catégories :

- Chirurgie de la poitrine
- Chirurgies de la tête et du visage
- Chirurgies du cou et de la voix
- Chirurgies génitales

Chirurgie de la poitrine :

La mammoplastie :

La mammoplastie est une chirurgie de la poitrine permettant d'avoir une poitrine bien proportionnée, pouvant participer à l'épanouissement personnel des personnes transgenres.

Si une personne trans* avec un TH féminisant souhaite réaliser une mammoplastie, il est préférable d'effectuer celle-ci entre 1 et 3 ans de TH.

Cette opération consiste à insérer des implants en silicones ou constitués de sérum physiologique sous la glande mammaire, c'est-à-dire sous le muscle appelé « grand pectoral ».

Chirurgies de la tête et du visage :

Ces chirurgies ont pour objectif d'atténuer les traits masculins du visage d'une personne, pour se diriger vers un visage plus féminin. Plusieurs zones du visage sont concernées par ces interventions.

La féminisation du front :

Il y a 3 zones osseuses dites « masculines » qui doivent être prises en compte :

- Arcade sourcilière
- Os du front
- Rebord orbitaire latéral

Le lifting frontal :

C'est une chirurgie courante du front cherchant à rajeunir le visage, permettant de féminiser le visage.

Elle consiste à ouvrir la zone des yeux et à donner au visage une apparence plus jeune.

Chirurgie d'avancement du cuir chevelu :

Elle permet de modifier le niveau et la forme de la racine des cheveux pour obtenir un visage plus équilibré, jeune et féminin.

Les implants capillaires :

Lorsqu'une calvitie est trop prononcée chez une personne trans*, dans certaines conditions, il est possible de recourir à l'utilisation d'implants capillaires.

L'alopécie (la chute de cheveux) est observée chez 90 % des personnes se féminisant suite à l'influence des hormones sur les racines capillaires.

Le-la médecin réalisera un bilan complet selon les recommandations pour établir un diagnostic précis zone par zone. Cela permettra de déterminer si une greffe de cheveux est possible ou non.

Chirurgies du cou et de la voix :

Chondroplastie :

Cette chirurgie consiste à réduire le volume de la pomme d'adam ou à rendre cette partie du cou lisse par rabotage.

La pomme d'adam est une bosse cartilagineuse considérée comme une caractéristique physique « masculine ».

Thyroplastie :

C'est une opération au niveau du larynx avec pour objectif d'améliorer la qualité de la voix, la toux et d'éviter les fausses déglutitions.

Glottoplastie :

Cette chirurgie a pour objectif la féminisation de la voix en diminuant la masse vibrante des cordes vocales et en augmentant la tension de manière constante.

Chirurgies génitales :

Le but de ces chirurgies est de créer une zone génitale féminine la plus rapprochée de celle des femmes cisgenres.

Vaginoplastie :

Cette chirurgie regroupe plusieurs actes techniques :

- La création d'un néo-vagin
- La création des petites et grandes lèvres (labiaplastie)
- La création d'un néo-clitoris
- La redirection de l'urètre

Les techniques utilisées provoquent une stérilisation de la personne. Évidemment, il n'est pas obligatoire d'effectuer ces 4 techniques. Par exemple, il est possible d'effectuer les 3 dernières sans création d'un néo-vagin.

Orchidectomie :

Il est possible que cette intervention, dans certaines circonstances, soit la seule possible en fonction de l'âge ou des conditions de santé, ou surtout du point de confort de la personne trans*. Elle consiste en l'ablation des testicules.

Une telle opération a de grandes conséquences hormonales. Il faudra alors un TH ou réadapter le TH précédent. Il est observé aussi une diminution de la musculature.

Les techniques utilisées provoquent une stérilisation de la personne.

4.1.5.2 Chirurgies masculinisantes

Celles-ci peuvent être classées en 4 catégories :

- Chirurgie du torse
- Chirurgies de masculinisation du visage
- Chirurgies génitales
- Chirurgies de stérilisation

Chirurgie du torse :

La torsioplastie est un acte chirurgical consistant en une double mastectomie (ablation des glandes mammaires) et la construction d'un torse avec des caractéristiques « masculines ».

Chirurgies de masculinisation du visage :

Pour atteindre son point de confort, une personne trans* peut avoir recours à toute une série de chirurgies, bien que celles-ci soient peu utilisées, car un homme avec un visage plus arrondi et fin passe inaperçu dès que la pilosité faciale est suffisante.

Voici une liste des chirurgies possibles :

- Masculinisation du front (frontoplastie) : accentuer les reliefs du front et réduire la courbure frontale
- Implants temporaux : pose d'implants au niveau des tempes
- Implants malaires : augmentation des pommettes via des implants
- Liposuccion de masculinisation : retrait ciblé de graisse faciale ou corporelle
- Rhinoplastie de masculinisation : affiner, redresser ou accentuer certaines lignes nasales pour masculiniser le profil facial
- Masculinisation de la bouche : réduire l'aspect pulpeux des lèvres, pour donner une apparence plus fine ou carrée à la bouche
- Génioplastie d'augmentation : projette ou élargie le menton, pour accentuer la mâchoire et renforcer l'apparence masculine

Chirurgies génitales :

Phalloplastie :

Cette chirurgie consiste en la construction d'un néopénis grâce à un lambeau de peau prélevé sur une zone donneuse (avant-bras, cuisse, torse, abdomen). Il est aussi réalisé une extension de l'urètre permettant d'uriner debout.

Mét(a)œidioplastie :

Cette chirurgie consiste en la construction d'un néopénis et est une alternative à la phalloplastie. Cette opération est moins invasive, plus courte, moins onéreuse et ne comporte pas de risque de perte de sensibilité.

De plus, elle ne nécessite pas de greffe de peau ni d'une prothèse érectile. Les seuls inconvénients résident dans la taille du néopénis qui est plus petit que celui obtenu avec une phalloplastie, mais aussi dans l'incapacité à avoir un rapport avec pénétration.

Scrotoplastie :

Cette chirurgie consiste en la construction d'un scrotum grâce aux grandes lèvres avec ajout d'implants testiculaires.

Chirurgies de stérilisations :

Une personne trans* peut demander une stérilisation si cela correspond à son point de confort.

Hystérectomie :

Cette chirurgie consiste à enlever une partie ou tout l'utérus. Plusieurs formes sont possibles en fonction de la demande.

Ovariectomie :

Cette chirurgie consiste en l'ablation des ovaires.

Suite à cette intervention, un TH à vie est impératif, car il n'y a plus aucune production d'œstrogènes, alors qu'une certaine quantité est nécessaire pour la régulation du corps.

4.1.6. L'accompagnement psychologique (19)

Ce suivi n'est pas là pour valider le·s genre·s de la personne, mais surtout pour l'aider à lutter contre le stress lié à la transition et les influences de celle-ci sur l'ensemble de sa vie personnelle et professionnelle. Ce n'est pas une nécessité, mais cela peut s'avérer utile.

Cet accompagnement peut aussi s'avérer d'autant plus utile car la prévalence des troubles psychiques est plus élevée dans la population transgenre que dans la population générale, car les sensations de mal-être peuvent être amplifiées à certaines étapes de la transition. De plus, cette population est régulièrement sujette à des discriminations, qui sont à l'origine d'un mal-être.

Les aspects nutritionnels et diététiques

Après avoir expliqué en détail les concepts d'identités de genre-s, les cisidentités, les transidentités ainsi que les différentes possibilités de transition (sociale, juridique et médicale), il est clair que ces processus influencent de nombreux aspects du quotidien, y compris l'alimentation et le rapport au corps de cette population.

Les modifications physiologiques provoquées par la prise d'un TH, combinées aux pressions sociales, impactent non seulement la composition corporelle, mais aussi les comportements alimentaires et la qualité de vie. **(24) (45)**

Pour répondre à mon hypothèse selon laquelle les transitions influencent les habitudes alimentaires, la partie diététique de ma partie théorique va permettre d'étudier comment ces changements peuvent se manifester via l'analyse des modifications physiologiques à la suite de la prise de TH, des apports nutritionnels, des comportements alimentaires et des incidences sur la santé.

Cette partie finale intégrera donc les fondements théoriques exposés pour déduire comment les transitions influencent les habitudes alimentaires et permettre la création d'une prise en charge nutritionnelle et diététique adaptée et individualisée des personnes trans*.

1. Les considérations nutritionnelles (22) (23) (24) (27) (45)

Les considérations nutritionnelles représentent l'ensemble des facteurs à prendre en compte pour s'assurer que la population transgenre reçoive une alimentation appropriée et répondant à ses besoins spécifiques.

Cela nécessite de s'intéresser et de se porter sur les besoins en nutriments, les habitudes alimentaires, les risques pour la santé, et aussi les méthodes de collecte de données, dans le but de maintenir ou d'améliorer l'état de santé.

Le genre et le sexe sont des facteurs à prendre en considération pour déterminer les besoins alimentaires d'un·e individu·e alors que ceux-ci sont souvent confondus ou omis dans les recherches et les pratiques en nutrition. De tels procédés peuvent avoir des répercussions pour la science de la nutrition. En effet, si les options de réponses sont limitées au genre binaire, cela écarte les personnes non-binaires des recherches. De plus, lorsque le genre et le sexe sont confondus, les patient·e·s transgenres ne peuvent pas savoir s'il est demandé le sexe biologique ou l'identité de genre, ce qui peut compromettre les résultats d'une étude. **(22)**

La littérature diététique a étudié les personnes cisgenres, même s'il y a encore à faire, mais en ce qui concerne la population transgenre, il existe un flou sur leurs habitudes alimentaires, leurs besoins spécifiques. Comme indiqué dans l'introduction, la faible existence de la littérature sur les préoccupations diététiques et les directives de soins nutritionnels pour cette population est soulignée. **(22) (24) (27)**

De telles lacunes montrent l'importance de revoir la manière de récolter les données pour produire des données interprétables pour toute la population, et ce, quel que soit le genre ou le sexe des personnes. Il s'agirait, dans les collectes de données, de mettre en place une approche en deux étapes permettant de dissocier sexe et genre. **(22)**

Cette communauté est touchée par d'importantes disparités en matière de santé, notamment en matière de maladies sexuellement transmissibles, de toxicomanie, de suicide, de stigmatisation, de transphobie. Ces personnes sont exposées à plus de risques, qui ont pour effet d'augmenter la détresse, de contribuer à la dépression et de nuire à leur santé et à leur bien-être général. **(24) (45)**

De plus, on retrouve aussi des disparités dans le domaine de la nutrition en matière d'obésité, de troubles de l'alimentation, d'insatisfaction corporelle et d'insécurité alimentaire. Il est aussi observé une difficulté à recevoir des conseils individualisés pour la nutrition en raison d'un manque de formation, d'une différence culturelle et d'un manque de réactivité des prestataires et des services de santé. **(24)**

Voici comment ces disparités peuvent impacter cette communauté :

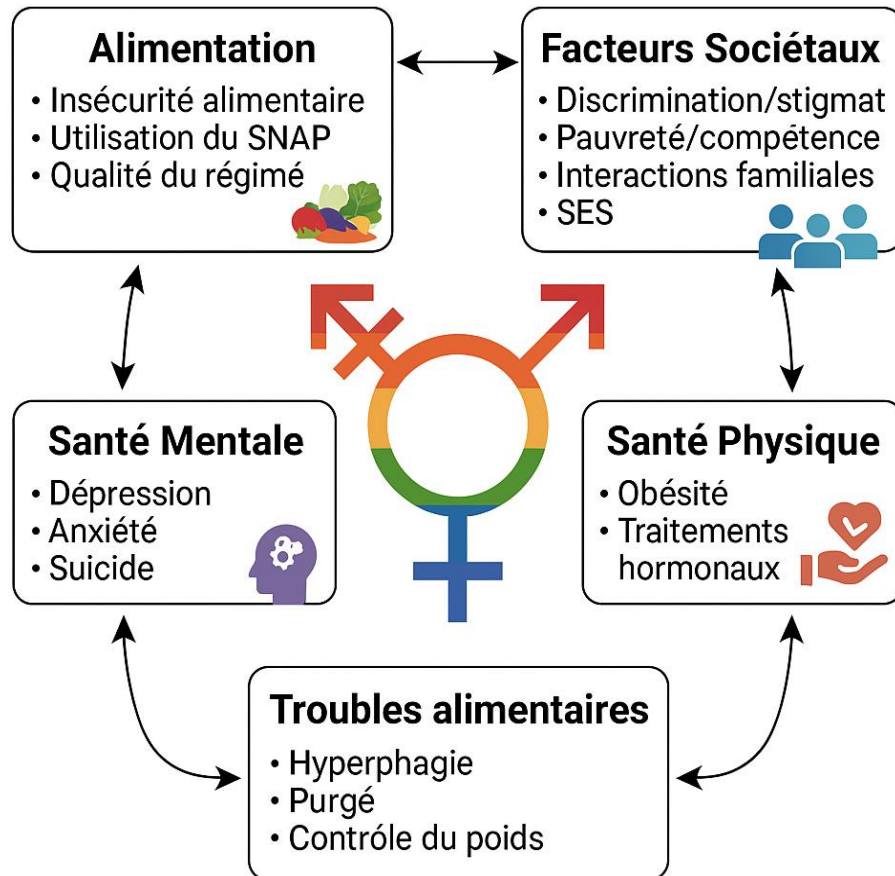


Figure 1 : Modèle conceptuel de l'interrelation entre les facteurs alimentaires/nutritionnels, les facteurs sociétaux, les comportements et la santé dans la communauté LGBTQIA+

* SNAP : Programme d'aide nutritionnelle supplémentaire

* SES : Statut socio-économique

Ce modèle provient d'une revue systémique sur la nutrition et la santé dans la communauté LGBTQIA+ (lesbiennes, gays, bisexuel·le·s, trans*, intersexué·e·s, asexuel·le·s, queer et autres) dont font partie les personnes transgenres. **(24)**

Ce modèle illustre et met en avant les disparités en matière de nutrition et de santé mentale au sein de cette population. Il permet aussi de faire une interconnexion entre les différentes disparités afin de montrer qu'il faut tenir compte de chaque aspect en matière de nutrition.

On peut en déduire que les habitudes alimentaires, la qualité de l'alimentation sont influencées positivement et/ou négativement par les différents facteurs représentés, mais inversement aussi. Le tout est de le prouver, et si possible, de montrer comment les habitudes alimentaires sont influencées.

2. Avant la transition

Bien que les personnes transgenres ne soient pas en adéquation avec leur genre assigné à la naissance, biologiquement elles présentent un sexe ayant des besoins spécifiques. Il est donc logiquement recommandé à une personne transgenre avant transition hormonale de respecter et de couvrir l'ensemble de ses besoins en fonction de son sexe biologique et non en fonction de son genre.

Bien que la transition en elle-même n'ait pas encore commencé, il est évident qu'une partie de ces disparités s'applique déjà à ces personnes.

3. Pendant / après la transition (22) (25) (26) (45)

Comme expliqué ci-dessus, les personnes transgenres peuvent effectuer une transition sur le plan social, juridique et/ou médical en fonction de leur point de confort, en gardant en tête que le moment et les modalités sont propres à chacun·e.

Les disparités peuvent varier en fonction de la transition. Une transition médicale peut impliquer des TH et/ou des chirurgies.

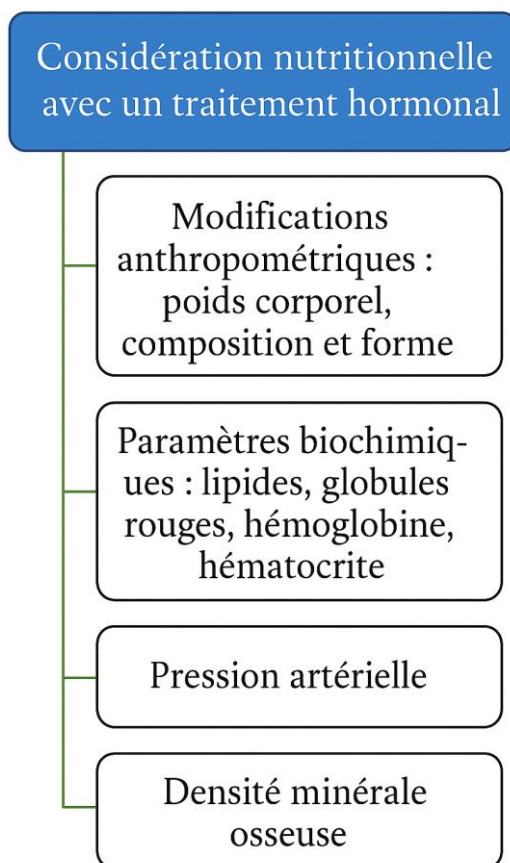


Figure 2 : Considérations nutritionnelles cliniques et psychosociales auprès des populations transgenres et non conformes au genre

Ce modèle provient d’une recherche sur les pratiques en nutrition auprès des populations transgenres. **(22)**

Il met en avant qu’un TH peut entraîner des modifications anthropométriques et biochimiques liées à la nutrition. Un TH réduit les taux d’hormones sexuelles et les caractères sexuels existants, et remplace ces hormones pour permettre l’apparition de caractères sexuels secondaires correspondant au genre souhaité. **(22) (25) (26) (45)**

Un TH, qu’il soit masculinisant ou féminisant, entraîne une modification du poids, de la composition corporelle et de la silhouette : **(22) (25) (26) (45)**

TH masculinisant	TH féminisant
Prise de poids	Prise de poids
Augmentation de la masse maigre	Diminution de la masse maigre
Diminution de la masse grasse	Augmentation de la masse grasse
Redistribution de la graisse corporelle avec un rapport taille/hanche plus élevé	Redistribution de la graisse corporelle avec un rapport taille/hanche plus faible

Tableau 4 : Modifications des TH masculinisant et féminisant

Un TH entraîne aussi des modifications biochimiques : **(22) (25) (26) (45)**

TH masculinisant	TH féminisant
Diminution du taux de cholestérol HDL	Augmentation du taux de cholestérol HDL
Augmentation du taux de cholestérol LDL	Augmentation du taux de triglycérides
Variation du taux de triglycérides	Variation du taux de cholestérol LDL
Augmentation des érythrocytes, de l'hémoglobine et de l'hématocrite	Diminution des érythrocytes, de l'hémoglobine et de l'hématocrite

Tableau 5 : Modifications des TH masculinisant et féminisant

Un TH entraîne aussi des modifications de la pression artérielle et de la densité minérale osseuse : **(22) (25) (26) (45)**

TH masculinisant	TH féminisant
Augmentation de la pression artérielle	Variation de la pression artérielle
Augmentation ou stabilité de la densité minérale osseuse	Augmentation ou stabilité de la densité minérale osseuse

Tableau 6 : Modifications des TH masculinisant et féminisant

Il a été observé dans différentes études que de tels traitements améliorent la qualité de vie des personnes trans*. Il a été observé une amélioration de la santé mentale et de la santé physique confirmée par cette méta-analyse. **(27) (45)**

Cependant, de tels traitements provoquent des modifications nécessitant une prise en charge nutritionnelle. Effectivement, ces traitements provoquent une variation dans les taux sériques des lipides nécessitant une prise en charge et une adaptation potentielle des habitudes alimentaires pour assurer un taux dans les normes de ceux-ci. **(22) (45)**

Ensuite, bien que les données à long terme sur le risque cardiovasculaire soient rares, une étude récente a mis en avant une augmentation de maladies cardiovasculaires chez les personnes transgenres en fonction du traitement par rapport à la population cisgenre. Cela témoigne de l'importance d'une prise en charge diététique et d'une adaptation potentielle des habitudes alimentaires. **(25) (26) (45)**

De plus, un risque supplémentaire d'ostéoporose est observé suite à la prise d'un traitement hormonal nécessitant une prise en charge nutritionnelle adéquate permettant de combler les besoins. **(25)**

Par après, des maladies chroniques telles que le diabète, l'hypertension artérielle, la dyslipidémie ne sont pas des contre-indications, mais nécessitent une prise en charge et un suivi adaptés.

Cependant, une personne transgenre en cours de transition n'est pas systématiquement dirigée vers un·e diététicien·ne et l'importance d'une prise en charge nutritionnelle semble peu perçue par cette population et par les professionnel·le·s de santé et de la diététique.

Enfin, il existe des recommandations pour ces situations pour les personnes cisgenres, mais aucunement pour les personnes transgenres dans le cadre d'un TH.

4. L'impact de la pression sociale sur les habitudes alimentaires (27)

Comme expliqué précédemment, cette population est exposée à d'importantes expériences de stigmatisation et de discrimination associées à une diminution de la qualité mentale et à une détresse psychosociale. Ceux-ci sont des facteurs de risque de développer divers troubles du comportement alimentaire (TCA).

De plus, on observe une insatisfaction corporelle importante, des insécurités alimentaires, des complications liées au poids suite aux pressions sociales liées aux genres, à l'apparence physique et à la conformité aux normes culturelles.

Une telle pression sociale peut laisser penser que cela influence les habitudes alimentaires de ces personnes, car celles-ci peuvent modifier de manière volontaire leurs apports alimentaires dans le but de se rapprocher de leur point de confort et/ou d'atteindre un physique socialement acceptable pour répondre aux fortes attentes sociétales.

Par exemple, un homme trans* peut adopter certains comportements alimentaires restrictifs afin de perdre de la masse grasse au niveau des hanches et/ou de la poitrine, qui sont des éléments perçus comme féminins par la société. D'autres peuvent vouloir prendre de la masse musculaire pour renforcer leur sentiment de virilité en mettant en place une alimentation hyperprotéinée.

De telles modifications dans les habitudes alimentaires sont bien souvent non supervisées par un·e professionnel·le de santé. Elles peuvent avoir un impact négatif sur l'état nutritionnel, la santé mentale et augmenter le risque de troubles alimentaires.

