Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans

Remis à monsieur Olivier Véran, ministre des Affaires sociales et de la Santé

Dr Hervé PICARD **Simon JUTANT**

Avec l'appui de Geneviève GUEYDAN de l'Inspection Générale des Affaires Sociales

Janvier 2022

^ z E d , ^

[1] Le présent rapport répond à une saisine du ministre des Affaires sociales et de la Santé faite à deux acteurs de terrain de la prise en charge des personnes trans[1] : le Dr Hervé Picard, médecin généraliste et médecin de santé publique, et Ž ï ä ‡ ”ƒ’’‘”– ‹•–‡”˜‹‡•– —• •‘•‡•– “—‹ Žƒ‹••‹ de Geneviève Gueydan de progrès possibles ; si la situation et les parcours de soins des personnes trans ont été, et restent encore trop, marqués du sceau de la pathologisation de la transidentité et de sa stigmatisation, des évolutions majeures du contexte peuvent en effet contribuer à de profonds changements .

[2] Au niveau international, la CIM 11 qui entre en vigueur en janvier 2022, dépsychiatrise « l incongruence de genre » en la transférant du chapitre des affections psychiatriques, vers celui de la santé sexuelle[2]. Les standards de soins de la World Professional Association for Transgender Health (WPATH) dans leur dernière version en cours de finalisation, prennent acte de cette « dépsychopathologisation » et ‡– •‡––‡•– Ž ï ƒ … …‡•– •—” Žƒ ’ƒ”–‹…‹’‘•ƒ…–‹‘ƒ•– qui les concernent.

[3] Au niveau national, Ž‡• ”ƒ’’‘”–• †‡ Žƒ ‡• trr{ ‡– †‡ Ž ï ‡• trss ‘•– ± ˜ ‘ Ž — ‡ ” Ž ï ƒ ’’”‘…[3]. Surtout, la loi du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du °•‡ •‹°…Ž‡ •‡ …‘•†‹–‹‘••‡ ’Ž—• Ž‡ …Šƒ•‰‡ •‘ ’ ‹ ‹ ‹

entretiens ont notamment permis d'identifier des pratiques de terrain qui montrent la voie pour de nouvelles approches des parcours de soins. La mission a recueilli également des données issues du PMSI et du SNIIRAM, éclairantes malgré leurs limites. Ž Ž ‡ •ï ‡ • – ±‰ ƒ Ž ‡ • ‡ • – ƒ ’ ’ — › ± ‡ • — ” Ž de la littérature, sans avoir toutefois l'ambition de faire une revue de littérature.

[6] ‡ • ’ ” ‹ • … ‹ ’ ƒ — š … ‘ • • – ƒ – • † ‡ Ž ƒ • ‹ • • ‹ ‘ • – ‡ • † ‡ • – • • ‘ • – ” ‡ ” “ — ‡ Ž ï ƒ … trans en général et leurs pf ” … ‘ — ” • • ± † ‹ … ƒ — š † ‡ – ” ƒ • • ‹ – ‹ ‘ • ‡ • ’ ƒ ” – ‹ … — Ž ‹ ‡ ” á ” ‡ • • ² • ‡ • ‹ † ‡ • ± ˜ ‘ Ž — – ‹ ‘ • • ’ ‘ • ‹ – ‹ ˜ ‡ • • ‘ • – • Ž ï à — ˜ ” ‡ ä

[7] Les parcours médicaux de transition restent une question centrale pour les personnes trans, parfois une question de survie, dans un contexte de sur-suicidalité dans cette population. En forte progression, ils sont de plus en plus « modulaires » et diversifiés dans leur contenu (transition hormonale ou pas, chirurgie ou pas, diversité des interventions chirurgicales), leur séquencement et e Ž ‡ — ” • • ‘ † ƒ Ž ‹ – ± • ƒ — • ‡ ‹ • † ï ± “ — ‹ ’ • Š ‘ • ’ ‹ – ƒ Ž ‹ ° ” ‡ • ’ Ž — ” ‹ † ‹ • … ‹ ’ Ž ‹ • ƒ ‹ ” ‡ ’ ƒ ” – ‹ ‡ • Ž ï Š Ø ’ ‹ – ƒ Ž ‘ — ‡ • … Ž ‹ • ‹ “ — ‡ ä