5. Les troubles du comportement alimentaire (28) (29) (30)

Des méta-analyses sur les données et recherches déjà présentes sur la population transgenre sont claires : cette population est plus à risque de TCA que la population cisgenre et est donc plus susceptible d'être diagnostiquée avec un TCA ou de s'y livrer. La prévalence globale des TCA serait de 17,6 % contre 2 % dans la population cisgenre. Les hommes trans* ont d'ailleurs tendance à montrer plus de TCA que les femmes trans*. **(28)**

Le taux de diagnostic d'un TCA se voit être supérieur dans la population transgenre comparativement à la population cisgenre. La symptomatologie des TCA semble similaire entre ces deux groupes. Cependant, la littérature indique que l'insatisfaction corporelle est plus marquée chez les personnes transgenres. **(28) (30)**

Il a été soulevé que les TCA survenaient à la suite de la non-adéquation entre le genre ressenti et le genre assigné à la naissance. Il est observé que les TCA apparaissent à la suite de cela et dans le but d'obtenir des caractéristiques corporelles répondant au genre ressenti et d'atténuer, voire de supprimer, les caractéristiques physiques du genre assigné. **(28)**

Il a aussi été observé que la transition médicale ou les soins transspécifiques pouvaient atténuer la prévalence de la symptomatologie des différents TCA, mais aussi leurs symptômes. **(28) (30)**

Le trouble bipolaire est notamment mis en avant, car c'est un trouble essentiel dans les TCA et encore plus pour la population transgenre en raison de l'inadéquation de genre à laquelle fait face cette population. Le trouble bipolaire est un facteur de risque supplémentaire à la survenue de troubles du comportement alimentaire. **(28)**

Cependant, des études de cas ont montré que certaines personnes transgenres continuaient de ressentir des symptômes de TCA malgré la transition. Cela indique qu'atteindre son point de confort n'est pas la seule prise en charge à mettre en place. **(28) (35) (36) (37)**

Les principaux troubles alimentaires constatés dans la population transgenre sont : (28) (29) (30)

- **Les comportements de contrôle du poids :**
 - Restriction alimentaire excessive pour influencer le poids et la forme.
 - Évitement d'aliments.
- **Les comportements boulimiques :**
 - Suralimentation par épisodes suivie de purges ou de comportements en vue de compenser la prise alimentaire excessive (vomissements provoqués, utilisation de laxatifs, etc.).
- **Les comportements alimentaires restrictifs :**
 - Restriction délibérée et sévère de l'apport énergétique pour éviter la présence de caractéristiques sexuelles secondaires (menstruations ou développement de seins).
- **Les comportements de visualisation excessive du corps :**
 - Fixation répétée et compulsive sur certaines parties du corps pour vérifier les changements physiques.

Les principaux troubles alimentaires cités peuvent amener des effets secondaires potentiels qui sont :

- **L'insatisfaction corporelle :**
 - Décalage important entre l'identité et l'image corporelle conduisant à un profond inconfort.
- **La préoccupation excessive sur le poids et le visuel corporel**
- **L'aménorrhée provoquée :**
 - La restriction alimentaire peut être utilisée pour provoquer l'arrêt des menstruations chez les personnes qui se masculinisent.
- **Le trouble érectile**

Les recherches sont toutefois rares et une grande partie de la littérature est basée sur des études de cas uniques ou sur des études portant sur des échantillons de petite taille.

Les TCA sont également exacerbés par la stigmatisation, le manque de reconnaissance sociale, et parfois l'impossibilité d'accéder à des soins médicaux ou psychologiques adaptés. L'absence de formation spécifique de nombreux·se·s professionnel·le·s de santé sur les réalités vécues par les personnes transgenres pourrait renforcer la méfiance et dissuader la demande d'aide. Il est donc crucial que les diététicien·nes soient formé·es à reconnaître ces signes, à dépister les comportements à risque et à proposer un accompagnement bienveillant, dégenré et adapté.

Enfin, il est utile de rappeler que le TH peut modifier le métabolisme, l'appétit et la perception de soi, ce qui, en l'absence de repères ou de suivi diététique structuré, peut favoriser le développement de comportements alimentaires désordonnés.

À travers cette partie théorique, il a été possible de poser le nécessaire à la compréhension des réalités vécues par les personnes transgenres, tant sur le plan identitaire, social, médical que nutritionnel. Les concepts de genre·s, de cisidentité et de transidentité ont été définis afin de situer les spécificités des parcours de transition, qu'ils soient sociaux, juridiques et/ou médicaux.

Par ailleurs, les impacts de ces transitions, en particulier des TH, sur le corps, la santé mentale et les comportements alimentaires ont été mis en avant, soulignant l'importance d'un accompagnement diététique individualisé, respectueux et inclusif.

Cette partie théorique met en évidence l'existence de facteurs multiples susceptibles d'influencer les habitudes alimentaires de la population transgenre, qu'ils soient physiologiques (liés aux TH), sociaux (pression sociétale, discrimination) ou encore psychologiques (insatisfaction corporelle, troubles du comportement alimentaire).

Afin de vérifier l'hypothèse de ce travail – à savoir que la transition influence de manière significative les comportements alimentaires des personnes transgenres – un questionnaire a été mené et administré à un échantillon ciblé.

La partie pratique détaillera la méthodologie de cette démarche, les caractéristiques des répondant·es ainsi que l'analyse des résultats obtenus.

Partie pratique

Méthodologie

1. Objectif de l'étude

L'objectif de ce travail est d'analyser les habitudes alimentaires de la population transgenre avant et pendant/après la transition à l'aide d'un questionnaire.

Pour rendre cet objectif atteignable, il a été réalisé un questionnaire validé d'une part par ma promotrice et mon coordinateur, mais aussi par Genres Pluriels. Ce questionnaire est basé sur les habitudes alimentaires, les soins de santé et les troubles du comportement alimentaire.

L'analyse de ce questionnaire a pour objectif de déterminer si les habitudes alimentaires de cette population sont influencées par la transition. Si c'est bien le cas, quels sont les impacts, qu'ils soient négatifs et/ou bénéfiques ?

2. Hypothèse de départ

Mon hypothèse est que la transition impacte de manière significative leurs comportements alimentaires. Je présume que, si influence il y a, ces changements découlent à la fois des modifications physiologiques liées aux traitements hormonaux, mais aussi de la pression sociale à laquelle fait face cette population.

3. Lieu et période de l'étude

La récolte de données s'est déroulée sur la période du 04 avril au 21 avril 2025.

Le questionnaire a été mis en ligne via les réseaux sociaux Facebook et Instagram de l'association Genres Pluriels mais aussi leur site internet et via mailing ciblé à leurs membres, permettant de cibler très précisément cette communauté.

Le questionnaire a aussi été administré via une publication sur le site internet de l'association.

Pour administrer le questionnaire, une publication et un flyer ont été réalisés, permettant de présenter le questionnaire et d'accéder à celui-ci via un QR code ou un lien. **(annexe 3)**

Sans passer via l'association Genres Pluriels, il aurait été impossible d'obtenir un nombre de réponses suffisantes.

4. Description de l'échantillon

Dans le cadre de cette enquête, l'échantillon se compose de 39 personnes.

Le choix de l'échantillon s'est porté sur les personnes s'identifiant comme personne transgenre et étant majeur·e·s.

5. Méthode de récolte de données

Il a été demandé par l'association Genres Pluriels de réaliser et d'administrer le questionnaire via la plateforme LimeSurvey.

Cette plateforme permet la réalisation de questionnaires tout en garantissant un anonymat le plus complet aux répondant·e·s. Les données ont été conservées sur un espace sécurisé, sans lien identifiable entre les réponses et l'identité des répondant·e·s. Aucune adresse IP ni donnée personnelle n'a été collectée grâce à l'utilisation d'une telle plateforme.

Une fois les questionnaires complétés, les réponses sont directement disponibles, permettant de les analyser via la plateforme.

6. Principe du questionnaire

Il s'agit d'un questionnaire (**annexe 4**) composé de 5 parties :

- La première étant les données relatives à la personne (sexe biologique, identité de genre·s, âge, TH éventuel)
- La deuxième étant les habitudes alimentaires avant la transition
- La troisième partie étant sur les habitudes alimentaires pendant/après la transition
- La quatrième partie étant sur les soins de santé
- La dernière partie étant sur les troubles du comportement alimentaire

7. Méthode d'analyse des données

Les données récoltées seront traitées de manière descriptive à l'aide de fréquences, de pourcentages, de croisements simples.

Une attention particulière sera portée à la comparaison des habitudes alimentaires déclarées avant la transition et de celles observées pendant ou après la transition, permettant d'identifier d'éventuelles évolutions.

Cette comparaison vise à mettre en lumière les changements potentiels en lien avec les traitements hormonaux, les pressions sociales ou les modifications corporelles, en cohérence avec l'hypothèse de départ.

En complément, certaines variables comme la présence d'un suivi diététique, les traitements médicaux en cours ou les antécédents de TCA seront croisées avec l'évolution des habitudes alimentaires pour dégager des corrélations exploratoires.

Il convient de prendre en considération que mon approche et mon travail présentent certaines limites, notamment liées à la taille réduite de l'échantillon, à l'auto-évaluation des habitudes et des comportements alimentaires. Cependant, ces données permettent une première exploration pertinente du lien entre la transition et les habitudes alimentaires dans cette population.

8. Résultats

Un questionnaire de 45 questions a été mis en ligne sur les réseaux sociaux et le site internet de Genres pluriels mais aussi via mailing à leurs membres.

Le questionnaire a suscité l'intérêt de 86 personnes. Il est obtenu sur les 86 personnes, 39 réponses complètes (aller jusqu'à la fin du questionnaire), soit un taux de réponses de 45,35 %.

Avant le début des résultats, il est important de considérer qu'aucune question n'a été rendue obligatoire pour les répondants·e·s. Ce choix a été effectué pour garantir un cadre sécurisant.

En laissant une liberté totale de répondre ou non à chaque question, le questionnaire respecte le principe d'autodétermination et contribue à instaurer une relation de confiance et de bienveillance.

Cela permet aussi de réduire les réponses erronées liées à la gêne ou à la contrainte et de favoriser des réponses plus sincères et qualitatives.

Il n'est conservé pour l'analyse que les réponses des personnes ayant été jusqu'à la fin du questionnaire et l'ayant validé.

Pour faciliter la fluidité et la compréhension des résultats, il est conservé uniquement les graphiques présentant l'échantillon et ceux touchant aux habitudes alimentaires. Pour les questions sur les habitudes alimentaires avant/pendant/après la transition, il est réalisé un graphique commun pour les questions miroirs permettant de faire une analyse logique et fluide. Les autres graphiques peuvent être retrouvés en **annexe 5**.

8.1 Les informations générales

Question n°1 :

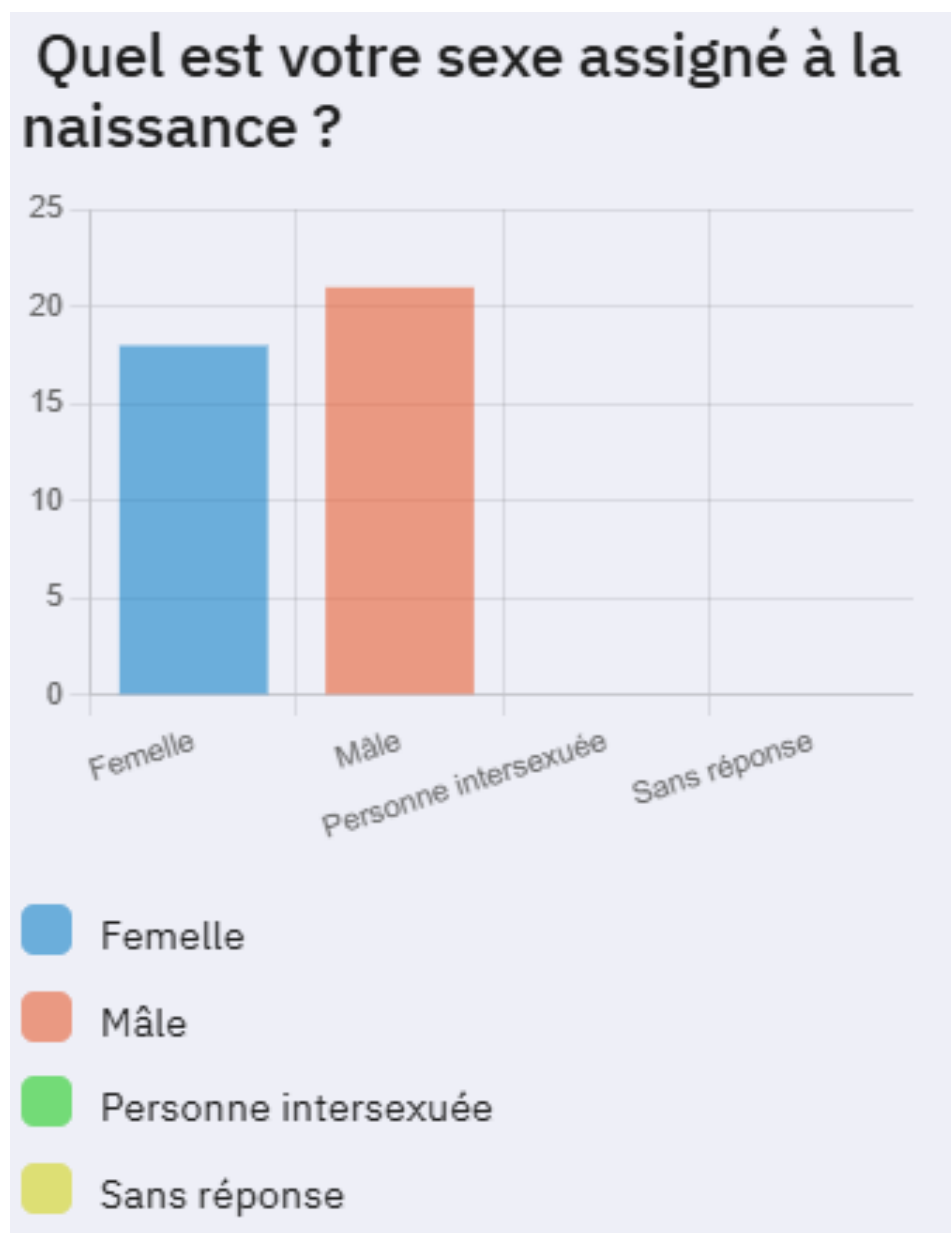


Figure 3 : Résultats question 1

Mon échantillon comporte donc 39 personnes dont 18 *femelles* (**46,15 %**) et 21 *mâles* (**53,85 %**).

Il n'est constaté *aucune personne intersexuée* dans mon échantillon. (**0 %**)

Question n°2 :

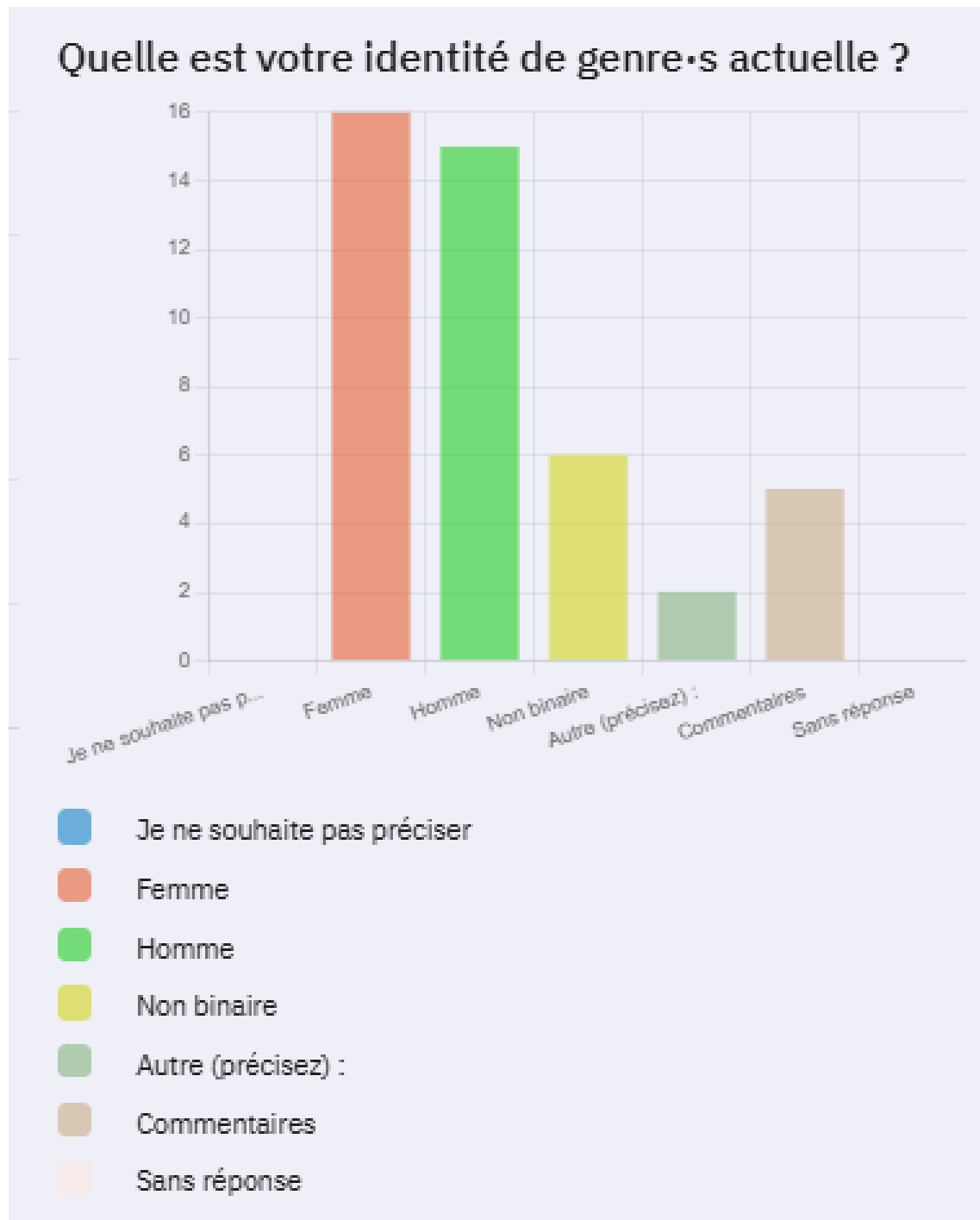


Figure 4 : Résultats question 2

Mon échantillon comporte 39 personnes dont :

- 16 personnes s'identifiant comme étant actuellement *une femme* **(41,03%)**
- 15 personnes s'identifiant comme étant actuellement *un homme* **(38,46%)**
- 6 personnes s'identifiant comme étant actuellement *non binaire* **(15,38%)**
- autres personnes devant préciser :
 - une personne s'identifiant comme *agenre* **(2,56%)**
 - une personne s'identifie comme femme mais a un rôle familial et social masculin (*bigenre*) **(2,56%)**

On précise 5 remarques : 2 sont attribuées pour les précisions de l'identité de genre-s et 3 personnes ont fait des précisions sur leurs ressentis.

Les *genres binaires* englobent **79,49 %** de l'échantillon (soit 31 personnes sur 39). Cela indique cependant que près d'une personne sur cinq ne se reconnaît pas totalement ou pas du tout dans le genre binaire.

On peut constater qu'il existe une diversité d'identités de genre-s et que celles-ci sont propres à chaque personne. Cela souligne l'importance que se baser sur une approche binaire pour la recherche en nutrition n'est pas une approche adéquate.

Question n°3 :



Figure 5 : Résultats question 3

La totalité de l'échantillon est majeur·e. Il n'est pas observé de différence significative entre les groupes d'âge :

- 18 à 25 ans **(28,21%)**
- 26 à 35 ans **(28,21%)**
- 36 à 50 ans **(23,08%)**
- 51 à 65 ans **(20,51%)**

On observe tout de même que la majorité de l'échantillon se situe *entre 18 et 35 ans*. **(56,42%)**

La tranche d'âge la moins représentée est constituée de personnes allant de *51 à 65 ans*.

Cela montre l'importance d'effectuer plus de recherche en science dans la nutrition dans les différents sous-groupes de la population transgenre, comme cela a déjà été fait pour la population cisgenre.

Question n°4 :

Depuis combien de temps avez-vous commencé votre traitement hormonal, si vous en prenez un ?