[8] Les parcours de transition pâtissent à la fois des aléas dans les décisions de prise en charge par les CPAM et des Ž ƒ … — • ‡ • † ‡ Ž ï ‘ ^ ^ ” ‡ † ‡ • ‘ ‹ • • ä ‡ • † ‹ ^ ^ ‹ … — Ž – ± • … ‘ • ’ – ” ƒ ‹ – ‡ • ‡ • – • Š ‘ ” • ‘ • ƒ — š ‡ – • Ž ƒ … Š ‹ ” — ” ‰ ‹ ‡ † ï ƒ ^ ^ ‹ ” • ƒ – ‹ ‘ • ‡ – ‰ ± • ° ” ‡ • – et de fortes inégalités géographiques.

[9] Les soins de transition peuvent, contrairement à ce — ï ‘ • ‘ „ • ‡ ” ˜ ‡ † ƒ • • † ï ƒ — – ” ‡ • ’ ƒ › • á ² en charge par la • ± … — ” ‹ – ± • ‘ … ‹ ƒ Ž ‡ á ’ ‘ — ” … ‡ ” – ƒ ‹ • • s r r ¨ ‡ • … ƒ • † ï ƒ … … ° • durée). ‡ • ‘ • „ ” ‡ † ‡ „ ± • ± ^ ‹ … ‹ ƒ ‹ ” ‡ • † ‡ Ž ï ƒ — – ‹ – ” ‡ † ï — • † ‹ ƒ ‰ • ‘ • – ‹ … dysphorie de genre a fortement augmenté depuis 10 ans, tout en restant relativement modeste : 9 000 personnes sont concernées en 2020 dont 3 u r r ƒ † • ‹ • ‡ • † ƒ • • Ž ï ƒ 1 0 ± ‡ ^ ‘ ‹ • ’ Ž — • † ï ƒ † • ‹ • • ‹ ‘ • • “ — ï ‡ • t r s u ‰ d e s b é n é f i c i a i r e s o n t e n t r e 18 et 35 ans. En 2019 á Ž ‡ • ‘ • „ ” ‡ † ‡ † ‡ • ƒ • † ‡ • ‡ – † ï ƒ ˜ ‹ • ^ ƒ ˜ ‘ ” ƒ „ Ž ‡ • † ï … ‘ • … ‡ ” • ƒ • – † ‡ rejoint celui des femmes trans (MtF[6]).

[10] Les personnes trans et leurs associations se plaignent du caractère obsolète et aléatoire † ‡ • … ‘ • † ‹ – ‹ ‘ • • † ï ƒ … … ° • • Ž ï ” — ” ‰ ‹ ‡ Ž ï ƒ ^ ^ ‹ ” • ƒ – ‹ ‘ • † ‡ ‰ ‡ • ” ‡ á ‡ • ’ ƒ mammaire et pelvienne [7] ä ï ƒ … … ° • • Ž ï ‡ • – ƒ ‹ • • ‹ • ‘ — ˜ ‡ ” – • … ‘ • † ‹ – ‹ ‘ • • ± • Ž ƒ ^ ‘ psychiatrique ‡ – Ž ‡ • • ‘ ‹ • • … ‘ — ˜ ‡ ” – • ’ ƒ ” Ž ï ˜ ƒ ” ‹ † ‡ • – † ï — • ‡ • Ž ï ƒ — – ” ‡ † ‡ Ž ‹ Ž ƒ – ‹ ‘ • † ± ^ ‹ • ‹ – ‹ ˜ ‡ á † ‡ Ž ï ‘ ” – Š ‘ ’ Š ‘ • ‹ ‡ å ä