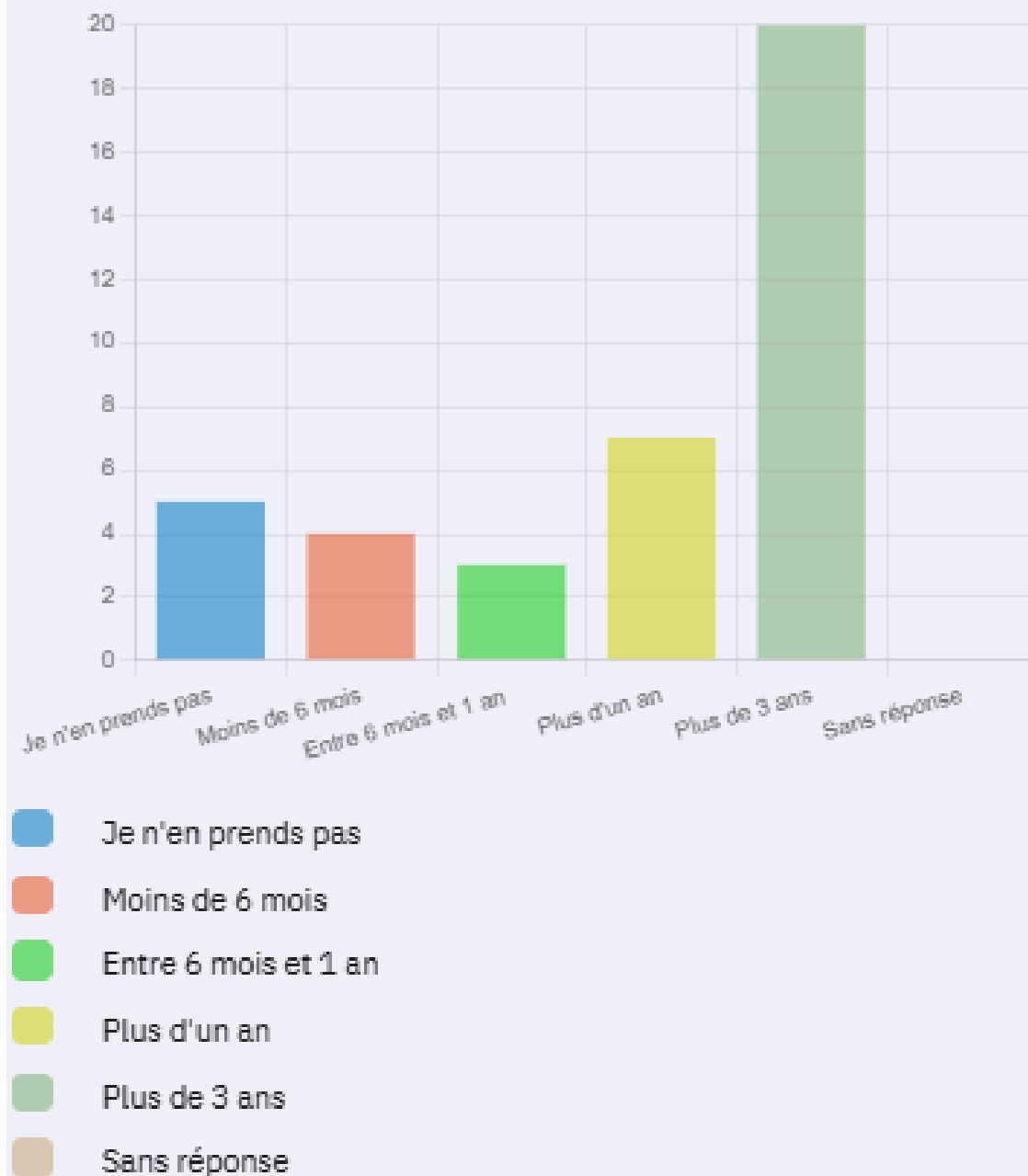


Figure 6 : Résultats question 4

Il est constaté que la majorité des répondant·e·s *prenait un TH*, précisément 34 personnes **(87,18 %)**, avec une tendance importante pour la *durée de plus de 3 ans* **(51,28%)**. Les autres durées déclarées sont relativement équilibrées, sans écarts majeurs entre elles :

- *Moins de 6 mois* **(10,26%)**
- *Entre 6 mois et 1 an* **(7,69%)**
- *Plus d'un an* **(17,95%)**

On remarque aussi que 5 personnes *ne prennent pas de TH* **(12,82%)**, ce qui permet de rappeler qu'une transition n'inclut en aucun cas une obligation de prise d'un TH et qu'il existe une diversité de transitions et de besoins.

De plus, la présence d'une majorité de répondant·e·s sous TH depuis plusieurs années pourrait favoriser des modifications significatives des habitudes alimentaires liées aux effets physiologiques des hormones, mais aussi à l'adaptation psychosociale.

Par ailleurs, une diversité dans le temps de prise des traitements permet d'apprécier si des effets potentiels varient selon la durée de prise du traitement.

Question n°5 :

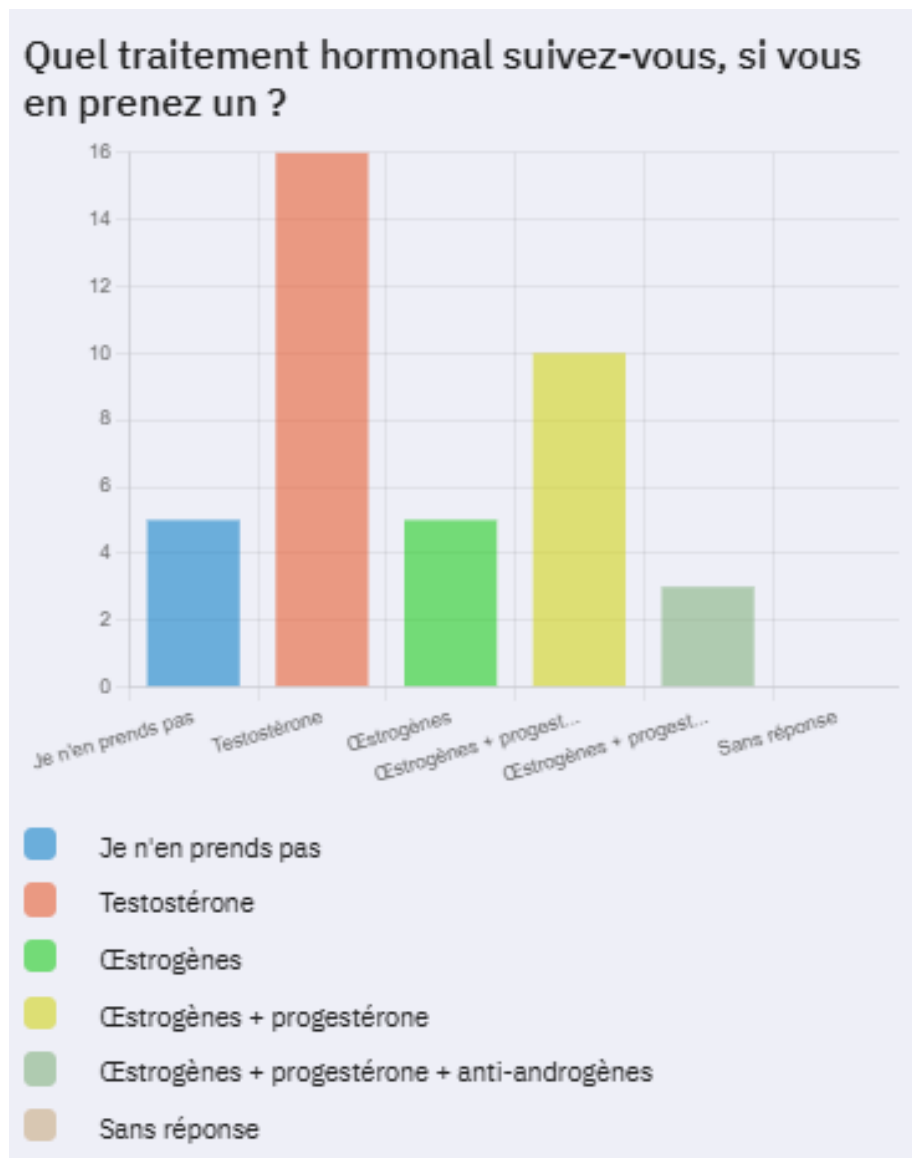


Figure 7 : Résultats question 5

Il est constaté que la plus grande partie des répondant·e·s *prenait un TH féminisant*, précisément 18 personnes (**46,15 %**). Le TH féminisant le plus utilisé est la combinaison d'*œstrogènes et de progestérone* (**25,64%**).

Ce graphique laisse penser que la plus grande partie des répondant·e·s *prenait un TH masculinisant* (**41,03%**), mais il n'y a pas un écart significatif entre les 2. Cela provient du fait qu'il y a une plus grande diversité de *TH féminisant*.

On remarque aussi que 5 personnes *ne prennent pas de TH* (**12,82%**), ce qui est en accord avec la question précédente. Cela assure une fiabilité dans les réponses fournies.

On constate aussi que les 5 personnes ne prenant pas de TH sont 2 femmes et 3 mâles. Cela est déductible en reprenant les sexes et les TH déclarés.

8.2 Les habitudes alimentaires avant/pendant/après la transition

Questions n°6 et n° 15 :

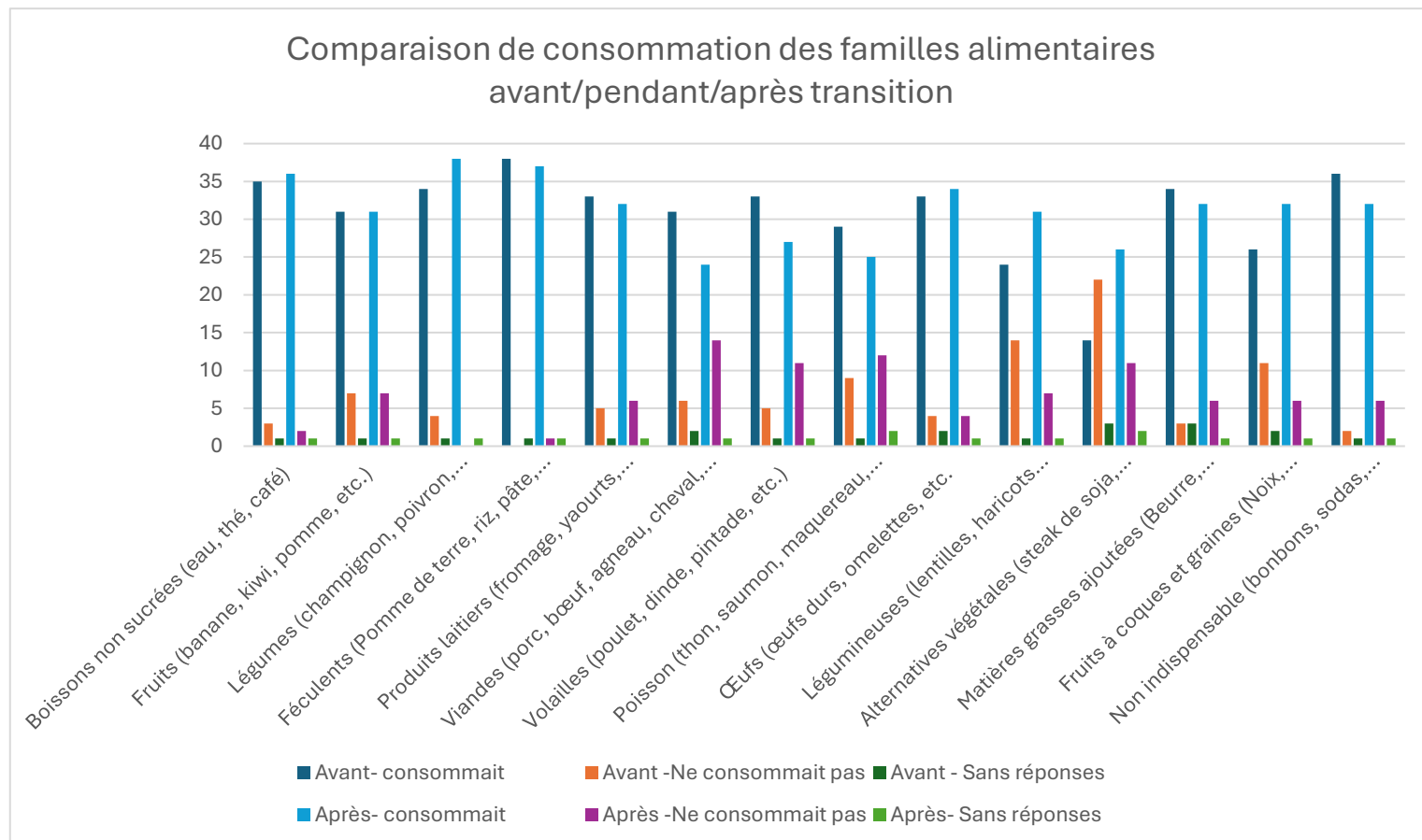


Figure 8 : Résultats questions 6 et 15

Avant la transition :

Indépendamment de la question miroir après/pendant la transition, cette question n'apporte qu'une vue globale des habitudes alimentaires avant transition.

On observe tout de même que les familles les plus consommées sont : *les féculents, les non-indispensables et les boissons non sucrées*.

On peut aussi constater une faible consommation *d'alternatives végétales, légumineuses, fruits à coques* dans les habitudes alimentaires.

L'association du nombre de personnes consommant des viandes, volailles, poissons et œufs (VVPO) avec le nombre de personnes consommant des alternatives végétales, légumineuses et fruits à coques indique une faible tendance au végétarisme et au végétalisme dans l'échantillon.

Pendant/après la transition :

Ce graphique reprend l'ensemble des habitudes de consommation avant transition présentées précédemment et les habitudes alimentaires pendant/après transition.

On observe une légère augmentation de la consommation de *boissons non sucrées* (**+2,57%**) et, en conséquence, une diminution du nombre de personnes n'en consommant pas.

On remarque une augmentation de la consommation de *légumes* pendant/après la transition (**+10,26%**).

On constate une légère diminution *des féculents et produits laitiers* (**-2,57%**). Cela est justifié par un·e répondant·e informant dans la zone commentaire avoir été diagnostiqué·e d'une intolérance au lactose et au gluten après sa transition. Cela ne doit donc pas être pris en compte, car c'est sans lien direct.

On distingue une diminution significative de la consommation *de viandes* (**-17,99%**), de *volailles* (**-15,39%**), de *poissons* (**-10,26%**), alors qu'on observe une augmentation de la consommation *d'œufs* (**+2,57%**).

On observe une augmentation flagrante de la consommation de légumineuses (**+17,95%**) et *d'alternatives végétales* (**+31,07%**).

On remarque une diminution de la consommation de *matières grasses* (**- 5,13%**) alors qu'il y a une augmentation significative de la consommation de *fruits à coque* (**+ 15,38%**).

On distingue aussi une diminution non négligeable de la consommation *d'aliments non indispensables* (**-10,26%**).

Enfin, l'ensemble de ces modifications dans la consommation alimentaire tend à aller vers l'inverse des premières constatations. C'est-à-dire une hausse de tendance pour le végétarisme et le végétalisme dans l'échantillon, mais aussi une modification de la qualité alimentaire en diminuant les produits non indispensables, en consommant plus de légumineuses, de fruits à coques, de boissons non sucrées.

Questions n°7 et n°19 :

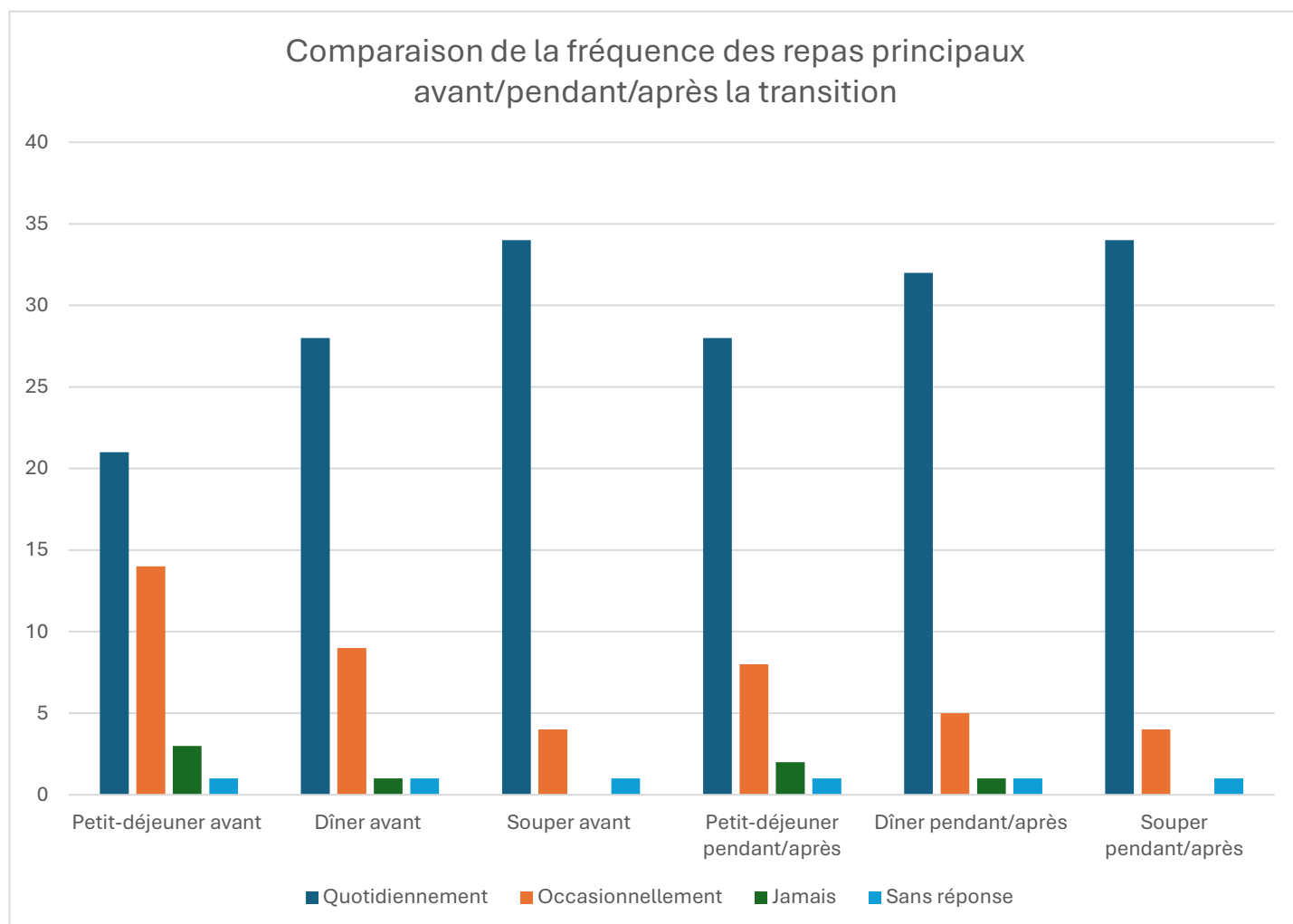


Figure 9 : Résultats questions 7 et 19

Avant la transition :

Indépendamment de la question miroir après/pendant la transition, cette question n'apporte qu'une vue globale du fractionnement alimentaire sur une journée avant la transition.

On peut tout de même constater que *le souper* était le repas qui était le plus consommé systématiquement. **(87,18%)**

A contrario, le repas qui était le moins pris quotidiennement était *le petit-déjeuner*. **(61,54%)**

D'ailleurs, *le petit-déjeuner* était le repas le plus systématiquement négligé dans la journée. **(7,69%)**

On peut présumer que la personne n'ayant pas répondu à la question ne souhaitait peut-être pas répondre ou n'avait plus la possibilité de le faire par biais de mémoire.

Pendant/après la transition :

On constate avant ou pendant/après la transition la fréquence du *petit-déjeuner* comme étant la plus faible. D'ailleurs, dans la même optique, on remarque que *le souper* est le repas pris le plus quotidiennement avant ou pendant/après la transition.

On remarque aussi une augmentation de la prise quotidienne du *petit-déjeuner* **(+17,94%)** et du *dîner* **(+10,46%)**. Cette augmentation provoque alors une diminution de la fréquence de consommation occasionnelle de ces repas.

On ne constate aucune modification dans la fréquence de prise du *souper*.

Questions n°8 et n°18 :

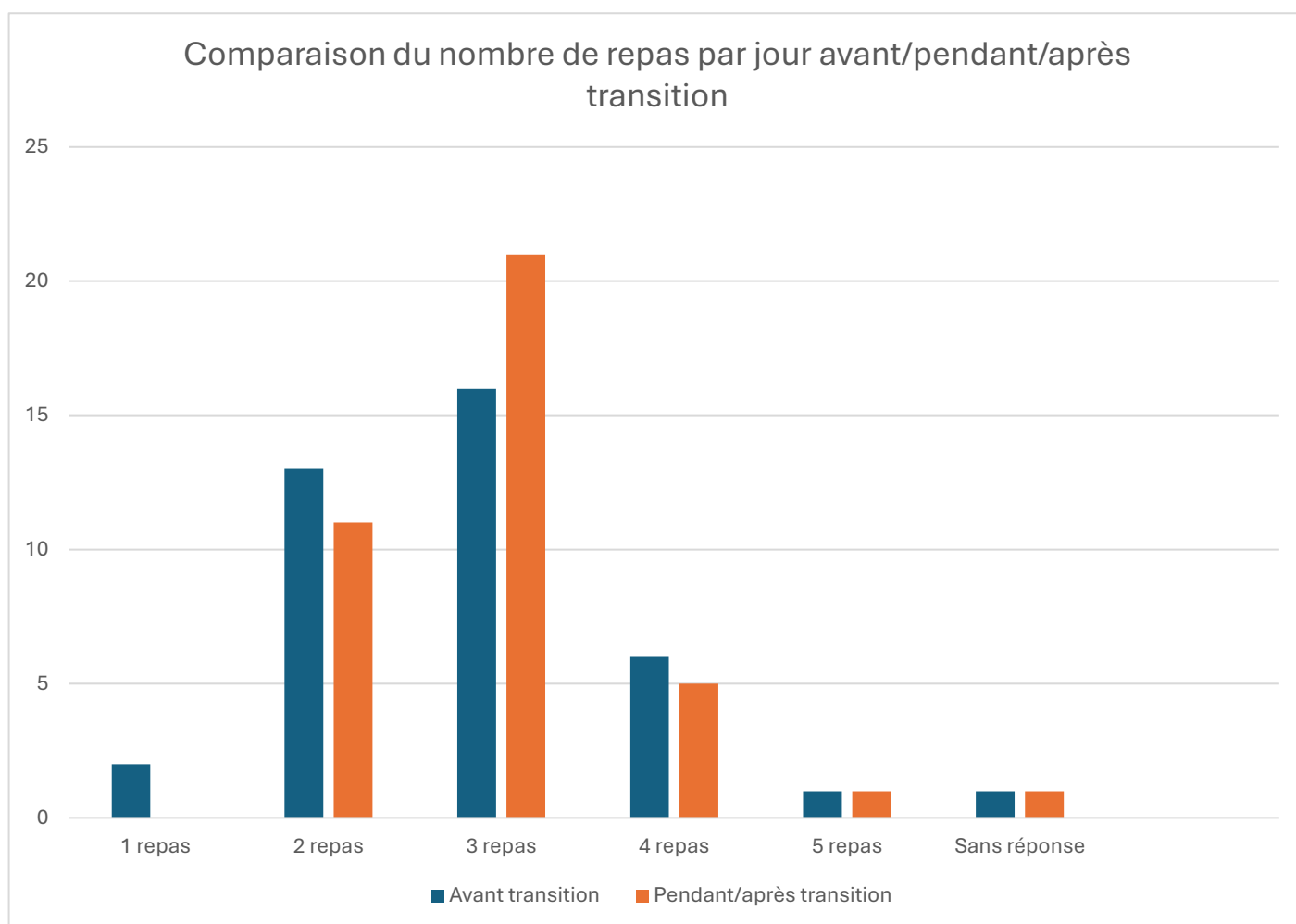


Figure 10 : Résultats questions 8 et 18

Avant la transition :

On peut constater qu'avant transition, il y a une majorité de répondant·e·s consommant **2 à 3 repas par jour. (74,36%)**

La partie de l'échantillon la plus prépondérante consommait **3 repas par jour. (41,03%)**

La partie la plus minoritaire de l'échantillon consommait 5 repas par jour. (2,56%)

Pendant/après la transition :

Le résultat revenant le plus souvent est la consommation de 3 repas par jour pour **53,85 %** des participant·e·s. Le second résultat le plus présent est la consommation de 2 repas par jour chez **28,21 %** des répondant·e·s après transition.