[11] • ƒ ’ ’ Ž ‹ … ƒ – ‹ ‘ • † ï — • ‡ Ž ‡ – – ” ‡ ” ± • ‡ ƒ — † ‡ t r s r Œ ƒ • ƒ ‹ • ’ — „ Ž ‹ ± ‡ ‡ – † … Š ‹ ” — ” ‰ ‹ ‡ ’ ‡ Ž ˜ ‹ ‡ • • ‡ ‡ – • ƒ • • ƒ ‹ ” ‡ ” ‡ Ž ° ˜ ‡ † ï — • ‡ † ± de la CNAM. Cet ± † ‡ … ‹ • avis, se fonde sur la „ ƒ • ‡ † ï — • ’ ” ‘ – ‘ … ‘ Ž ‡ des orientations du rapport de la HAS de 2009 pour requérir — • ‡ ± ˜ ƒ Ž — ƒ – ‹ ‘ • ’ Ž — ” ‹ † ‹ • … ‹ ’ Ž ‹ • ƒ ‹ ” ‡ † ‡ Ž ï ‘ ” † ” ‡ † ‡ † ‡ — š ƒ endocrinologue et un chirurgien) et un certificat tripartite. Les demandes traitées ont été • — Ž – ‹ ’ Ž ‹ ± ‡ • ’ ƒ ” v ‡ • – ” ‡ t r s t ‡ – t r t r á ƒ ‰ ‡ † … ƒ ‡ • Ž ï ƒ ” † ” ‰ (5 Ž ‡ accords en 2020). Cette procédure est toutefois contestée (y compris par des équipes médicales) : les référentiels semblent désormais obsolètes, par rapport à la dépsychopathologisationconsacrée par la CIM 11 â Ž ƒ á “ — ‹ • ‡ — Ž ‡ ƒ ˜ ƒ Ž ‡ — ” ” ± ‰ Ž ‡ • ‡ • – ƒ ‹ ” ‡ á • ‡ ’ ” ± ˜ ‘ ‹ – ’ ƒ • †

---

[5] ‡ ’ ” ‘ ‰ ” ƒ • • ‡ † ‡ • ± † ‹ … ƒ Ž ‹ • ƒ – ‹ ‘ • † ‡ • › • – ° • ‡ • … ‡ ï ‹ « ‹ ‹ ‹

par la CNAM semblent décalés par rapport à la réalité des parcours de transition de plus en plus modulaires et diversifiés.

[12] Les traitements hormonaux de féminisation ou de masculinisation constituent une dernière étape. Ils sont fréquemment initiés par un médecin généraliste, dans un cadre de prescription inadapté. Les prescriptions se font hors autorisation de mise sur le marché (AMM). Dans les faits, les traitements sont le plus souvent pris en charge par les CPAM. En revanche, trans se tournent vers des médecins généralistes, encore peu nombreux à prescrire, car ces derniers ne peuvent pas être primo-prescripteurs de testostérone, principal traitement masculinisant. Les produits les plus utilisés sont par ailleurs pour certains maladaptés dans leur format aux besoins des personnes trans. Ils sont parfois détournés de leur usage pour des pratiques dopantes, hors cadre médical, qui peuvent se révéler préjudiciables à la santé des personnes concernées.

[13] Il existe des centres spécialisés sur le territoire national, mais reste trop limitée et mal répartie géographiquement. Le nombre de séjours hospitaliers avec pour diagnostic principal le «transsexualisme» a triplé entre 2011 et 2020[8]. Ils concernent pour plus des 2/3 des personnes de 18 à 35 ans. La chirurgie génitale est pratiquée dans quelques établissements publics et privés. Les chirurgies mammaire et maxillo-faciale sont également pratiquées dans quelques établissements. Les chirurgiens pelvienne, les principaux actes correspondant aux vaginoplasties et aux phalloplasties, faute de tarification dans la classification commune des actes médicaux (CCAM), sont uniquement pris en

[14] Il existe des mineurs trans. Le sujet apparait comme un sujet particulièrement délicat. Face à un nombre croissant depuis 10 ans de mineurs en interrogation de genre et en demande de transition, les réponses apparaissent insuffisantes et géographiquement mal réparties. Il existe des mineurs trans. La prise en charge des mineurs appelle des réponses fines, globales et réactives, adossées à des équipes pluridisciplinaires, capables de prendre en charge les mineurs trans dans une approche globale de leurs problématiques adolescentes, et de permettre à ces jeunes de définir, ou non, vers un parcours de transition. Cela implique de prendre en compte les facteurs de vulnérabilité qui peuvent être associés à leur variance de genre, comportements suicidaires, troubles dépressifs, troubles anxieux, troubles du comportement alimentaire, addictions. Dans de nombreuses régions, les jeunes et leurs parents peinent à trouver une maison des adolescents ou des professionnels libéraux (psychiatres, psychologues, endocrinologues) accueillants et sensibilisés aux recommandations internationales de bonnes pratiques.