5 personnes consomment 4 repas par jour (**12,82%**).

1 personne consomme 5 repas par jour et une autre personne n'a pas répondu (**2,56%**).

Aucun·e participant·e ne consomme qu'un repas par jour (**0%**).

On constate une diminution du nombre de personnes consommant 1 repas (**-5,12%**), 2 repas (**-5,12%**) et 4 repas (**-2,56%**) par jour pendant/après la transition. Cette diminution semble se faire au profit d'une augmentation du nombre de répondant·e·s consommant 3 repas par jour (**+12,82%**), soit 5 personnes.

Questions n°9 et n°20 :

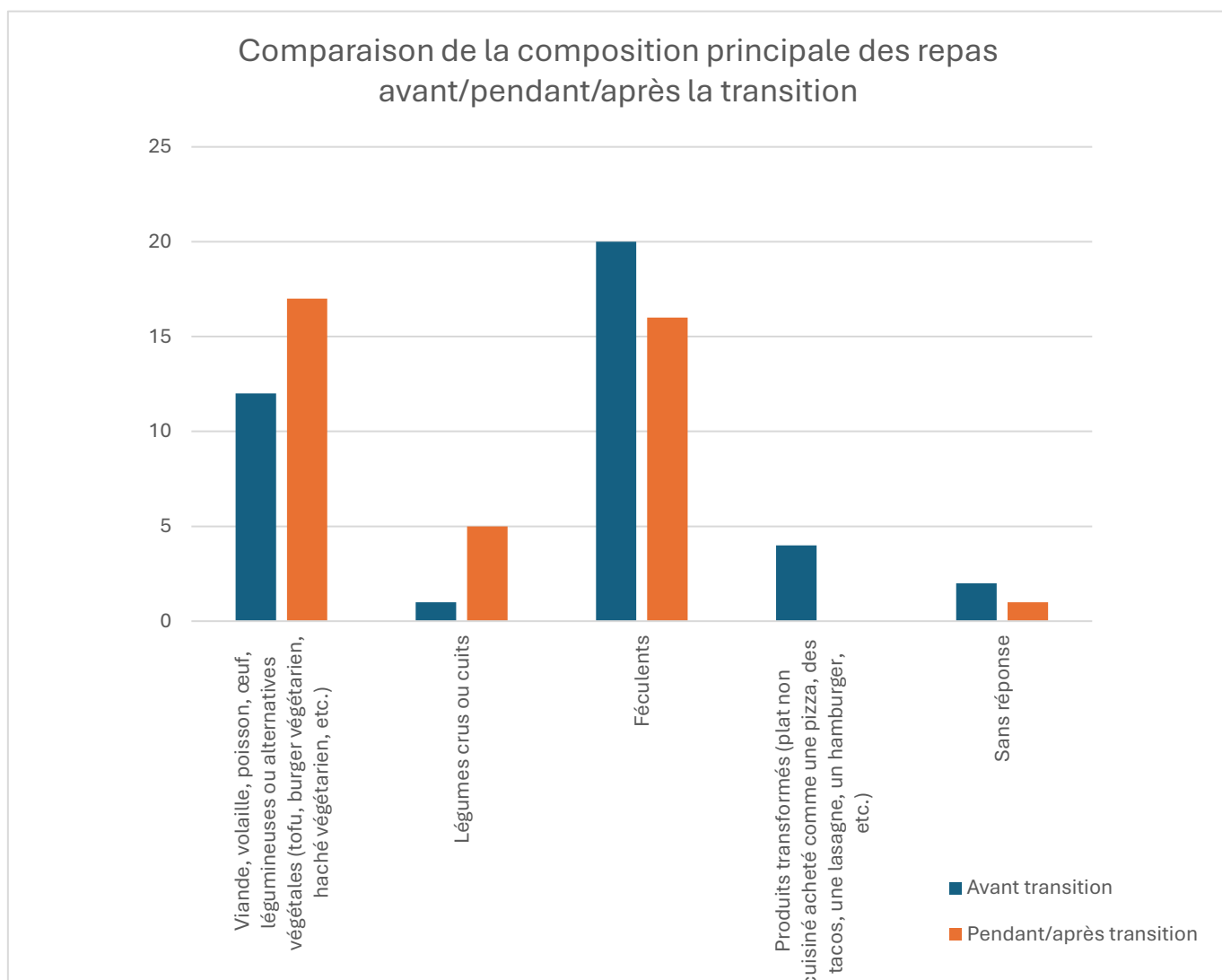


Figure 11 : Résultats questions 9 et 20

Avant la transition :

On peut constater qu'avant transition, il y a une majorité de répondant·e·s consommant *principalement des féculents* **(51,28 %)** mais aussi une part importante de personnes consommant *principalement des viandes, volailles, poissons, œufs, légumineuses et alternatives végétales* (VVPOLAV) **(30,77 %)**.

Seulement la partie la plus faible avait ses repas *principalement composés de légumes crus ou cuits*. **(2,56%)**

Les repas *principalement composés de produits transformés* restaient une des minorités de l'échantillon, mais cela signifie que tout de même 1 personne sur 10 avait un repas *principalement constitué de produits transformés*. **(10,26%)**

Pendant/après la transition :

On peut constater qu'après transition, il y a une majorité de répondant·e·s consommant *principalement des VVPOLAV* **(43,59%)**, mais aussi, en deuxième position, une part importante de personnes consommant *principalement des féculents* **(41,53%)**.

Ce sont toujours les 2 constituants principaux des repas, sauf qu'avant transition, c'était en priorité les féculents puis les VVPOLAV.

5 personnes ont leurs repas *principalement composés de légumes crus ou cuits* **(12,82%)**.

On remarque une augmentation de la quantité de repas *principalement composés de VVPOLAV* **(+12,88%)**, de repas *principalement composés de légumes crus ou cuits* **(+10,26%)**. Ces augmentations se produisent à la suite de la diminution des repas *principalement composés de féculents* **(-10,25%)**, des repas *principalement composés de produits transformés* **(-10,26%)**.

On observe d'ailleurs une diminution totale des repas *principalement composés de produits transformés*.

Questions n°10 et n°21 :

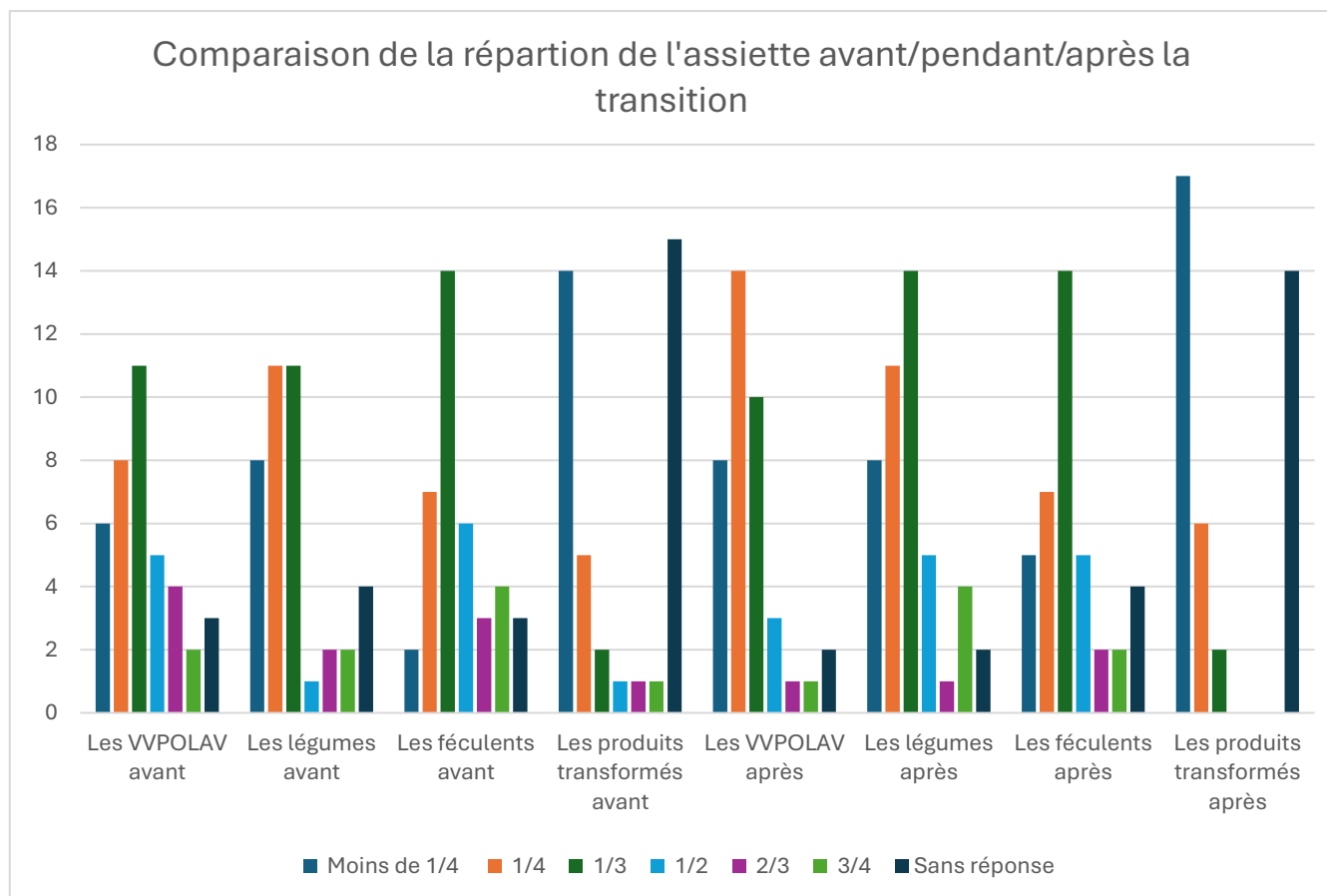


Figure 12 : Résultats questions 10 et 21

Avant la transition :

On constate tout de même une prépondérance pour 1/3 de VVPOLAV (**28,21%**), 1/3 ou 1/4 de légumes qui sont à égalité (**28,21%**), 1/3 de féculents (**35,90%**).

Une partie n'a pas répondu pour les *produits transformés* (**38,46 %**) suivis par moins de 1/4 de *produits transformés* (**35,90 %**). Suite à ce taux important de non-réponse, il est difficile de vérifier si les résultats sont cohérents avec la question précédente.

On peut observer une certaine incohérence entre les résultats de cette question et la précédente. En effet, les résultats de la question 9 nous indiquent que pour **51,28 %** de l'échantillon, les *féculents* composaient principalement leurs repas. Cependant, la place qu'avaient les *féculents* dans leurs assiettes est, pour la plus grande partie des répondant·e·s, de 1/3.

Cela peut provenir d'une mauvaise compréhension des questions qu'il faudrait retravailler si le questionnaire devait être administré de nouveau.

Pendant/après la transition :

On constate tout de même une prépondérance pour 1/4 de *VVPOLAV* (**35,90%**), 1/3 de *légumes* (**35,90%**), 1/3 de *féculents* (**35,90%**) pendant/après la transition.

Une partie plus importante consomme moins de 1/4 de *produits transformés* (**43,59%**), suivie par la partie n'ayant pas répondu pour cette catégorie (**35,90%**).

Pour les *VVPOLAV*, on constate une diminution de la proportion de ceux-ci dans l'assiette. Avant la transition, 1/3 de l'assiette était occupée par des *VVPOLAV* (**28,21%**) alors que pendant/après celle-ci, ils occupent 1/4 de l'assiette (**35,90%**). On constate d'ailleurs une diminution quand les *VVPOLAV* occupent 3/4, 2/3, 1/2 et 1/3, alors qu'il y a une augmentation pour la place de 1/4 et moins de 1/4.

Pour les *légumes*, on remarque une amélioration de leur occupation dans l'assiette par rapport à avant la transition. C'est-à-dire qu'il y a une diminution des répondant-e-s qui attribuaient moins de 1/4 aux *légumes* dans l'assiette (**-15,38%**) au profit d'une augmentation des personnes attribuant la place des *légumes* dans l'assiette à 1/3 (**+7,69%**), 1/2 (**+10,26%**), 3/4 (**+5,13%**).

Pour les *féculents*, on distingue de légères variations dans les différents fractionnements de l'assiette, mais la place prépondérante attribuée aux *féculents* reste majoritairement 1/3 (**35,90%**).

Pour les *produits transformés*, avant transition, la place accordée était déjà majoritairement moins de 1/4 pour **35,90%** des répondant-e-s. Après transition, on constate une augmentation de **7,69 %** pour cette place dans l'assiette. On remarque toujours une part significative pour cette famille alimentaire malgré une légère diminution (**35,90%**).

Questions n°11 et n°22 :

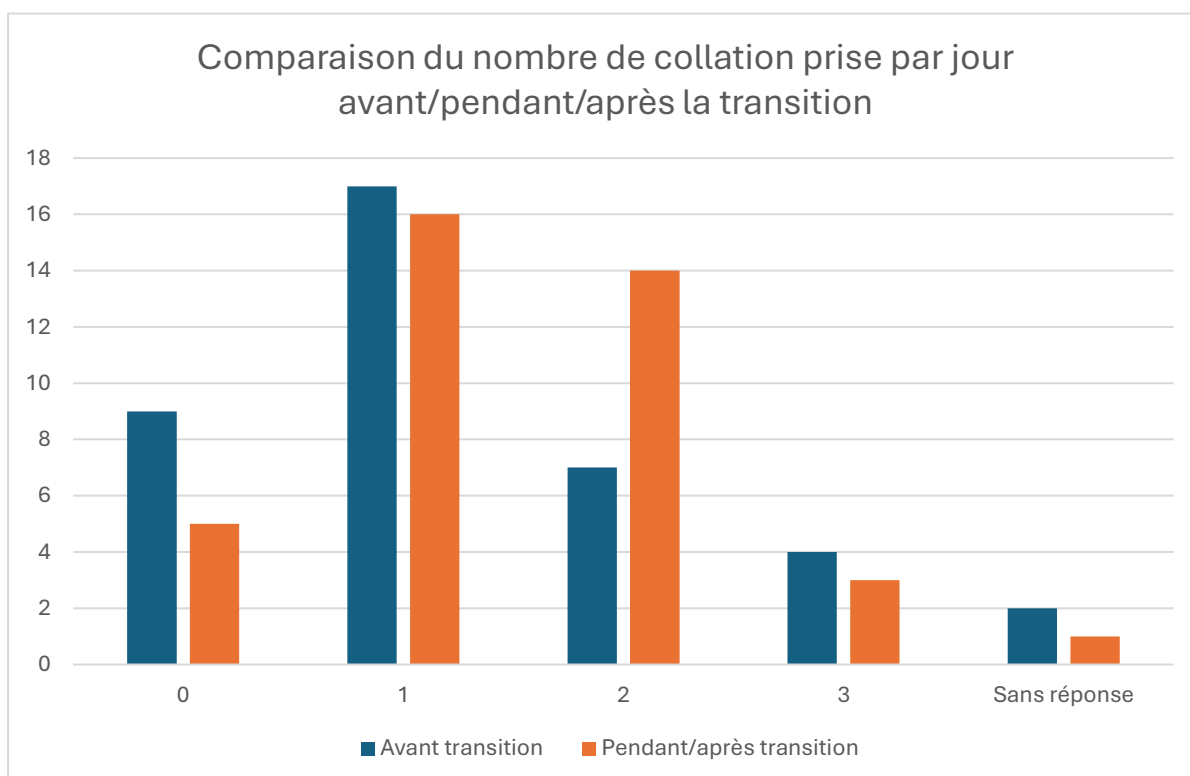


Figure 13 : Résultats questions 11 et 22

Avant la transition :

La partie la plus importante des répondant·e·s prenait *1 collation par jour* (**43,59%**). L'autre partie la plus importante est celle où les répondant·e·s *n'en prennent pas* (**23,08%**).

On constate la présence d'au moins *1 collation par jour* pour **71,80 %** de l'échantillon.

En associant cette question à la question 8, on pourrait observer une tendance de consommation de 3 repas par jour et 1 collation avant la transition.

Pendant/après la transition :

La majorité des répondant·e·s prend *1 collation par jour* (**41,03%**). L'autre partie la plus importante est celle où les répondant·e·s *en prennent 2* (**35,90%**).

5 personnes ne prennent *aucune collation dans la journée* (**12,80%**).

3 personnes prennent *3 collations sur la journée* (**7,69%**).

On constate après transition une augmentation significative du nombre de personnes prenant *2 collations par jour* (**+ 17,95%**). Cette augmentation se produit car il y a une diminution des personnes *ne prenant pas de collation* avant transition (**-10,26%**), une diminution des personnes *en prenant une* (**-2,56%**), une diminution des personnes *en prenant 3* (**-2,57%**).

On remarque après transition que **84,62 %** de l'échantillon prennent au moins *1 collation par jour* contre **71,80 %** avant transition, soit **12,82%** de plus.

Questions n°12 et n°23 :

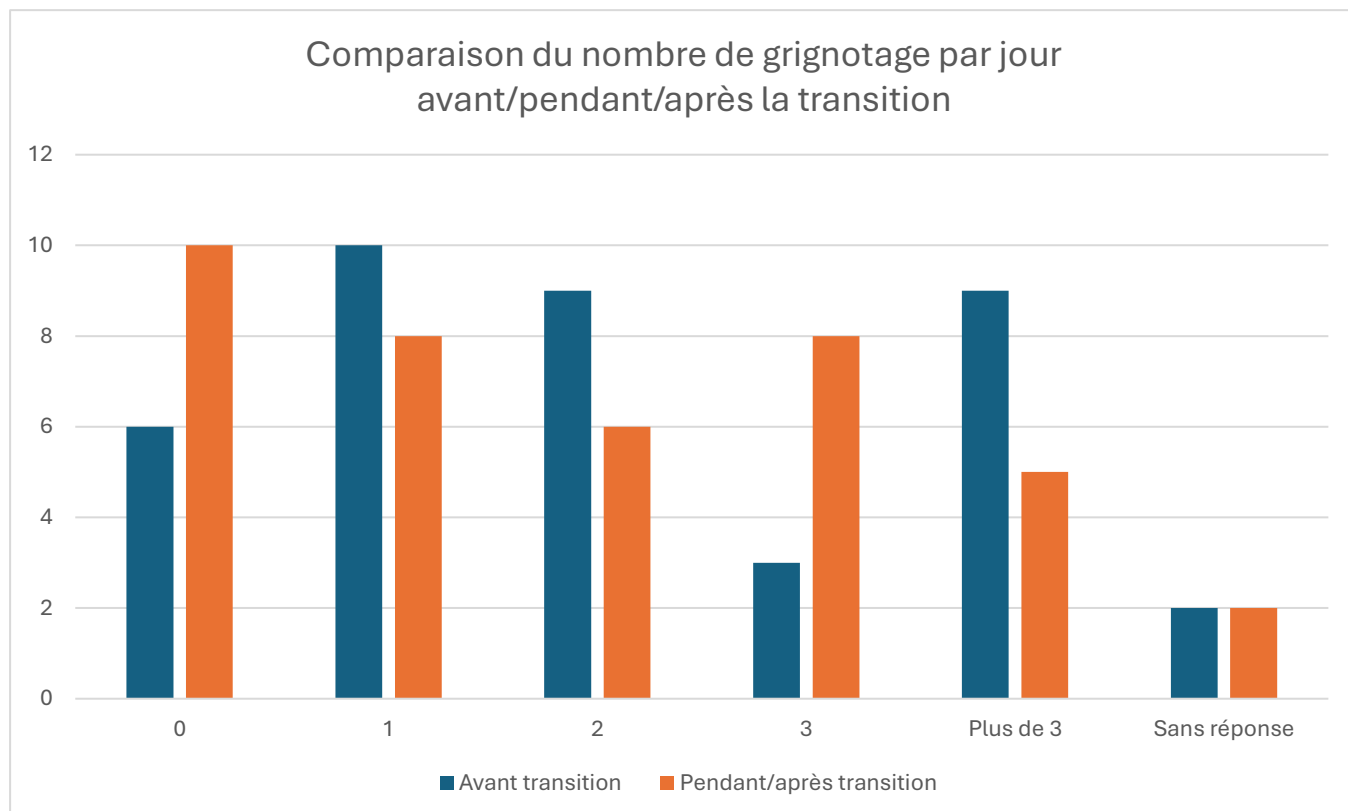


Figure 14 : Résultats questions 12 et 23

Avant la transition :

La majorité des personnes *grignotait au moins une fois pendant la journée (79,49%)*.

10 personnes *grignotaient 1 fois sur la journée (25,64%)*. La seconde partie la plus importante est le *grignotage 2 fois par jour à égalité avec plus de 3 fois par jour (23,08%)*.

6 personnes *ne grignotaient pas du tout dans la journée (15,38 %)*.

3 personnes *grignotaient 3 fois sur la journée (7,69%)*.

2 personnes *n'ont pas répondu (5,13%)*.

Le constat le plus frappant est que seulement **15,38% ne grignotaient pas du tout** dans la journée alors que cela n'est pas indispensable.

Pendant/après la transition :

La majorité des personnes *grignote au moins une fois pendant la journée (72,22%)*. On peut constater une diminution de **7,27 %** par rapport à avant la transition.

10 personnes *ne grignotent pas du tout* dans la journée **(25,64 %)**. On remarque une augmentation de **10,26 %** des personnes *ne grignotant pas* dans la journée après la transition.

8 personnes *grignotent 3 fois sur la journée (20,51%)*. On remarque une augmentation significative des personnes grignotant 3 fois dans la journée **(+12,82%)**.

8 personnes *grignotent 1 fois sur la journée (20,51%)*. On observe une diminution de **5,13 %** des personnes grignotant une fois dans la journée.

6 personnes *grignotent 2 fois sur la journée (15,38%)*. On constate une diminution de **7,70 %** des personnes grignotant 2 fois dans la journée.

5 personnes *grignotent plus de 3 fois sur la journée (12,82%)*. On constate une diminution de **10,26 %** des personnes grignotant plus de 3 fois dans la journée.

2 personnes *n'ont pas répondu (5,13%)*.

Questions n°13 et n°24 :

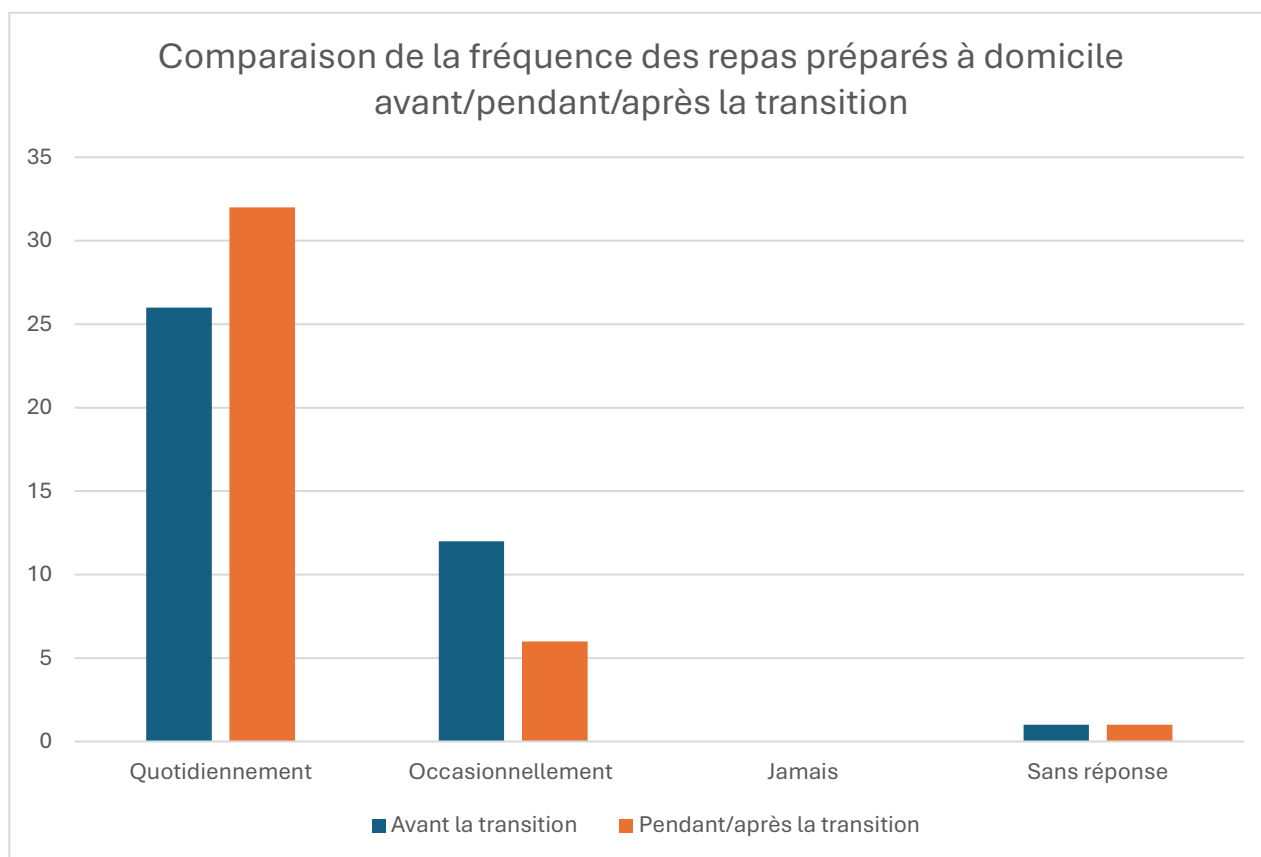


Figure 15 : Résultats questions 13 et 24

Avant la transition :

La majorité des personnes mangeait à *domicile quotidiennement* (**66,67%**).

12 personnes mangeaient *occasionnellement* à domicile. (**30,77%**).

1 personne n'a *pas répondu* (**2,56%**).

Pendant/après la transition :

La majorité des personnes mange à *domicile quotidiennement* (**82,05%**). Le nombre de répondant·e·s mangeant des plats préparés à la maison a augmenté de **15,38 %** pendant/après la transition.

6 personnes mangent *occasionnellement* à domicile. (**15,38%**). On remarque une diminution du nombre de personnes *mangeant occasionnellement à la maison* de 15,39 %, soit de la moitié, au profit d'une augmentation de la consommation de repas *quotidiens au domicile*.

1 personne n'a *pas répondu* (**2,56%**).

Questions n°14 et n°25 :

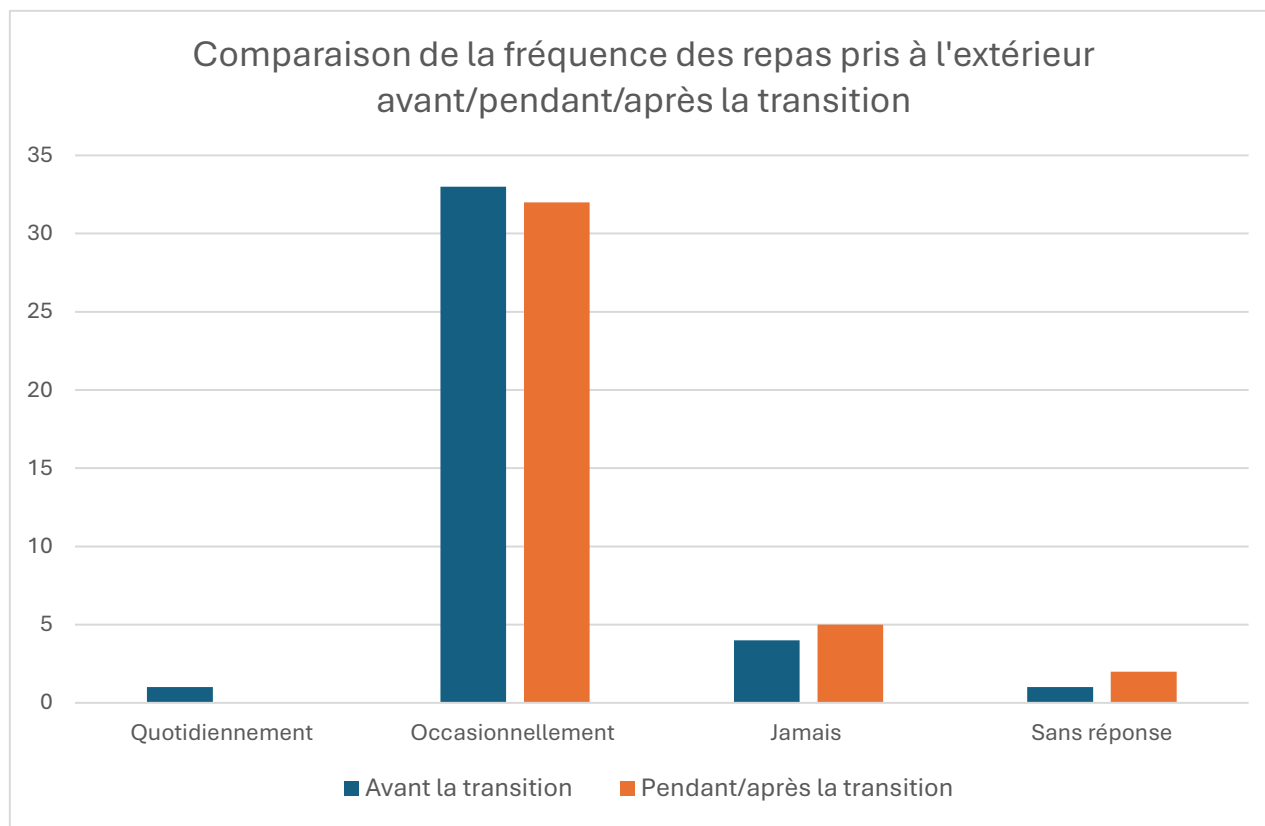


Figure 16 : Résultats questions 14 et 25

Avant la transition :

La majorité des personnes mangeait *occasionnellement à l'extérieur* (**84,62%**).

4 personnes ne mangeaient *jamais en extérieur* (**10,26%**).

1 personne mangeait *quotidiennement à l'extérieur* (**2,56%**).

1 personne n'a pas répondu (**2,56%**).

Ces résultats concordent avec la question précédente. Pour la majorité de l'échantillon, les *repas extérieurs n'étaient qu'occasionnels*.

Pendant/après la transition :

La majorité des personnes mange à *l'extérieur occasionnellement* (**82,05%**). On observe une légère diminution de **2,57 %** des personnes prenant *occasionnellement un repas à l'extérieur*. On observe la même diminution pour la personne qui mangeait *quotidiennement à l'extérieur* avant la transition.

5 personnes ne mangent *jamais à l'extérieur* (**12,82%**). On observe donc une légère augmentation de **2,57%**.

2 personnes n'ont *pas répondu* (**5,13%**).

Question n°16 :

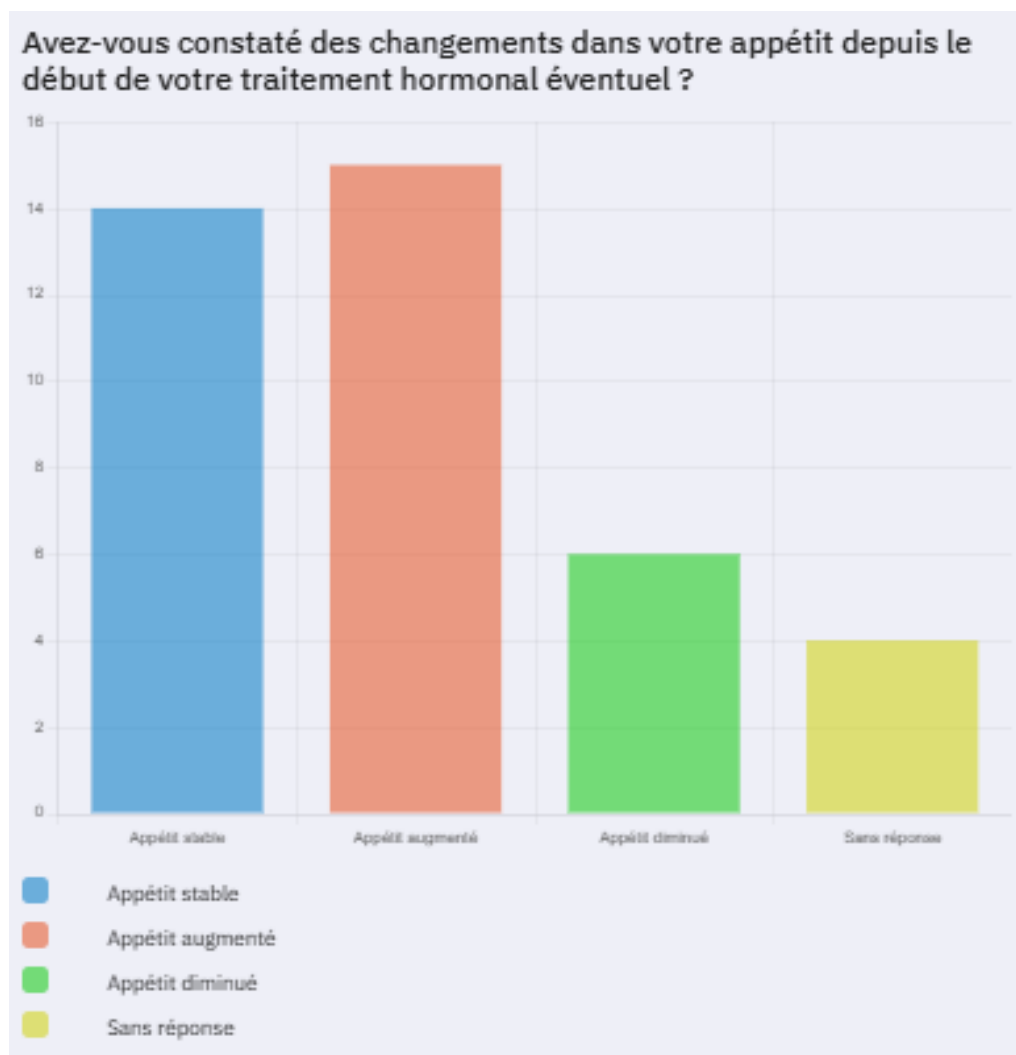


Figure 17 : Résultats question 16

Une *modification de l'appétit* est constatée pour **53,84 %** des répondant·e·s (soit plus d'une personne sur deux).

Le résultat revenant le plus souvent est un *appétit augmenté* chez **38,46 %** des répondant·e·s. Le second résultat le plus présent est un *appétit stable* chez **35,90 %** des répondant·e·s.

6 personnes ont remarqué un *appétit diminué* (**15,38%**).

4 personnes n'ont *pas répondu* (**10,26%**).

Il devrait y avoir normalement une cinquième personne sans TH dans l'échantillon. Cette répondant·e s'est mis·e dans *appétit stable*.

Question n°17 :

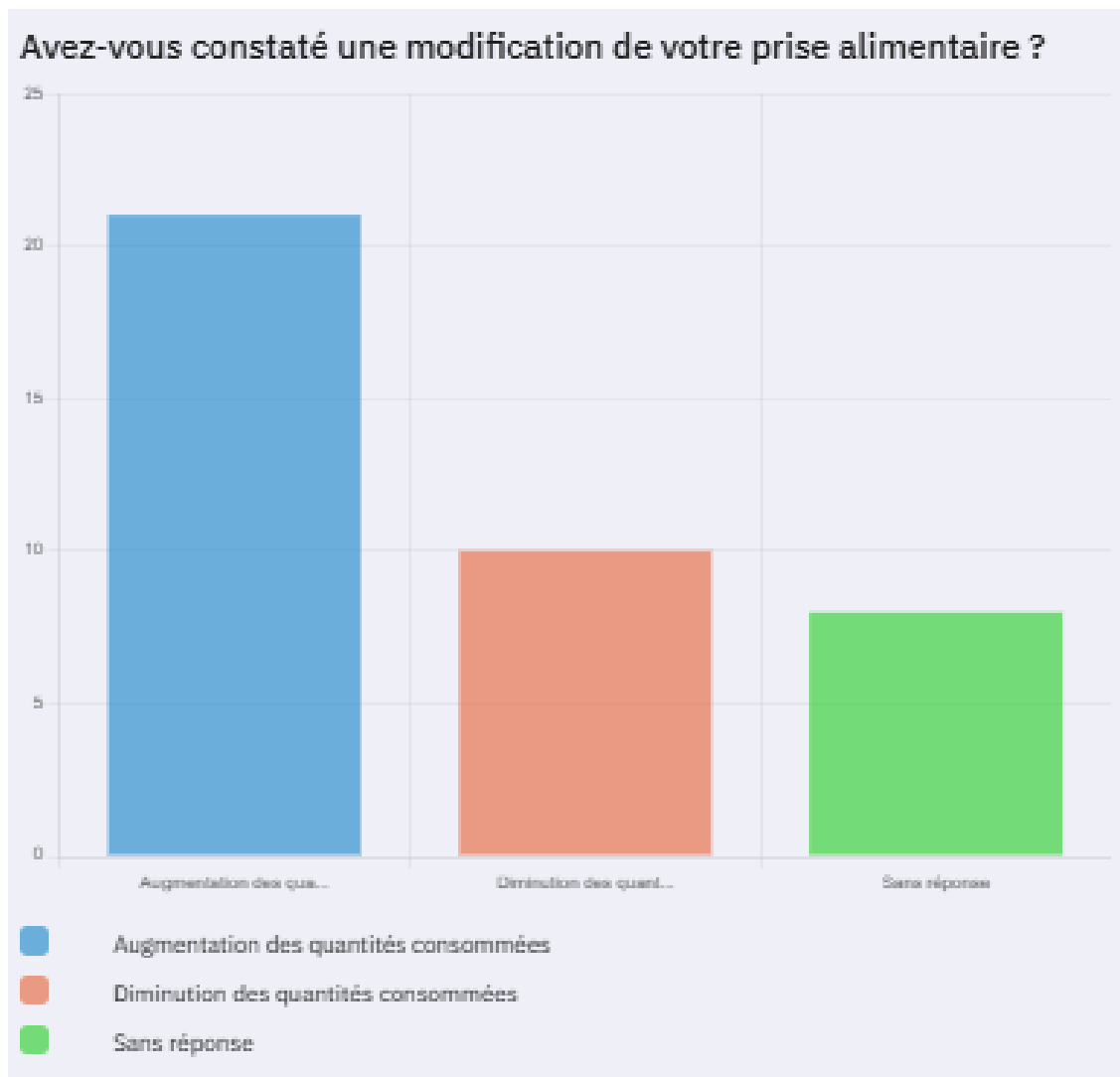


Figure 18 : Résultats question 17

Le résultat revenant le plus souvent est une *augmentation des quantités consommées* chez **53,85 %** des répondant·e·s. Le second résultat le plus présent est *une diminution des quantités consommées* chez **25,64 %** des répondant·e·s.

8 personnes n'ont pas répondu (**20,51%**). On peut présumer que cela viendrait d'une stabilité des quantités consommées ou alors d'un biais de mémoire ou encore d'une non-volonté de partager cette information.

Pour être le plus pertinent possible, il aurait fallu laisser en choix de réponse supplémentaire la possibilité de montrer qu'une modification dans les quantités consommées n'a pas été observée par les répondant·e·s.

Question n°26 :



Figure 19 : Résultats question 18

La majorité des participant-e-s (**53,85%**) a déclaré avoir *ajouté certains aliments* qui n'étaient pas consommés avant dans les repas. Voici une liste exhaustive des aliments ajoutés.

- Des protéines végétales (**23,07 %**)
- Plus de graines et légumineuses (**15,38%**)
- Plus de légumes (**15,38 %**)
- Soja ou substitut de lait (**12,82 %**)
- Fruits à coque (**12,82%**)
- Plus de viande (**2,56%**)
- Chips plus fréquemment (**2,56%**)
- Plus de poissons (**5,13 %**)
- Aliments sans gluten et sans lactose suite au diagnostic d'intolérances (**2,56%**)
- Suite à l'alimentation d'un-e partenaire (**2,56%**)
- Les sodas (**2,56%**)
- Les sodas sans sucre (**2,56%**)

Le reste des participant·e·s (**41,03%**) déclare que *ce n'est pas leur cas*, sauf 2 personnes qui n'ont *pas répondu* (**5,13%**).

On constate donc un *ajout dans les aliments consommés* après la transition pour plus d'une personne sur 2.

Question n°27 :

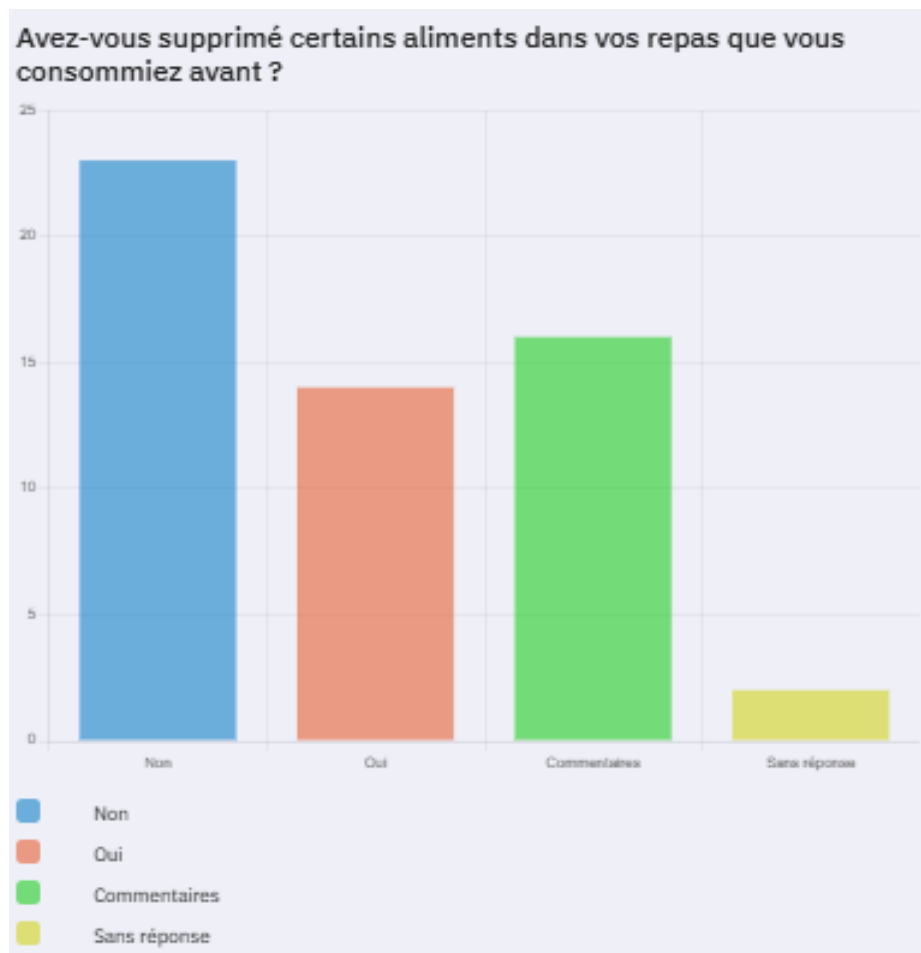


Figure 20 : Résultats question 27

Une partie des participant·e·s (**35,90%**), soit plus d'une personne sur 3, a déclaré avoir *supprimé certains aliments* qui étaient consommés avant dans les repas. Voici une liste exhaustive des aliments supprimés :

- Les protéines animales (**2,56%**)
- Les viandes (**7,69%**)
- La viande rouge (**2,56%**)
- Les poissons (**7,69%**)
- Les aliments contenant du lactose et du gluten (**2,56%**)
- L'alcool (**5,13%**)
- Les produits ultra-transformés (**7,69%**)
- Le beurre, le pain (**2,56%**)
- Certains fruits (**2,56%**)

Le reste des participant·e·s (**58,97%**) déclare que *ce n'est pas leur cas*, sauf 2 personnes qui *n'ont pas répondu* (**5,13%**).