[15] Les parcours de transition relèvent le plus souvent du schéma suivant : accompagnement psycho-social, traitement hormonal, parfois associé à une chirurgie génitale, variable selon la

[8] Soit 1615 séjours en 2020 contre 536 en 2011, ces séjours recouvrant les différentes interventions et les «reprises» de ces dernières.

puberté au tout démarrage de cette dernière (stade tanner 2) semble concerner un petit nombre de mineurs [illegible] être global des jeunes concernés, des questions mériteraient toutefois plus amples études, en état [illegible] long cours, sur le consentement éclairé des mineurs et sur les enjeux de préservation de leur fertilité, notamment.

[16] Au-delà des seuls parcours de transition, les personnes trans rencontrent des difficultés [illegible] situations de grande vulnérabilité sociale et à certains risques sanitaires associés. De très nombreuses [illegible] – [illegible] – [illegible] –

bonnes pratiques prenant pleinement en compte la CIM 11.

X responsabilité médico-légale des

personne et les éventuels facteurs de risques, mais selon des modalités ouvertes et variées (avis des praticiens de ville qui suivent le patient ou passage en réunion de concertation pluridisciplinaire en cas de situation complexe ou requérant des expertises complémentaires).

X A toutes les étapes, le consentement éclairé bonne information délivrée par les professionnels de santé et rendue accessible sur plusieurs

X La modularité et diversité des parcours , dans leur contenu et leurs modalités (en Ville et/ou au sein

formation des professionnels de santé aux bonnes pratiques.

X La place de la médecine de premier recours doit être renforcée pour permettre des accompagnements de transition, en proximité et inscrits dans une approche globale de la santé

X La personne trans doit pouvoir être suivie dans son parcours de transition, par un médecin « fil rouge » de son choix, idéalement son médecin traitant, ayant une vision globale de sa situation

X Les équipes hospitalières pluridisciplinaires conservent toute leur place à la fois comme équipes «ressources» expertes et pour proposer des parcours intégrés aux personnes qui le souhaitent.

X Les parcours de soins doivent être dépsychiatrisés sans être « apsychiatrisés ». Si un diagnostic de «dysphorie de genre problèmes de santé mentale doivent pouvoir être prises en charge. Les formations Sentinelle à la prévention du suicide, gagneraient à intégrer des dimensions populationnelles, notamment concernant les personnes trans. Plus largement, dans un contexte de parcours de transition souvent éprouvants, les personnes trans devraient aussi pouvoir accéder, si elle souhaitent, à un accompagnement par des psychologues ; cela suppose de pouvoir aller plus loin que la

X L'expertise des personnes trans et de leurs associations, doit être mieux reconnue et soutenue (y compris financièrement) : dans le travail en réseau, dans la consolidation de

[20] Pour rendre possibles ces nouvelles organisations de parcours, des évolutions doivent

X Les décisions de prise en charge des CPAM, grâce à la définition, sur la base des recommandations de bonnes pratiques, de parcours de soins susceptibles de contribuer aux parcours de transition (hormonothérapie, chirurgies de réassignation mais aussi épilation définitive, orthophonie, accompagnement psychologique ou conservation des gamètes).

X L'hormonothérapie doit être sécurisé pour les personnes et pour mise sur le marché, en explorant deux voies : l'usage bien établi de [illegible] sur recommandations de bonnes pratiques sera nécessaire pour traitements, et réduire les risques liés à l'automédication « hors cadre».

X L'offre de chirurgie de réassignation sexuelle doit être renforcée, dans des conditions qui garantissent la qualité des soins, en particulier dans le cas de la chirurgie pelvienne. Pour développement de l'offre publique. Il faut également pour une révision de la nomenclature afin de définir des actes spécifiques à la chirurgie pelvienne actuellement codés comme spécifiques au « transsexualisme » permettrait de faire émerger une offre privée, soumise bien sûr à [illegible] publique.