Question n°28 :

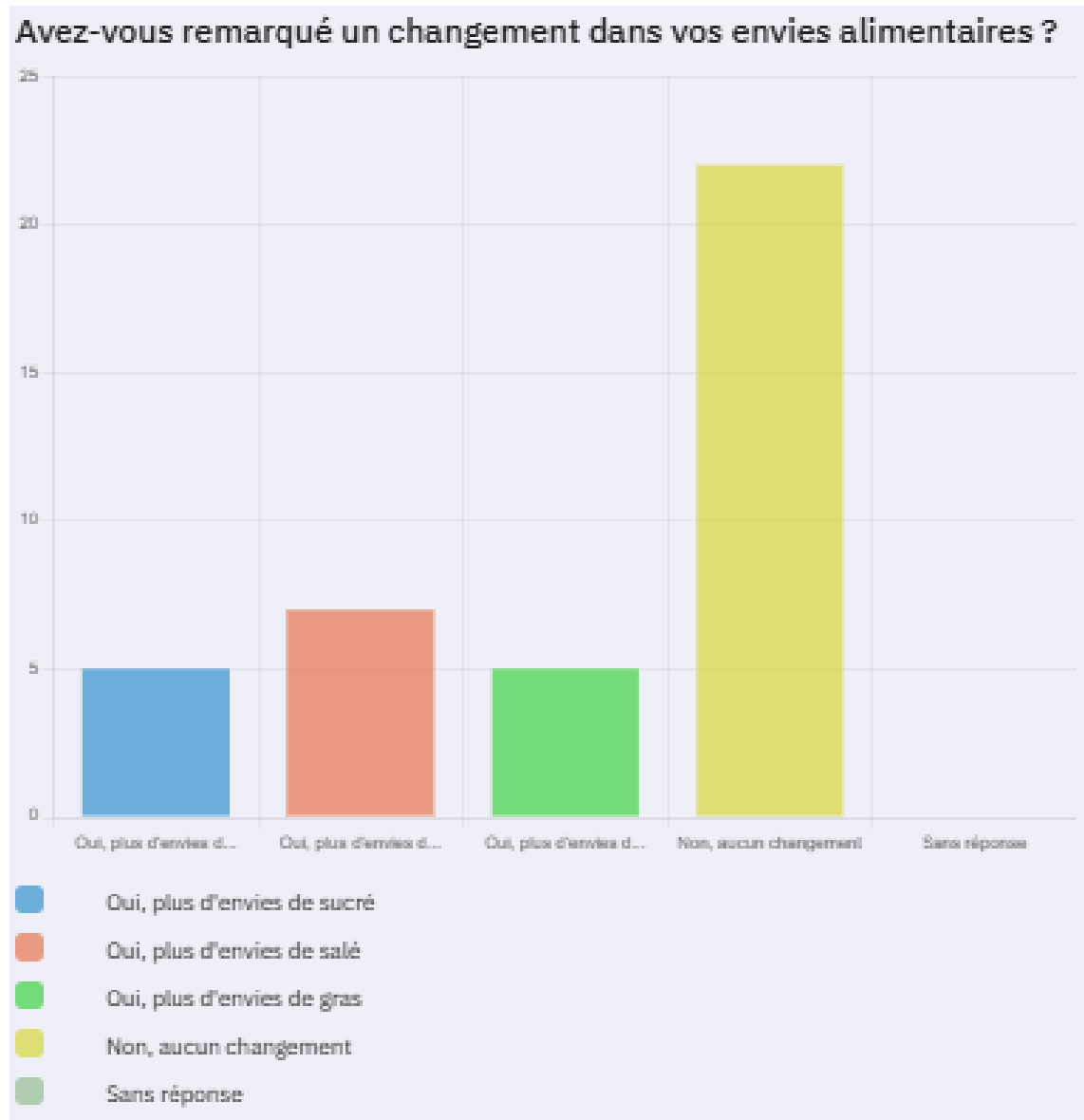


Figure 21 : Résultats question 28

La majorité des répondant·e·s déclare ne pas avoir remarqué de *changement dans les envies alimentaires* (**56,41%**), soit plus d'une personne sur 2.

La seconde partie la plus représentée déclare *avoir plus d'envie de salé*. (**17,95%**)

Une autre partie déclare *avoir plus d'envie de gras* tout autant que la dernière partie a *plus d'envie de sucré*. (**12,82%**)

On constate tout de même une *modification des envies alimentaires* pour **43,59 %** de l'échantillon.

Question n°29 :

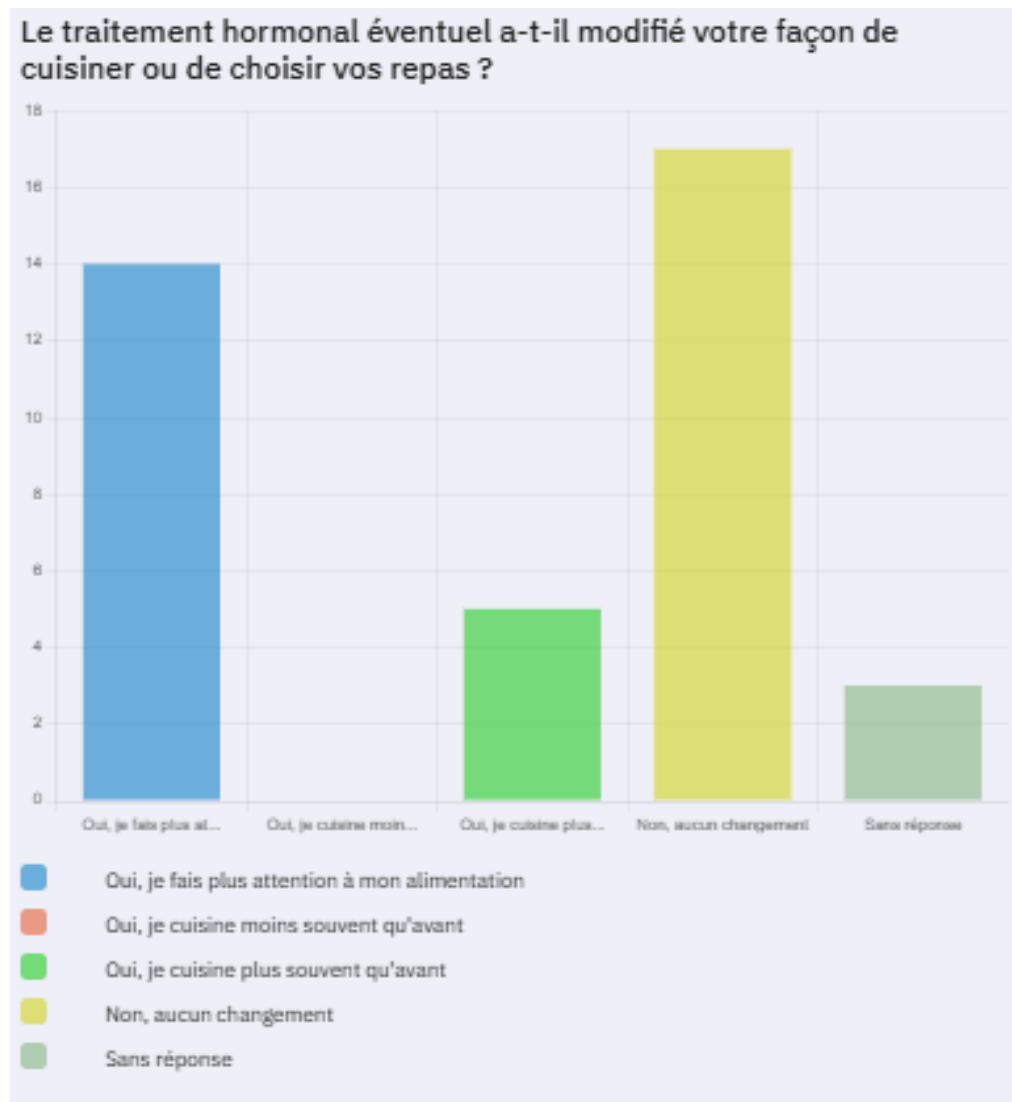


Figure 22 : Résultats question 29

La plus grande partie des répondant·e·s déclare *ne pas avoir remarqué de changement dans la façon de cuisiner ou de choisir les repas*. **(43,59%)**

La seconde partie la plus représentée déclare *faire plus attention à son alimentation*. **(35,90%)**

La dernière partie déclare *cuisiner plus souvent qu'avant*. **(12,82%)**

3 personnes n'ont *pas répondu* à la question **(7,69%)**. Il était attendu au moins 5 répondant·e·s à cette question, car 5 personnes avaient déclaré ne pas prendre de TH. Les 2 autres personnes ont déclaré n'avoir remarqué aucun changement.

Globalement, on remarque que pratiquement 1 personne sur 2 a remarqué une *modification dans sa façon de cuisiner ou de choisir ses repas*. **(48,72%)**

8.4 Les soins de santé

Question n°30 :

La majorité de l'échantillon déclare avoir *accès facilement à des soins de santé transspécifiques*. **(61,54%)**

Au contraire, **38,46 %** déclare *ne pas avoir accès facilement à des soins de santé transspécifiques*, soit plus d'une personne sur trois estime *ne pas bénéficier de soins adaptés*.

Question n°31

La majorité des répondant·e·s déclare *ne jamais avoir pensé à consulter un·e diététicien·ne* avant ou pendant leur transition. **(61,54%)**

Au contraire, **35,90 %** déclare *y avoir pensé*.

1 répondant·e *ne pensait pas que cela était possible*. **(2,56%)**

On constate donc que l'aspect nutritionnel et diététique n'est pas abordé dans la majorité des cas lors de la prise en charge de cette population.

Question n°32 :

La majorité des répondant·e·s informe *n'avoir jamais été conseillée à aller consulter un·e diététicien·ne pendant leur transition*. **(82,05%)**

Par contre, **17,95 %** des répondant·e·s ont *reçu pour conseil d'aller consulter un·e diététicien·ne*.

Cela confirme bien que l'aspect diététique et nutritionnel n'est pas abordé dans la majorité des cas lors de la prise en charge de cette population.

Question n°33 :

On constate une majorité de non-réponse à cette question **(51,28%)**. Cela est normal, la question était « Si on vous a conseillé de consulter un·e diététicien·ne, l'avez-vous fait ? » et ne s'adressait qu'aux répondant·e·s ayant reçu pour conseil d'aller consulter un·e diététicien·ne.

Il était attendu **82,05 %** de *non-réponse*. 11 participant·es ayant répondu *non* à la question précédente ont répondu *non* à cette question-ci.

1 participant·e ayant répondu *non* à la question précédente a répondu *oui* à cette question. Cela veut dire que la visite chez un·e diététicien·ne s'est effectuée sans redirection au préalable.

En revanche, **20,51 %** des répondant·e·s sont *allé·e·s consulter un·e diététicien·ne à la suite du conseil reçu*. Cela montre que, pour 1 personne sur 5 dans l'échantillon, l'aspect nutritionnel et diététique est important, mais aussi que l'ensemble des personnes qui ont reçu le conseil l'ont appliqué et qu'une personne y est allée sans avoir reçu le conseil.

Question n°34 :

On constate que la majorité de l'échantillon n'a *pas eu de suivi diététique pendant/après sa transition*. **(76,92%)**. Cela fait sens avec les questions précédentes, car il ne semble pas avoir d'approche nutritionnelle et diététique systématique.

Cependant, **23,08 %** des répondant·e·s *ont eu un suivi diététique pendant ou après leur transition*. Ce chiffre est plus élevé que le nombre de personnes ayant reçu le conseil de consulter pour un suivi diététique.

Cela veut dire que certain·e·s participant·e·s ont été consulté·e·s par eux/elles-mêmes un·e diététicien·ne.

Question n°35 :

On constate que **48,72%** de l'échantillon *ne trouve pas utile d'être accompagné·e par un suivi diététique pendant/après la transition*.

Cependant, **38,46%** *pensent l'inverse*, tout de même pratiquement deux personnes sur cinq.

5 personnes n'ont *pas émis d'avis sur la question*. **(12,82%)**

Question n°36 :

La majorité de l'échantillon estime *ne pas avoir eu accès à des services diététiques adaptés aux besoins spécifiques des personnes transgenres*. **(82,05%)**

Il faut cependant nuancer ce propos. Effectivement, seulement 8 personnes avaient indiqué avoir consulté un·e diététicien·ne pendant ou après la transition. Ce qui veut dire que, sur ces 8 personnes :

- 3 personnes ont eu facilement accès à des services diététiques adaptés. **(7,69%)**
- 1 personne a eu difficilement accès à des services diététiques adaptés. **(2,56%)**
- 4 personnes n'ont pas eu accès à des services diététiques adaptés. **(10,26%)**

Les autres réponses ou non-réponses à la question sont les répondant·e·s n'ayant pas eu de consultation pour un suivi diététique, soit par choix ou par non-information de la part des professionnel·le·s en charge de leurs suivis.

Question n°37 :

38,46 % des participant·e·s estiment que leurs besoins nutritionnels n'ont été pris en compte que partiellement par les professionnel·le·s de santé.

33,33 % des participant·e·s estiment que leurs besoins nutritionnels n'ont pas du tout été pris en compte par les professionnel·le·s de santé.

Cependant, **20,51 %** des participant·e·s estiment que leurs besoins nutritionnels ont tout à fait été pris en compte par les professionnel·le·s de santé.

On constate que seulement 1 personne sur 5 dans l'échantillon a correctement été prise en charge sur le plan nutritionnel et diététique selon le ressenti des répondant·e·s.

7,79 % de l'échantillon n'a pas émis d'avis sur la question.

Question n°38 :

Il est revenu le plus souvent qu'un suivi diététique adapté est considéré comme assez important pour accompagner une transition. **(38,46%)**

À l'opposé, il est revenu juste après, qu'un suivi diététique adapté est considéré comme peu important pour accompagner une transition. **(33,33%)**

Cependant, il est déclaré par 7 personnes qu'un suivi diététique adapté est considéré comme très important pour accompagner une transition. **(17,95%)**

Enfin, il est observé que 7 personnes considèrent un suivi diététique pas du tout important pour accompagner une transition. **(10,26%)**

On peut donc retenir qu'un suivi diététique adapté aurait une importance pour plus d'une personne sur deux.

8.5 Les troubles du comportement alimentaire

Question n°39 :

Il est constaté que la plus grande partie de l'échantillon pense *parfois* à sa silhouette ou à son poids avant d'avoir mangé. **(28,51%)** Le deuxième choix revenant le plus souvent est *rarement*. **(20,51%)**

Il est constaté que **76,92%** des répondant·e·s pensent à leur silhouette ou à leur poids avant d'avoir mangé, et ce, à des fréquences différentes en fonction des personnes.

Il est constaté que **23,08 %** des répondant·e·s n'y pensent jamais.

Question n°40 :

Il est constaté que la plus grande partie de l'échantillon pense *parfois* à sa silhouette ou à son poids après avoir mangé. **(35,90%)** Le deuxième choix revenant le plus souvent est *jamais*. **(20,51%)**

Il est constaté que **79,49%** des répondant·e·s pensent à leur silhouette ou à leur poids après avoir mangé, et ce, à des fréquences différentes en fonction des personnes.

Question n°41 :

Il est constaté que la plus grande partie de l'échantillon pense *parfois* à surveiller exactement ou régulièrement l'alimentation. **(38,46%)** Le deuxième choix revenant le plus souvent est *souvent*. **(25,64%)**

Il est constaté que **87,18%** des répondant·e·s surveillent exactement ou régulièrement les aliments ingérés, et ce, à des fréquences différentes en fonction des personnes.

Question n°42 :

On observe que la plus grande partie de l'échantillon essaie *souvent* de manger moins que désiré. **(25,64%)**

Le deuxième choix revenant le plus souvent est *parfois* à égalité avec *rarement*. **(23,08%)**

Il est constaté que **79,49 %** des répondant·e·s mangent moins qu'envie ou contrôlent les aliments ingérés, et ce, à des fréquences différentes en fonction des personnes.

Question n°43 :

On observe que la plus grande partie de l'échantillon ne mange *jamais* de nourriture peu calorique. **(38,46%)**

Le deuxième choix revenant le plus souvent est *parfois*. **(30,77%)**

Il est constaté que **61,54 %** des répondant·e·s mangent volontairement des aliments peu caloriques, et ce, à des fréquences différentes en fonction des personnes.

Question n°44 :

On observe que la plus grande partie de l'échantillon ne mange *jamais* moins de nourriture le lendemain pour compenser, si trop de nourriture a été ingérée la veille. **(46,15%)**

Le deuxième choix revenant le plus souvent est *parfois*. **(28,21%)**

Malgré la majorité des répondant·e·s qui ne compense jamais, il est constaté que **46,16%** des répondant·e·s mangent moins le lendemain pour compenser si la veille il y a eu trop de nourriture ingérée, et ce, à des fréquences différentes en fonction des personnes.

Question n°45 :

On observe que la plus grande partie de l'échantillon voit ses choix alimentaires *très souvent* être influencés par l'état émotionnel. **(38,46%)**

Le deuxième choix revenant le plus souvent est *souvent*. **(28,21%)**

Il est constaté que **97,44%** des répondant·e·s voient leur état émotionnel influencer leur alimentation, et ce, à des fréquences différentes en fonction des personnes.

Discussion

1. Introduction

Les habitudes alimentaires de la population transgenre sont-elles influencées par la prise d'un TH éventuel lors de la transition ? Telle était la question de recherche de ce travail.

L'hypothèse de départ était que la transition suite à la prise d'hormones impacte de manière significative leurs comportements alimentaires. Pour répondre à cela, un questionnaire a été rédigé et administré à un échantillon de la population transgenre.

La discussion adopte une approche globale pour permettre une analyse globale de l'échantillon. Ensuite, il sera effectué un affinage permettant de cibler deux sous-groupes principaux : les personnes sous TH féminisant et les personnes sous TH masculinisant.

Il n'est pas retenu de l'analyse les répondant·e·s qui sont uniquement en transition sociale, ni les personnes s'identifiant comme non binares, sauf lors de l'analyse de l'échantillon total. Cela est justifié par le fait que ces sous-groupes présentent un nombre de répondant·e·s insuffisant pour permettre une analyse interprétable et fiable.

Il faudrait soit effectuer ce travail spécifiquement auprès de ces sous-groupes pour obtenir des données comparables aux sous-groupes retenus dans cette étude, ou alors refaire l'étude auprès d'un plus grand échantillon de la population. Malheureusement, à la suite du temps imparti, cela n'a pas été réalisable.

2. Analyse générale de l'échantillon global

2.1 Présentation de l'échantillon global

L'échantillon contenait 86 répondants·e·s ayant accédé au questionnaire, dont 39 personnes ont finalisé le questionnaire. Le taux d'achèvement s'élève alors à 45,34 %. L'échantillon ne peut pas être retenu comme étant représentatif en raison de sa taille réduite et de l'absence de données officielles comparatives sur la population transgenre.

Toutefois, il peut être contributif car, conformément aux recherches portant sur des populations peu étudiées (27) (22), celui-ci correspond à la population étudiée tout en fournissant des données complètes et exploitables permettant de dégager des tendances et des hypothèses.

L'échantillon est représenté par des profils variés en termes de genre assigné à la naissance, d'âge, de type de prise hormonale, sans prédominance majoritaire pour ces variables sociodémographiques.

Il est observé pour les identités de genre une certaine prédominance pour le genre binaire, car cela correspond à 79,49 % de l'échantillon. Les femmes trans* représentent 41,03 % de l'échantillon global (16 personnes sur 39). Les hommes trans* représentent 28,21 % de l'échantillon global (11 personnes sur 39).

Il est retrouvé dans l'échantillon cinq personnes effectuant uniquement une transition sociale (12,82%) et six personnes s'identifiant comme non binaires (15,38 %) ainsi que deux personnes s'identifiant comme autres (5,13%). Celles-ci sont conservées lors de l'analyse de l'influence de la transition en général, mais pas lors de l'analyse de l'influence de la transition suite à la prise d'hormones pour les raisons expliquées précédemment.

Aucune personne n'a mentionné avoir effectué une chirurgie génitale dans l'échantillon, bien que l'information n'ait pas été recueillie explicitement. La fiabilité de cette information est limitée, car elle n'a pas été demandée explicitement.

Ces caractéristiques permettent d'explorer les différents parcours de transition et offrent une plus grande possibilité d'observer de potentielles influences, d'autant plus qu'il est observé chez la majorité des répondant-e-s prenant des hormones un début de celles-ci depuis plus de 3 ans.

2.2 Discussion sur les habitudes alimentaires

Dans la globalité, l'analyse des résultats montre une modification des habitudes alimentaires, que ce soit de manière qualitative ou quantitative. On peut donc effectuer des premiers constats pour les transitions sociales, chirurgicales et/ou la prise d'hormones.

Le premier constat majeur issu de l'analyse des habitudes est la présence de changements dans les habitudes alimentaires. Ces modifications reprises ci-dessous soulignent l'importance et la nécessité d'un suivi diététique individualisé, afin d'offrir un accompagnement adapté tout au long de la transition.

Premièrement, il est remarqué **une modification de tendance de consommation au niveau des VVPOLAV**. Plus précisément, **une tendance à la diminution de la consommation des protéines de sources animales** (viandes, volailles, poissons et œufs) **au profit d'une augmentation de la consommation des protéines de sources végétales** (légumineuses et alternatives végétales) dans l'échantillon général. Il peut être posé comme hypothèse que cela provient d'une volonté d'être plus attentif-ve à la qualité de l'alimentation. En revanche, ces tendances ne sont pas totalement identiques entre les femmes et les hommes transgenres. Effectivement, selon les résultats, les femmes transgenres ont bien une diminution marquée pour les viandes (-25%, soit 4 personnes), les volailles (-32,25%, soit 5 personnes), les poissons (-6,25%, soit 1 personne) et les œufs (-6,25%) alors que cette diminution chez les hommes trans* ne porte que sur les viandes (-27,27 %, soit 3 personnes) et les poissons (-9,09%, soit 1 personne).

Cependant, on remarque initialement dans les résultats que les hommes trans* avaient une prévalence de consommation plus faible de VVPO (75,50 %) initialement que les femmes trans* (89,06%), ce qui hypothétiquement pourrait justifier une diminution moins importante de leur côté.

On notera tout de même une similitude dans l'augmentation de la consommation de protéines végétales chez ces 2 sous-groupes, avec une augmentation de consommation légèrement plus marquée chez les femmes trans*.

Deuxièmement, **une diminution de la consommation de produits non-indispensables et de matières grasses** se remarque lors de la lecture des résultats, alors qu'on remarque une augmentation de la consommation de fruits à coques. Conformément à la littérature scientifique, les personnes transgenres prenant des hormones sont susceptibles de voir leurs profils lipidiques modifiés avec des effets variables en fonction du type d'hormone (22). Il est donc essentiel de surveiller la qualité ainsi que la quantité des lipides ingérés, avec une preuve de modifications des habitudes alimentaires en ce sens. Toutefois, cette constatation se retrouve bien chez les femmes trans* mais aucunement chez les hommes trans* hormis pour les fruits à coques. C'est-à-dire qu'il est bien observé une diminution des produits non indispensables (-31,25%, soit 5 personnes), des matières grasses (-12,50 %, soit 2 personnes) et une augmentation des fruits à coques (+ 18,25%, soit 3 personnes) chez les femmes trans* comme pour la totalité de l'échantillon, alors qu'il est observé une stabilité dans ces habitudes alimentaires chez les hommes trans* **sauf à l'exception d'une augmentation des fruits à coques** (+18,18%, soit 2 personnes). Bien que les données à long terme sur le risque cardiovasculaire soient rares, une étude récente a mis en avant une augmentation de maladies cardiovasculaires chez les personnes transgenres en fonction du traitement (22). Effectivement, comme le décrit la littérature, dans le cadre d'une prise de testostérone pour les hommes trans*, il est observé une diminution du taux de cholestérol HDL associée à une augmentation du taux de cholestérol LDL et à une variation du taux de triglycérides. Cette variation peut être néfaste pour la santé, car le cholestérol HDL a un rôle cardioprotecteur en captant le cholestérol en excès dans le sang pour le conduire dans le foie et permettre son élimination avec la bile, pour ainsi éviter son accumulation et éviter la formation de plaques d'athérome responsables d'une augmentation du risque d'accidents cardiovasculaires. Le cholestérol LDL quant à lui favorise le dépôt de cholestérol dans les artères avec en finalité la formation de plaques d'athérome augmentant le risque d'accidents cardiovasculaires. L'association de ces 2 modifications est à prendre en considération et témoigne de l'importance d'une prise en charge diététique adaptée pour les hommes trans*. Pour les femmes trans*, il est observé à la suite de la prise d'hormones féminisantes une augmentation du taux de cholestérol HDL, avec une variation du taux de cholestérol LDL. Cela témoigne aussi de l'importance des bonnes habitudes alimentaires qualitative et quantitative à adapter quel que soit la prise d'hormones. Les habitudes des femmes trans* pendant/après la transition tendent à une amélioration en termes quantitatif, mais il faudrait aussi s'assurer de l'aspect qualité dans les choix alimentaires, d'où l'importance d'une prise en charge diététique, bien qu'il semble être observé aussi une amélioration qualitative.

Ensuite, **la consommation de légumes se voit augmentée pendant/après la transition** dans l'échantillon général. Hypothétiquement, cette modification peut être liée à la volonté d'améliorer qualitativement son alimentation. En revanche, cette modification des habitudes alimentaires se constate uniquement chez les hommes trans*. Effectivement, il est constaté une augmentation des personnes consommant des légumes chez les hommes trans* (+18,18%, soit 2 personnes), alors que cela est stable pour les femmes trans*. Cependant, avant transition, 15 femmes trans* sur 16 consommaient initialement des légumes, alors que 9 personnes sur 11 pour les hommes trans* en consommaient. Cette modification d'habitude est bénéfique, car les légumes permettent de veiller à son taux de cholestérol grâce aux fibres contenues dans les légumes. Celles-ci sont hypocholestérolémiantes et interviennent dans la normalité du taux sérique de cholestérol LDL, qui se voit modifié suite à la prise d'hormone. De plus, comme décrit dans la littérature scientifique, les personnes transgenres prennent du poids quel que soit le type d'hormone utilisé **(22)**. L'augmentation du nombre de personnes consommant des légumes pourrait contribuer à une meilleure gestion du poids lors de prises d'hormones. Effectivement, les légumes présentent une faible densité énergétique tout en permettant un volume alimentaire conséquent. De plus, les légumes contiennent un apport en fibres important permettant d'obtenir un sentiment de satiété plus rapidement sans excès calorique. L'ensemble de ces éléments permet aux légumes de participer à la gestion du poids suite à la prise d'hormones. Enfin, les légumes sont aussi intéressants de par les apports en eau, en vitamines et en minéraux qu'ils contiennent.

Par ailleurs, **la prise quotidienne des repas principaux et le nombre des repas quotidiens bénéficient eux aussi de modifications**. En effet, il est distingué dans l'échantillon général une augmentation de la prise quotidienne du petit-déjeuner et du dîner, avec en parallèle une augmentation du nombre de répondant-e-s consommant 2 à 3 repas par jour. Ces observations se retrouvent aussi bien chez les femmes trans* que chez les hommes trans* sans différences majeures. Il peut alors être posé comme hypothèse que cela pourrait être le signe d'une volonté d'amélioration du rythme alimentaire pouvant être corrélée à une amélioration de l'état psychologique et/ou d'une meilleure stabilité pendant/après la transition. Conformément à la littérature, la transition aurait un impact positif sur la santé mentale de cette population. Il a été observé dans différentes études que de tels traitements améliorent la qualité de vie des personnes trans*. Il a été observé une amélioration de la santé mentale et de la santé physique confirmée par cette méta-analyse **(27)**. De plus, il est mentionné dans la littérature que les disparités en matière de santé auxquelles fait face cette population sont interconnectées. On peut en déduire que les habitudes alimentaires, la qualité de l'alimentation sont influencées positivement et/ou négativement par les différents facteurs représentés, mais inversement aussi. Alors, une amélioration positive de l'alimentation pourrait influencer positivement la santé physique, qui pourrait elle aussi influencer positivement la santé mentale et entraîner une réaction en chaîne positive sur les différentes disparités, ce qui montre une fois de plus la nécessité d'une prise en charge diététique adaptée. **(figure 1) (24)**

De manière complémentaire à la fréquence des repas et à la prise quotidienne de ceux-ci, il est observé **une modification de la composition principale des repas**. Il avait été observé avant la transition des repas principalement composés de féculents. Il est constaté pendant/après la transition des repas principalement composés de VVPOLAV avec une suppression complète des personnes consommant des repas principalement composés de produits transformés dans l'échantillon général. D'ailleurs, **la répartition dans l'assiette a aussi changé au profit d'une répartition plus équilibrée** comprenant moins de VVPOLAV, plus de légumes. Cette tendance dans l'échantillon global n'est pas remarquée pour les femmes trans*. Effectivement, avant transition, les repas étaient principalement composés de VVPOLAV pour la plus grande partie des personnes sans modification pendant/après transition (50 %, soit 8 personnes). Cependant, pour les hommes trans*, les repas se composaient principalement de féculents avant transition (63,64 % soit, 7 personnes), mais les repas restent tout de même principalement composés de féculents pendant/après la transition (45,45%, soit 5 personnes) avec une augmentation des repas composés de VVPOLAV (+27,27 %, soit 3 personnes). Il peut alors être affirmé que la tendance ressentie dans l'échantillon global provient de modifications des habitudes alimentaires des répondant·e·s non retenu·e·s dans les 2 sous-groupes. Cela témoigne de l'importance d'effectuer ce travail spécifiquement auprès de ces sous-groupes pour obtenir des données comparables aux sous-groupes retenus dans cette étude, soit alors de refaire l'étude auprès d'un plus grand échantillon de la population, car chaque transition est susceptible d'influencer différemment les habitudes alimentaires. **(remarque : cette question semble mal avoir été comprise par les répondant·e·s car certains résultats se contredisent)**

De plus, **un accroissement du nombre de répondant·e·s prenant au moins une collation par jour a été constaté, alors qu'il est remarqué en parallèle une diminution des personnes grignotant au moins une fois dans la journée** dans l'échantillon général. Cette tendance est autant observable pour les femmes trans* que pour les hommes trans*. Il est remarqué chez les femmes trans* une augmentation du nombre de personnes prenant au moins une collation par jour (+12,5%, soit 2 personnes), associée à une diminution du nombre de personnes grignotant au moins une fois dans la journée (-18,75%, soit 3 personnes). Cette même tendance est observable chez les hommes trans* avec une augmentation du nombre de personnes prenant au moins une collation par jour (+27,27%, soit 1 personne), associée à une diminution du nombre de personnes grignotant au moins une fois dans la journée (- 18,19 %, soit 2 personnes). Cette tendance met encore une fois en avant la volonté de ces personnes d'améliorer la qualité de l'alimentation et le rythme de celle-ci pour avoir une meilleure stabilité et les effets positifs qu'il peut en découler, comme expliqué précédemment. Effectivement, la collation étant définie comme une prise alimentaire en dehors des repas principaux : petit-déjeuner, dîner et souper. Elle est considérée comme un repas léger et est à différencier du grignotage car celle-ci vient compléter l'apport journalier pour répondre aux besoins.

Alors que le grignotage est défini comme une prise alimentaire en dehors des repas principaux (petit-déjeuner, dîner et souper), il est considéré comme non indispensable car il vient combler une envie, un aspect émotionnel et ne sert pas à répondre aux besoins journaliers. Une augmentation du nombre de personnes consommant au moins une collation par jour associée à une diminution du nombre de personnes grignotant au moins une fois dans la journée pourrait soulever l'hypothèse selon laquelle les personnes transgenres pendant/après la transition auraient un meilleur contrôle sur le lien à l'alimentation. En effet, la littérature nous informe que cette population subit de nombreuses disparités en santé qui peuvent nuire à sa santé mentale, à son alimentation et à son rapport à l'alimentation. La population est plus à risque que la population générale de développer des TCA et présente une prévalence plus importante de ceux-ci **(17,60% contre 2%)**. Il a aussi été observé que la transition pouvait atténuer la prévalence de la symptomatologie des différents TCA, mais aussi leurs symptômes. **(28)**

Concernant l'appétit, on note **une modification de l'appétit** chez plus d'une personne sur deux dans l'échantillon global avec une tendance à l'augmentation de l'appétit (38,46 %, soit 15 personnes). On note aussi une variation des quantités consommées pour 8 personnes sur 10 avec une tendance à l'augmentation (53,85 %, soit 21 personnes). Cette tendance est présente chez les femmes trans* et les hommes trans* avec une variation importante entre les deux. **On remarque une augmentation de l'appétit (+31,25%, soit 4 personnes) et des quantités consommées (+37,50%, soit 5 personnes) moins marquée chez les femmes trans* que l'augmentation de l'appétit (+63,64%, soit 7 personnes) et des quantités consommées (+81,82%, soit 9 personnes) chez les hommes trans***. Effectivement, comme mentionné dans la littérature, la prise d'hormones dans le cadre d'une transition a plusieurs répercussions au niveau du métabolisme, mais aussi de la composition corporelle des personnes **(22)**. La testostérone a un effet orexigène grâce à des interactions sur les zones de l'hypothalamus impliquées dans le contrôle de la faim et de la satiété, mais aussi par une augmentation du métabolisme de base induisant une augmentation physiologique de l'appétit **(33)**. Les résultats retrouvés dans l'échantillon témoignent bien de cette augmentation d'appétit se traduisant par une augmentation des quantités consommées. Les œstrogènes, quant à eux, ont un mécanisme inverse qui ne devrait pas provoquer une augmentation de l'appétit et donc des quantités consommées, comme constaté dans l'échantillon **(31) (32)**. Enfin, une augmentation d'appétit qui entraîne une augmentation des quantités consommées entraîne une potentielle prise de poids par excès d'apport énergétique, en plus de la prise de poids enclenchée par la prise d'hormones, qu'elles soient masculinisantes ou féminisantes. Une prise en charge diététique est donc essentielle pour cette population afin d'encourager à mieux contrôler les quantités ingérées, mais aussi d'éviter l'apparition d'obésité et les complications qui peuvent en découler.

Enfin, on constate **une modification des envies alimentaires et des choix alimentaires** pour pratiquement une personne sur deux, **mais aussi une modification de goût** (suppression pour une personne sur trois ou ajout d'aliments pour une personne sur deux) dans l'échantillon global. Cette tendance est retrouvée dans les 2 sous-groupes, mais à des proportions légèrement différentes. Les femmes trans* déclarent une tendance à modifier leurs envies alimentaires et leurs choix alimentaires, mais aussi à ajouter et supprimer des aliments pour une personne sur deux. Les hommes trans* déclarent aussi une tendance à modifier leurs envies alimentaires et leurs choix alimentaires, mais aussi à ajouter des aliments pour une personne sur deux. En revanche, seulement moins d'une personne sur trois supprime des aliments de son alimentation. Le fait de supprimer ou d'ajouter des aliments avant/pendant/après témoigne d'une modification d'habitudes alimentaires. Cependant, en l'absence de repères et de bons conseils, les choix alimentaires peuvent être mal effectués, témoignant une dernière fois de l'importance d'une prise en charge diététique.

Voici un tableau récapitulatif des différentes modifications des habitudes alimentaires potentielles en fonction du traitement hormonal :

TH masculinisant	TH féminisant
Diminution de la consommation de viandes et de poissons	Diminution de la consommation de viandes, volailles, poissons et œufs.
Augmentation de la consommation de protéines végétales (légumineuses et alternatives végétales)	Augmentation de la consommation de protéines végétales (légumineuses et alternatives végétales)
Augmentation de la consommation de fruits à coque	Augmentation de la consommation de fruits à coque
Augmentation de la consommation de légumes	Diminution de la consommation d'aliments non-indispensables et de matières grasses
Augmentation de la prise quotidienne du petit-déjeuner et du dîner	Augmentation de la prise quotidienne du petit-déjeuner et du dîner
Augmentation du nombre de repas par jour	Augmentation du nombre de repas par jour
Augmentation des repas principalement composées de VVPOLAV	Diminution du grignotage
Diminution du grignotage	Augmentation de la prise de collation
Augmentation de la prise de collation	Augmentation de l'appétit
Augmentation de l'appétit	Augmentation des quantités consommées
Augmentation des quantités consommées	Modification des choix et des envies alimentaires
Modification des choix et des envies alimentaires	Ajout ou suppression d'aliments
Ajout ou suppression d'aliments	

Tableau 7 : Modifications des habitudes alimentaires potentielles selon le TH

L'ensemble des constatations majeures sur les modifications alimentaires tend vers des modifications positives. Cela témoigne de la conscientisation directe ou indirecte de l'importance de l'alimentation à la suite de la transition.

La méthode de recherche utilisée étant du quantitatif et non du qualitatif, il n'est pas possible de déterminer précisément les causes de ces changements. Mais il est possible d'en déduire plusieurs hypothèses :

- Une volonté d'améliorer l'alimentation pour soutenir un TH éventuel
- Une volonté de soutenir l'apparition de caractéristiques sexuelles secondaires
- Une volonté d'améliorer tout simplement son alimentation
- Une volonté de rapprocher son alimentation des normes alimentaires du genre souhaité

Il est bien entendu possible que ces modifications des habitudes alimentaires proviennent de plusieurs facteurs. Il serait erroné d'annoncer que la transition soit la seule cause possible, d'où l'importance de mettre en place une étude qualitative sur les causes de modifications et de déterminer réellement l'influence de la transition sur les modifications observées.

2.3 Discussion sur les troubles du comportement alimentaire

Pour évaluer les TCA, il a été utilisé quelques questions dans le questionnaire provenant du Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ) permettant d'évaluer les comportements alimentaires de cette population. **(34)**

D'après les études existantes, il est estimé que la population transgenre est plus à risque de TCA que la population cisgenre. Selon la méta-analyse retenue dans la partie théorique, une prévalence de 17,60 % serait estimée dans la population transgenre contre 2 % dans la population cisgenre. **(28)**

Le questionnaire administré ne permet pas de dépister des TCA, car seulement quelques questions ont été administrées, parce que ce n'est pas l'objet principal du travail. Toutefois, il permet d'apprécier le rapport à l'alimentation qu'a cette population.

Des constats clairs ont pu être effectués dans l'échantillon général : pratiquement une personne sur trois pense souvent à très souvent à sa silhouette ou à son poids avant de manger ou après avoir mangé. La même proportion de répondant·e·s essaye souvent à très souvent de manger moins que désiré. De plus, une personne sur trois surveille régulièrement ou exactement les aliments ingérés. Ensuite, une personne sur cinq mange souvent à très souvent volontairement des aliments peu caloriques. Par ailleurs, une personne sur huit mange souvent à très souvent moins pour compenser le lendemain après avoir trop mangé. On constate alors dans l'échantillon général une préoccupation marquée pour la silhouette et le poids. Il convient de s'interroger sur les inquiétudes de ces personnes concernant leur physique. Effectivement, une préoccupation prononcée pour le physique peut être un facteur de risque à la survenue d'un TCA ou le signe de la présence d'un TCA **(28) (29) (30)**. En effet, la littérature relate que le taux de diagnostic d'un TCA est plus élevé dans la population transgenre que dans la population cisgenre, mais aussi que les TCA sont comparables à la population cisgenre en termes de symptomatologie, mais il en ressort que l'insatisfaction corporelle est plus forte pour les personnes transgenres **(28)**. Cette insatisfaction corporelle ne sait pas être perçue à cause des questions posées, mais, suite aux préoccupations concernant le physique, on peut supposer que celle-ci est présente. D'ailleurs, il a été soulevé dans la littérature que les TCA surviennent à la suite de l'inadéquation entre le genre ressenti et le genre assigné à la naissance **(28)**. Il est observé que les TCA apparaissent à la suite de cela et dans le but d'obtenir des caractéristiques corporelles répondant au genre ressenti et d'atténuer, voire de supprimer, les caractéristiques physiques du genre assigné **(28)**, ce qui pourrait expliquer ces préoccupations corporelles exerçant alors une influence sur les habitudes alimentaires. D'ailleurs, cette étude tend à montrer que les comportements alimentaires observés visent à répondre aux idéaux genrés de forme et taille corporelle du genre souhaité. **(30)**

Ces constats sont aussi présents chez les femmes et hommes trans*. La littérature informe que les hommes trans* sont d'ailleurs plus exposés à l'insécurité alimentaire et aux TCA que les femmes trans* **(28) (29) (30)**. On remarque une légère différence en faisant la moyenne des différentes questions, mais sans un écart significatif. C'est-à-dire que 5 femmes trans* sur 16 (29,30%) font souvent à très souvent attention à leur silhouette, à leur poids ou à leur alimentation, alors que 4 hommes trans* sur 11 (36,36%) font aussi souvent à très souvent attention à leur silhouette, à leur poids ou à leur alimentation. Il n'est pas retrouvé une différence distincte comme dans la littérature, mais les échantillons ne peuvent pas être extrapolés à la population générale étant donné leur faible taille.

Enfin, deux personnes sur trois dans l'échantillon général voient leur alimentation souvent à très souvent influencée par leur état émotionnel. Cette tendance est notable aussi chez les hommes trans* (45,45%, soit 5 personnes) et chez les femmes trans* (75%, soit 12 personnes). On remarque tout de même que l'alimentation est plus influencée par l'état émotionnel chez les femmes trans*.

Ces constats nous indiquent clairement la présence dans cette population d'une certaine préoccupation à l'alimentation et/ou à leur corps pouvant être un facteur de risque supplémentaire de développer un TCA ou d'un signe d'un TCA.

En fonction de la question observée, on se situe entre 12,50 % et 66,66 % de comportement inadéquat vis-à-vis de l'alimentation. Mais en aucun cas il s'agit de TCA, car il faudrait analyser les réponses pour chaque personne et faire le questionnaire adéquat dans sa totalité pour poser un diagnostic.

Mais cela témoigne bien du rapport à l'alimentation que peut avoir cette population, et aussi de l'importance de la prise en charge diététique par un·e diététicien·ne formé·e correctement.

Sur base de ces constatations, il est pertinent que les diététicien·ne·s se forment sur les TCA afin de pouvoir les reconnaître et agir en conséquence pour évaluer l'impact sur les habitudes alimentaires, mais aussi impacter positivement celles-ci. Une maîtrise des TCA est fondamentale pour la prise en charge de la population transgenre et aurait un impact direct sur la prise en charge diététique. Cela témoigne aussi de l'importance d'une prise en charge diététique pour accompagner une personne transgenre dans sa transition.