X Développer la formation, initiale et continue, des professionnels de santé aux « problématiques trans » (accueil adapté, contenu des traitements) est une condition pour [illegible] soins des personnes trans. Améliorer les pratiques passe aussi par la production des données (épidémiologiques et sur les parcours de soins), le soutien aux travaux de recherche, ainsi [illegible] une meilleure diffusion des connaissances et des bonnes pratiques établies au niveau international et national.

[21] [illegible]

personnes trans, dans le prolongement du présent rapport et à l'édition des recommandations de bonnes pratiques par la HAS, à destination des acteurs concernés par sa mise en œuvre.

Z K D D E d/KE^ D/^/KE

n°	Recommandation s
	Thème 1: recommandation transversale
1	Elaborer, en concertation avec– ‘ — – ‡ • Ž ‡ • ’ ƒ ” – ‹ ‡ ’ ” ‡ • ƒ • – ‡ • á — • ’ Ž ƒ • † ï ƒ … – ‹ ‘ • † ‡ • ’ ‡ ” • ‘ • • ‡ • ” ƒ • • á † ƒ • • Ž ‡ ’ ” ‘ Ž ‘ • ‰ ‡ • ‡ • – † ‡ • ” ‡ … ‘ • • ƒ • † ƒ – ‹ ‘ • • † — ’ recommandations de bonnes pratiques de la HAS, instaurer un comité de suivi associant tous les acteurs concernés.
	Thème 2 ã ‡ • ‘ — ˜ ‡ Ž ‡ ” ” ± ^ ‘ ” • ‡ ” Ž ï ‘ ” ‰ ƒ • ‹ • ƒ – ‹ ‘ • † ‡ • ’ ƒ ” … ‘ — ” • † ‡ – ” ƒ • •
2	Fonder les parcours de transition sur les principes cardinaux suivants : ” ‡ … ‘ • • ƒ ‹ – ” ‡ Ž ï ƒ — – ‘ † ± personnes, permettre — • … Š ‘ ‹ š ± … Ž ƒ ‹ ” ± ‡ • ƒ • ± Ž ‹ ‘ ” ƒ • – Ž ï ƒ … … ° • • Ž ï ‹ • ^ ‘ ” • ƒ - transition médicale diversifiés dans leur contenu et leurs modalités en faisant une plus grande place à médecine de 1er recours et au travail en réseau, à la psychiatr ‹ • ‡ ” Ž ï ‡ • – ” ± ‡ † ƒ • • Ž ‡ • ’ ƒ ” … ‘ — ” un accompagnement en santé mentale quand nécessaire
3	‡ ’ Ž — • … ‘ • † ‹ – ‹ ‘ • • ‡ ” Ž ï ƒ … … ° • • Ž ï u s ’ ‘ — ” ‹ • … ‘ • ‰ ” — ‡ • … ‡ † ± psychiatrique â ‡ • ’ ‡ ” • ‡ – – ” ‡ Ž ï base de seul protocole de soins établi par le médecin traitant.
4	Ž ƒ ” ‹ ^ ‹ ‡ ” á • — ” Ž ƒ „ ƒ • ‡ † ‡ • ” ‡ … ‘ • • ƒ • † ƒ – ‹ ‘ • • † ‡ „ ‘ • • ‡ ’ ” ƒ – ‹ “ — ‡ • ˜ ‡ • ‹ ’ ” ‹ • ‡ • … Š ƒ ” ‰ ‡ † ƒ • • Ž ‡ … ƒ † ” ‡ † ‡ Ž ï á ƒ — – ‹ – parcours de transition ‘ Š ‘ ” • ‘ • ‘ – Š ± ” ƒ ’ ‹ ‡ á † ‹ ^ ^ ± ” ‡ • – ‡ • … Š ‹ ” — ” ‰ ‹ ‡ • † ï ƒ ^ ^ ” • ƒ – ‹ ‘ • á ƒ … … ‘ • ’ ƒ ‰ ‘ ” – Š ‘ ’ Š ‘ • ‹ ‡ á … ‘ • • ‡ ” ˜ ƒ – ‹ ‘ • † harmoniser les décisions des CPAM sur cette base
5	— ’ ’ ” ‹ • ‡ ” Ž ï ƒ ˜ ‹ • † … ‘ • ± ‡ Ž … • ƒ – ‹ ‘ • ƒ Ž • — ” Ž ‡ • † ‡ • ƒ • † ‡ • † de genre Š ” — ” ‰ ‹
6	Rendre facilement accessibles aux assurés et aux professionnels de santé toutes les informations concer les parcours de soins des personnes Trans : conditions de prise en charge, panier de soins, ta recommandations de bonnes pratiques (dossier sur • ‡ Ž ‹ ä ^ ” á • ƒ • – ‡ ä ^ ” å ä
7	Adapter la nomenclature des actes aux problématiques trans en définissant des codes spécifiques à cert actes, notamment chirurgicaux, propres aux parcours de transition ; permettre la prise en charge de tous actes de la ‹ • † ± ’ ‡ • † ƒ • • ‡ • – † — ‰ ‡ • ” ‡ † — ’ ƒ – ‹ ‡ • – • Ž ï ± – ƒ – … ‹ ˜ ‹ Ž gynécologique et obstétricale des hommes trans.
9	ƒ … ‹ Ž ‹ – ‡ ” ‡ – • ± … — ” ‹ • ‡ ” Ž ï ƒ … † ï ° • • ‡ Ž Autoriser les médecins généralistes de primo-prescrire la testostérone et † ï ƒ — – ” ‡ en consolidant Ž ‡ … ƒ † ” ‡ † ‡ ’ ” ‡ • … ” ‹ ’ – ‹ ‘ • ‡ š – ‡ • • … ƒ † ” ‡ † ï — • ü — • ƒ ‰ ‡ „ ‹ ‡ • ± – ƒ „ Ž ‹ ý ‘ — ” ‡ … ‘ • • ƒ ‹ • • ƒ • … ‡ ’ ƒ ” Ž ï † ï la base de recommandations de bonnes pratiques) ; former les pharmaciens et les biologistes au ” ‡ … ‘ • • ƒ • † ƒ – ‹ ‘ • • † ‡ „ ‘ • • ‡ • ’ ” ƒ – ‹ “ — ‡ • ‡ • • ƒ – ‹ ° ” ‡ † ï Š ‘ ” • ‘ • ‘ – Š ± ” ƒ ’ ‹ ‡

11	Favoriser la montée en puissance du nombre des [illegible] dimensions de la chirurgie [illegible] dans des conditions permettant de garantir une bonne qualité des soins ([illegible] après montée en charge, formation, prise en compte de [illegible] soins post-opératoires, travail en réseau) ; reconnaissance [illegible] des bonnes pratiques cliniques.
12	[illegible] spécifiques à la transidentité), afin de faire émerger une offre de soins supplémentaire dans les établisseme [illegible]
10	Intégrer dans tous l[illegible] démarches de préservation de cette dernière, à adapter dans le cas des mineurs, Développer dans tous [illegible] des gamètes pour les personnes trans.
13	Conduire une enquête auprès des services (hospitaliers, MDA) et des professionnels libéraux pour établir [illegible] état des lieux [illegible] des mineurs trans et en exploration de genre; veiller à un maillage [illegible] la formation et le travail en rés[illegible]
14	[illegible] préservation de leur fertilité.
15	Veiller à ce que les personnes trans soient prises en compte dans les campagnes de prévention et de dépis (cancers, santé sexuelle notamment) quelle que [illegible]; [illegible]
16	Dans le prolongement des mesures en cours de déploiement, permettre un [illegible] ma[illegible] psychologues, allant au-delà de la limite actuelle de 10 séances, quand des accompagnements de plus longue durée sont requis
17	Engager de façon urgente des actions de prévention de suicide dans la population trans, avec trois piliers : un accueil positif au sein des établissements scolaires et des structures de santé afin de prévenir discriminations ; le soutien par les ARS de projets de formation « Sentinelle » impliquant les associations trans et les acteurs de la santé trans ; le développement des liens entre associations trans et structures de san mentale pour faciliter les réponses en urgence.
18	Mieux reconnaitre le travail de médiation en santé par les pairs [illegible] de bénévolat et [illegible] par le financement de postes de pairs médiateurs dans des projets portant sur la santé trans. Renforcer la représentation des associations Trans dans instances régionales de démocratie santé, sur le modèle des COREVIH.
19	Sensibiliser les travailleurs sociaux à la transidentité comme facteur de discriminations et de vulnérabilité [illegible] des personnes précaires et les associations trans