2.4 Discussion sur l'accès à des soins de santé

Comme indiqué dans la partie théorique, la prise de TH induit de nombreuses modifications corporelles et métaboliques nécessitant une prise en charge adaptée par des professionnel-le-s de santé formé-e-s et accessibles. **(22)**

Il a été posé des questions aux répondant-e-s permettant de voir si, avant/pendant/après leur transition, iels ont pu bénéficier de soins diététiques adaptés.

Des constats clairs ont pu être effectués dans l'échantillon général : la consultation diététique a été envisagée par une personne sur trois avant/pendant/après la transition, alors que seulement une personne sur six a reçu le conseil par un-e professionnel-le d'initier une prise en charge diététique. Cela témoigne du travail encore à effectuer pour faire prendre conscience de l'importance d'une prise en charge diététique lors d'une transition. Cette tendance concerne autant les femmes trans* et les hommes trans* dans des proportions équivalentes. Cependant, il est important de noter que l'ensemble des personnes ayant reçu ce conseil l'a fait.

De plus, une personne sur cinq a eu l'occasion d'avoir une prise en charge diététique. Toutefois, une personne sur trois aurait trouvé cela utile. On retrouve aussi cette direction dans les sous-groupes. Pour les femmes trans*, une personne sur quatre a eu l'occasion d'avoir une prise en charge diététique, mais dans les personnes n'ayant pas eu cette possibilité, plus d'une personne sur quatre aurait trouvé cela utile (5 personnes sur 16). Pour les hommes trans*, pratiquement une personne sur deux a eu l'occasion d'avoir une prise en charge diététique, mais dans les personnes n'ayant pas eu cette possibilité, la même proportion de personnes aurait trouvé cela utile. L'ensemble de ces constatations, que ce soit dans l'échantillon général ou dans les sous-groupes, témoigne de l'intérêt de cette population d'avoir une prise en charge diététique adaptée.

Ensuite, on constate dans l'échantillon que seulement une personne sur dix a pu bénéficier d'une prise en charge diététique adaptée et que seulement une personne sur cinq estime que ces besoins nutritionnels ont été pris en compte de manière satisfaisante. On retrouve aussi cette direction dans les sous-groupes. Pour les femmes et hommes trans*, une personne sur huit a pu bénéficier d'une prise en charge diététique adaptée et une personne sur quatre estime que ces besoins nutritionnels ont été pris en compte de manière satisfaisante. Cela indique clairement la marge d'amélioration importante dont peut et doit bénéficier la prise en charge diététique de cette population.

Ces constatations témoignent de l'importance de mettre en place des recherches en science de la nutrition pour cette population afin de permettre une prise en charge adaptée.

Il est important d'agir autant auprès de la population transgenre qu'auprès des professionnel-le-s de santé s'occupant de leur prise en charge pour encourager l'importance d'une prise en charge nutritionnelle et diététique adaptée, car cela ne semble pas acquis des deux côtés vu les résultats.

3. Conclusion de la discussion

À travers cette discussion, il est possible d'évaluer les influences de la transition sociale et/ou médicale sur les habitudes alimentaires, les troubles du comportement alimentaire, et aussi d'évaluer l'accès à des soins de santé transspécifiques en matière de diététique de la population transgenre.

Cette évaluation a pu se faire dans l'échantillon global, et aussi au travers des 2 sous-groupes retenus dans le cadre de ce travail.

Premièrement, il n'est pas possible d'affirmer clairement que la transition sociale et/ou médicale exerce des influences sur les habitudes alimentaires. Les modifications d'habitudes alimentaires semblent être positives tant quantitativement que qualitativement, et ce tant dans l'échantillon général que dans les différents sous-groupes. Effectivement, les habitudes alimentaires sont influencées par différents facteurs (psychologiques, socio-économiques, culturels, biologiques et environnementaux). Hypothétiquement, la transition va potentiellement influencer ces différents facteurs et va exercer une influence directe et/ou indirecte sur les variations d'habitudes alimentaires observées. Cependant, l'analyse quantitative effectuée permettant d'observer les modifications d'habitudes alimentaires ne permet pas de mettre en avant les raisons de ces modifications. Ce qui nous montre l'importance et la nécessité de mettre en place une analyse qualitative auprès de cette population pour déterminer clairement si ces modifications sont liées à la transition.

De plus, il est clair que cette population présente une préoccupation marquée pour leur physique pouvant mener à des comportements risqués et inadéquats. Ces comportements peuvent être un facteur de risque de la survenue d'un TCA ou le signe de la présence d'un TCA dans cette population avec une prévalence plus importante de TCA. Cette disposition se remarque tant dans l'échantillon général que dans les différents sous-groupes.

Par ailleurs, on remarque distinctement un travail à effectuer auprès des personnes transgenres et des professionnel·le·s de santé afin de faire prendre conscience de l'importance d'une prise en charge diététique adaptée lors d'une transition. Toutefois, il est observé un intérêt de cette population pour une prise en charge diététique malgré une difficulté à obtenir une prise en charge adaptée et une non information de la part des professionnel·le·s sur cet aspect.

En outre, l'ensemble de ces constatations montre l'importance et la place d'un·e diététicien·ne dans la transition de cette population pour répondre aux besoins individuels de chaque transition et permettre d'atteindre le point de confort propre à chacun·e. De plus, cela indique aussi l'importance d'un·e diététicien·ne à se spécialiser sur les troubles du comportement alimentaire pour les détecter et y réagir en conséquence, la prise d'hormones et ses influences, et aussi sur les transitions en elles-mêmes pour permettre une prise en charge inclusive et adaptée.

Par ailleurs, ces observations sont remarquées tant dans l'échantillon général que dans les sous-groupes retenus. Cependant, les résultats ont permis de distinguer aussi des modifications dans les sous-groupes non retenus, permettant de conclure que, dans le futur, des études doivent aussi être mises en place pour permettre une inclusivité totale de cette population.

Conclusion

Ce travail visait à déterminer si les transitions, notamment à la suite de la prise d'hormones, exerçaient une influence sur les habitudes alimentaires de la population transgenre.

Au travers d'une partie théorique approfondie et de l'administration d'un questionnaire en ligne, ce travail a permis de mettre en avant plusieurs constats notables tant sur le plan nutritionnel que sociétal.

Les résultats ont montré des modifications non négligeables des habitudes alimentaires, tant qualitatives que quantitatives, sans pouvoir montrer que la transition en est principalement à l'origine. Effectivement, les habitudes alimentaires sont influencées par une multitude de facteurs (facteurs socio-culturels, psychologiques, biologiques, économiques et environnementaux). Ces changements concernent les choix alimentaires qualitatifs et quantitatifs, la fréquence des repas et leurs rythmes ainsi que la perception de l'appétit. Cela témoigne de la nécessité de mettre en place une analyse qualitative pour montrer si la transition est à l'origine de ces modifications. Ce travail ne permet donc que de répondre partiellement à l'hypothèse, car il met en avant des différences entre avant et pendant/après la transition, mais sans pouvoir affirmer que la transition influence ces modifications.

Par ailleurs, une préoccupation certaine à l'aspect corporel, souvent exacerbée dans cette population comme l'ont montré plusieurs études, a été observée pouvant amener des comportements alimentaires inadéquats susceptibles de développer un TCA.

L'analyse effectuée grâce à cet échantillon a permis de réaliser ces constats, bien que l'échantillon ne soit pas représentatif en raison de sa taille limitée. Toutefois, dans une perspective exploratoire, ces données apparaissent contributives, car elles apportent de la compréhension sur un sujet encore peu étudié en matière de diététique. La pertinence d'un tel travail repose alors sur sa possibilité à mettre en avant des réalités, tout en ouvrant la voie à des questionnements plus larges.

Sur le plan personnel, réaliser un tel projet m'a permis d'enrichir mes connaissances sur les enjeux nutritionnels et diététiques liés aux transidentités, tout en développant une vision professionnelle plus inclusive et bienveillante se rapprochant de mes valeurs. Cela m'a permis de renforcer ma conviction que la diététique englobe plusieurs autres dimensions, dont les dimensions sociales, identitaires et culturelles des personnes.

Ce travail permet de mettre en avant la nécessité de former les professionnel·le·s sur ces enjeux spécifiques, dans le but de garantir une prise en charge inclusive, adaptée et efficace.

Ce travail se veut être une ouverture à une approche diététique non genrée et invite à poursuivre la réflexion sur la place de la diététique dans l'accompagnement des personnes trans*, que ce soit avant/pendant/après la transition, avec comme principal objectif : le point de confort de chacun·e.

Bibliographie

- (1) *Genres Pluriels* - Brochure d'information Trans* de GPs. (s. d.). <https://www.genrespluriels.be/Brochure-d-information-Trans-de-GPs>
- (2) OHCHR. (n.d.). *Personnes intersexes*. <https://www.ohchr.org/fr/sexual-orientation-and-gender-identity/intersex-people>
- (3) D RAPEAU INTERSEXE. (2023). *VISIBILITÉ INTERSEXE*. https://www.genrespluriels.be/IMG/pdf/brochureintersexegps2023_web.pdf
- (4) *Masculin-Féminin*. (n.d.). SHS Cairn.info. <https://shs.cairn.info/masculin-feminin--9782361062248?lang=fr>
- (5) La Réussite En Enseignement Supérieur | Ores, O. S. (2020, September 11). *Diversité sexuelle et de genre, de quoi parle-t-on ?* Observatoire Sur La Réussite En Enseignement Supérieur. <https://oresquebec.ca/article-de-dossiers/notions-cles/diversite-sexuelle-et-de-genre-de-quoi-parle-t-on-notions-cles/>
- (6) Formation professionnelle. (s. d.). Donnée par *Genres Pluriels*
- (7) Oxcognita LLC - Oxford Review Enterprises Ltd. (2024, October 3). *Cisgender - Definition and Explanation - The Oxford Review - OR Briefings*. The Oxford Review - OR Briefings. <https://oxford-review.com/the-oxford-review-dei-diversity-equity-and-inclusion-dictionary/cisgender-definition-and-explanation/>
- (8) Samie, & August. (2025, April 7). *Cisgender / Description, Terminology, & Modern Use*. Encyclopedia Britannica. <https://www.britannica.com/topic/transgender>
- (9) Motmans, J., De Biolley, I., Debunne, S., Van Steenberghe, J., Garcia, A., Cap-Sciences Humaines asbl - UCL, Steunpunt Gelijkekansenbeleid, Reymenants, G., & Van Hove, H. (2009). *Être transgenre en Belgique : Un aperçu de la situation sociale et juridique des personnes transgenres* (Institut pour l'égalité des femmes et des hommes & Michel Pasteel – Institut pour l'égalité des femmes et des hommes, Eds.; Apostrophe, Trans.) [Book]. https://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/downloads/34%20-%20Transgender_FR.pdf
- (10) Blakemore, E. (2022, 29 juin). Quand les historiens documentent la vie des personnes transgenres. *National Geographic*.
- (11) Rivera, J. (2024). La première chirurgie de reassignation sexuelle réussie : Magnus, Dora et l'institut de sexologie de Berlin en 1931. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*, 69(5), 338-342. <https://doi.org/10.1016/j.anplas.2024.06.003>

- (12) *Transidentités : histoire d'une catégorie.* (s. d.). Encyclopédie D'histoire Numérique de L'Europe. <https://ehne.fr/fr/encyclopedia/th%C3%A9matiques/genre-et-europe/le-corps-genre-en-europe-entre-contrainte-et-emancipation/transidentites-histoire-d%27une-categorie>
- (13) *Genres Pluriels - L'OMS retire les transidentités des maladies mentales. . . pour diagnostiquer* (. . .). (s. d.). <https://www.genrespluriels.be/L-OMS-retire-les-transidentites-des-maladies-mentales-pour-diagnostiquer-l#:~:text=Une%20modification%20importante%20a%20%C3%A9t%C3%A9,d%C3%A9di%C3%A9%20%C3%A0%20la%20sant%C3%A9%20sexuelle>.
- (14) Abeyratne, D., Ratnayake, G. M., Wijetunga, U. A., Wijenayake, U., & Bulugahapitiya, U. S. (2022). Review on the Transgender Literature : Where Are We Now and a Step beyond the Current Practice? *Endocrines*, 3(2), 317-328. <https://doi.org/10.3390/endocrines3020026>
- (15) *Lexique de la communauté LGBT / Q Christian Fellowship en Français — Q Christian Fellowship.* (s. d.). Q Christian Fellowship. <https://www.qchristian.org/ressources/lexique>
- (16) RÉZO. (2025, 4 février). *Lexique LGBTQ+ / RÉZO.* <https://www.rezosante.org/informe-toi/tes-identites/lexique-lgbtq>
- (17) CUZIN, B., DOUBLET, J.-D., Haute Autorité de Santé, Service Evaluation des actes professionnels, IACUB, M., GLIKMAN, J., TERRA, J.-L., LINDECKER, V., SAINT-PIERRE, F., STORA, F., DEVAUD, C., LE COSSEC, B., MASCRET, C., BELLENCOURT, M., & BARTHELME, C. (2009). *SITUATION ACTUELLE ET PERSPECTIVES D'EVOLUTION DE LA PRISE EN CHARGE MEDICALE DU TRANSSEXUALISME EN FRANCE.* https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-12/rapport_transsexualisme.pdf
- (18) ministère des Solidarités et de la Santé, & Dhénain, M. (2022). *RECOMMANDER LES BONNES PRATIQUES NOTE DE CADRAGE Parcours de transition des personnes transgenres.* https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-09/reco454_cadrage_trans_mel.pdf
- (19) Picard, H., Jutant, S., & Geneviève GUEYDAN de l'Inspection Générale des Affaires Sociales. (2022). *Rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans.* https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_sante_des_personnes_trans_2022.pdf
- (20) Jansen, F. (2021). 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. In Dufrasne A., Dr. Moonens A., & Dr. Lafontaine J.B., *Travail De Fin D'études* [Thesis]. https://www.genrespluriels.be/IMG/pdf/tfe_attentes_des_personnes_transgenres_vis_a_vis_de_leur_medecin_generaliste_lors_de_la_mise_en_place_ou_du_suivi_d_un_traitement_hormonal_feminisant.pdf

- (21) <http://ftm-transsexuel.info>. (s. d.). *Les traitements*. <https://ftm-transsexuel.info/medical/hormones/les-traitements.html>
- (22) Linsenmeyer, W. (2023b). Nutrition research and practice with transgender and gender non-conforming populations. *Proceedings Of The Nutrition Society*, 83(2), 76-81. <https://doi.org/10.1017/s0029665123003683>
- (23) Linsenmeyer, W., & Waters, J. (2021). Sex and gender differences in nutrition research : considerations with the transgender and gender nonconforming population. *Nutrition Journal*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12937-021-00662-z>
- (24) Ferrero, E. M., Yunker, A. G., Cuffe, S., Gautam, S., Mendoza, K., Bhupathiraju, S. N., & Mattei, J. (2023). Nutrition and Health in the Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer/Questioning Community: A Narrative Review. *Advances in Nutrition*, 14(6), 1297–1306. <https://doi.org/10.1016/j.advnut.2023.07.009>
- (25) Ärzteblatt, D. Ä. G. R. D. (n.d.). *Hormonal Gender Reassignment Treatment for Gender Dysphoria* (23.10.2020). Deutsches Ärzteblatt. <https://di.aerzteblatt.de/int/archive/article/216309>
- (26) Johnson, N., & Chabbert-Buffet, N. (2020). Hormonothérapie féminisante chez les femmes transgenres. *La Presse Médicale Formation*, 1(6), 597–603. <https://doi.org/10.1016/j.lpmfor.2020.10.030>
- (27) Gomes, S. M., Jacob, M. C., Rocha, C., Medeiros, M. F., Lyra, C. O., & Noro, L. R. (2021). Expanding the limits of sex: a systematic review concerning food and nutrition in transgender populations. *Public Health Nutrition*, 24(18), 6436–6449. <https://doi.org/10.1017/s1368980021001671>
- (28) Rasmussen, S. M., Dalgaard, M. K., Roloff, M., Pinholt, M., Skrubbeltrang, C., Clausen, L., & Telléus, G. K. (2023). Eating disorder symptomatology among transgender individuals: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Eating Disorders*, 11(1). <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00806-y>
- (29) Arikawa, A. Y., Ross, J., Wright, L., Elmore, M., Gonzalez, A. M., & Wallace, T. C. (2020). Results of an Online Survey about Food Insecurity and Eating Disorder Behaviors Administered to a Volunteer Sample of Self-Described LGBTQ+ Young Adults Aged 18 to 35 Years. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 121(7), 1231–1241. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2020.09.032>
- (30) Heiden-Rootes, K., Linsenmeyer, W., Levine, S., Oliveras, M., & Joseph, M. (2023). A scoping review of the research literature on eating and body image for transgender and nonbinary adults. *Journal of Eating Disorders*, 11(1). <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00828-6>
- (31) *The effect of estrogen on appetite*. (1998, November 1). PubMed.<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9878925/>

- (32) Asarian, L., & Geary, N. (2006). Modulation of appetite by gonadal steroid hormones. *Philosophical Transactions of the Royal Society B Biological Sciences*, 361(1471), 1251–1263. <https://doi.org/10.1098/rstb.2006.1860>
- (33) Wikipedia contributors. (2025, April 19). *Masculinizing hormone therapy*. Wikipedia. https://en.wikipedia.org/wiki/Masculinizing_hormone_therapy
- (34) Unknown. (n.d.). *Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ)*. <https://www.ifemdr.fr/wp-content/uploads/2011/10/Test-DEBQ.pdf>
- (35) Hepp, U., & Milos, G. (2002). Gender identity disorder and eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 32(4), 473–478. <https://doi.org/10.1002/eat.10090>
- (36) Hiraide, M., Harashima, S., Yoneda, R., Otani, M., Kayano, M., & Yoshiuchi, K. (2017). Longitudinal course of eating disorders after transsexual treatment: a report of two cases. *BioPsychoSocial Medicine*, 11(1). <https://doi.org/10.1186/s13030-017-0118-4>
- (37) Strandjord, S. E., Ng, H., & Rome, E. S. (2015). Effects of treating gender dysphoria and anorexia nervosa in a transgender adolescent: Lessons learned. *International Journal of Eating Disorders*, 48(7), 942–945. <https://doi.org/10.1002/eat.22438>
- (38) Fish, J. N. (2020). Future Directions in Understanding and Addressing Mental Health among LGBTQ Youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 49(6), 943–956. <https://doi.org/10.1080/15374416.2020.1815207>
- (39) *Drapeau transgenre (T) | Queer & Pride*. (n.d.). <https://queerandpride.be/gilbert-baker/drapeaux/drapeau-transgenre/>
- (40) *Célébration de la Journée du Drapeau Transgenre, le 19 août*. (n.d.). SOS TRANSPHOBIE. <https://www.sos-transphobie.org/celebration-de-la-journee-du-drapeau-transgenre-le-19-aout>
- (41) Cornet, S. (n.d.). *Les différentes étapes de la transition | Maison Arc-en-Ciel*. <https://lgbt-lux.be/transition-dune-personne-transidentitaire/>
- (42) Nicolas, L. (n.d.). *Quelques lignes sur les trois types de transition pour les personnes transgenres*. <https://www.lgbt-lux.be/wp-content/uploads/2019/10/Les-diff%C3%A9rentes-%C3%A9tapes-de-la-transition.pdf>
- (43) *APCE - Résolution 2048 (2015) - La discrimination à l'encontre des personnes transgenres en Europe*. (n.d.). <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-FR.asp?fileid=21736&lang=FR>

- (44) *Les personnes transgenres / Service public federal Justice.* (n.d.). https://justice.belgium.be/fr/themes_et_dossiers/personnes_et_familles/personnes_transgenres
- (45) T'Sjoen, G., Arcelus, J., Gooren, L., Klink, D. T., & Tangpricha, V. (2018). Endocrinology of Transgender Medicine. *Endocrine Reviews*, 40(1), 97–117. <https://doi.org/10.1210/er.2018-00011>
- (46) Richards, C., Bouman, W. P., Seal, L., Barker, M. J., Nieder, T. O., & T'Sjoen, G. (2016). Non-binary or genderqueer genders. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 95–102. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1106446>

Résumé

Aujourd'hui, la reconnaissance des transidentités progresse, bouscule les normes, mais plusieurs réalités de cette population sont peu explorées et interrogent les pratiques professionnelles tout en appelant à repenser notre approche dans de nombreux domaines, notamment dans le domaine de la nutrition. Précisément en matière de diététique, où il convient de s'interroger sur l'influence des transitions (sociales et/ou médicales), notamment la prise d'hormones, sur les habitudes alimentaires. Ce travail s'interroge donc sur l'influence des transitions sur les habitudes alimentaires de cette population.

Il a été observé que les minorités de genre·s sont plus exposées aux risques de disparités en matière de santé et de nutrition, mais aussi qu'il existe un manquement important d'informations dans la littérature sur cette population.

Au travers de ce travail, il est croisé au travers d'une partie approche théorique les notions fondamentales pour mieux comprendre la distinction entre les genres, les transitions, mais aussi les disparités en matière de santé et nutrition, ainsi que les troubles du comportement alimentaire.

Ces notions représentent un appui solide pour la partie pratique, qui permettra d'observer quels sont les potentielles influences de la transition sur les habitudes alimentaires de cette population, s'il y en a, mais aussi la place qu'un·e diététicien·ne peut avoir dans l'accompagnement d'une transition.

Ce travail se veut être une ouverture à une approche diététique non genrée et invite à poursuivre la réflexion sur la place de la diététique dans l'accompagnement des personnes trans*, que ce soit avant/pendant/après la transition, avec comme principal objectif : le point de confort de chacun·e.

Si vous souhaitez mieux comprendre cette problématique et découvrir le rôle que la diététique a à jouer auprès de cette population. La porte à plus de savoir et de connaissances se trouve devant vous, la clé est entre vos mains !