Thème 4 : Développer la recherche, la production de données et la formation	
8	Exploiter les données du système national des données de santé (SNDS) sur les soins concernant les perso ”ƒ••’‘—”±…Žƒ‹”‡”Žparcours de transition et produire des données épidémiologiques sur la santé des personnes trans
21	Intégrer dans la formation initiale des professionnels de santé et dans les formations continues reconnues au titre du de développement professionnel continu (DPC)†‡•±Ž±•‡•–• †‡ •‡••‹„‹Ž••ƒ–‘ personnes trans et de formation sur les traitements de transition.
20	Développer la recherche clinique concernant les soins de transition ainsi que les travaux sur les déterminants de la santé des personnes trans, intégrer la problématique trans à des thèmes de recherches concernant la population générale et financer des recherches sur des problématiques plus spécifiques aux populations trans, soutenir une meilleure diffusion et accessibilité des connaissances scientifiques.

SOMMAIRE

SYNTHESE 3

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION 11

RAPPORT 16

1 DES PARCOURS DE TRANSITION PLUS DIVERSIFIES MAIS ENCORE SEMÉ D'EMBUCHES EN TERMES DE SANTE GLOBALE AUX SOINS QUI RESTE DIFFICILE 20

1.1 MEME SI LE NOMBRE DE PRISES EN CHARGE A FORTEMENT AUGMENTE, LES CONDITIONS ACTUELLES DE SOLVABILISATION DES SOINS COMPLIQUENT DES PARCOURS DE TRANSITION QUI RESSEMBLENT TROP SOUVENT A DES PARCOURS D'OBSTACLES 20

1.1.1 Une forte croissance du nombre de personnes ...

1.1.2 Un cadre de prise en charge financière qui permet une solvabilisation effective des parcours de transition mais ... 22

1.2 DES PARCOURS DE TRANSITION ESSENTIELS EN TERMES DE SANTE GLOBALE, PLUS DIVERSIFIES MAIS QUI SE HEURTENT A DES PROBLEMES D'ORGANISATION DES REPONSES 27

1.2.1 ... 28

1.2.2 ... 30

1.2.3 Une offre de chirurgie de réassignation en développement mais inférieure à la demande avec de longs délais ... 31

1.2.4 Un accompagnement psychologique de la transition parfois/souvent nécessaire mais qui se heurte à la ... solvabilisation ... 38

1.2.5 Une préservation éventuelle de fertilité en cours de structuration 38

1.2.6 Face à des mineurs plus nombreux à souhaiter engager des parcours de transition, les réponses adaptées apparaissent insuffisantes 39

1.3 AU-DELA DES PARCOURS DE TRANSITION, DES FACTEURS DE VULNERABILITES ET DES PROBLEMATIQUES SPECIFIQUES QUI PESENT SUR L'ACCES AUX SOINS 43

1.3.1 ... rejet, des réalités Trans. 43

1.3.2 Des facteurs accrus de vulnérabilité psycho-sociale 43

1.3.3 Un accès à la parentalité encore mal reconnu 46

1.4 DES TENSIONS DEONTOLOGIQUES ET ETHIQUES PARCOURENT LA QUESTION DE L'ACCES AUX SOINS DES PERSONNES TRANS, QUI PEUVENT TROUVER DES POINTS D'EQUILIBRE 46

1.4.1 Tension entre autodétermination et responsabilité médicale 46

1.4.2 Tension entre savoir et pouvoir des personnes concernées et /savoir et pouvoir médical 47

1.4.3 Tension entre développement de réponses spécialisées et adaptation des réponses de droit commun 48

2 DES PRATIQUES DE TERRAIN INSPIRANTES QUI DOIVENT ESSAIMER POUR UNE MEILLEURE ORGANISATION DES SOINS 50

2.1 DE L'IMPORTANCE DES APPROCHES EN SANTE COMMUNAUTAIRE POUR ACCOMPAGNER LES PERSONNES TRANS DANS L'ACCES A L'INFORMATION, AUX DROITS ET AUX SOINS ET ADAPTER LES PRATIQUES DE SOINS 50

2.1.1 ... 51

2.1.2 Les groupes de parole comme espaces de rencontres et de lutte contre la stigmatisation 51

2.1.3 REST un réseau initié par une association Trans, fédérant des professionnels de santé au-delà de la Bretagne 51

2.1.4 La médiation par les pairs ... 52

2.2 COMMENT LA MEDECINE DE PREMIER RECOURS S'ORGANISE POUR ACCOMPAGNER LES PARCOURS DE TRANSITION MEDICALE 54

2.2.1 Le « protocole de santé trans » de la maison dispersée de santé de Lille-Moulins 54

2.2.2 Un exemple de coopération étroite entre une association de santé communautaire (RITA) et un planning familial ... 56

2.2.3 Un réseau de médecins franciliens impliqués dans la prescription des traitements hormonaux et le suivi des patients trans, en lien étroit avec des associations communautaires 57

2.3 DES INITIATIVES HOSPITALIERES POUR MIEUX REPONDRE AUX BESOINS 57

2.3.1 Améliorer le travail en réseau autour des mineurs, diffuser les connaissances, o[Æ u‰o o ‰o š (}Œu coordination « Trajectoires trans : enfants, adolescent-e-s et jeunes adultes » portée par La Pitié Salpêtrière 57

2.3.2 Œ Œ µv š]À]š v}µÀ oo Z]ŒµŒP] [((]Œu š]}v: les exemples šµŒ Œ µv de Rennes, Limoges et Lille 58

2.3.3 Un partenariat émergent entre association/hôpital dans le champ de la prévention du suicide (CTAI de Grenoble) 59

2.3.4 La prise en compte par les CECOS des problématiques de préservation de la fertilité en parcours de transition ; exemple du partenariat entre le CECOS Jean s Œ] Œ š o[‹µ]‰ o }v•µošš]}v dŒ v• u] adultes de La Pitié-Salpêtrière 59

3 DES PRECONISATIONS POUR UN PARCOURS DE SOINS PLUS ACCESSIBLE ET PLUS RESPECTUEUX DES PERSONNES 61

3.1 DES PRINCIPES POUR ORGANISER LES PARCOURS DE SOINS SUR DE NOUVELLES BASES ET NOURRIR UN PLAN D'ACTION GLOBAL 62

3.1.1 o }Œ Œ µv ‰o v [šš]}v Pv]}v o•}Œš] [µv }u]š •µ]À] ••}] vš santé des personnes trans et les acteurs concernés 62

3.1.2 Des principes pour fonder pour une approche nouvelle de o[}ŒP v]• š]}v • •}]v• v• o • ‰ Œ transition : choix éclairé, individualisation des parcours, place renforcée des professionnels de premier recours, dépsychiatrisation sans a-psychiatrisation, qualité des soins 63

3.2 CLARIFIER ET HARMONISER LE CADRE DE PRISE EN CHARGE DES SOINS PAR LA SECURITE SOCIALE POUR RENDRE POSSIBLES DES PARCOURS PLUS OUVERTS 67

3.2.1 Un cadre de prise en charge du parcours de transition fondé sur la santé et plus sur la pathologie 67

3.2.2 Les évolutions attendues : un panier de soins adapté à la diversité des parcours, des règles connues de tous et appliquées de façon harmonisée, des procédures simplifiées 67

3.2.3 Adapter la nomenclature des actes médicaux aux problématiques trans 69

3.2.4 WŒ} µ]Œ • }vv • •µŒ o[• µÆ...•.}]v•.....•.‰...Œ•.}vv•.....•.dŒ...v69

3.3 DEVELOPPER UNE OFFRE DE SOINS PLUS ACCESSIBLE ET MIEUX ADAPTEE EN QUANTITE ET QUALITE AUX BESOINS DES PERSONNES TRANS 70

3.3.1 hv • o[Z}Œu}v}šZ Œ ‰] • µŒ]• ‰}µŒ o...•...‰...š]...v.š.•.....š...‰70}µŒ o • ‰Œ

3.3.2 Z v(}Œ Œ o[}((Œ Z]ŒµŒP] [((]Œu š]}v P vŒ v• • }v]š]}v• ‹ des soins et plus grande accessibilité géographique et financière 73

3.3.3 Une priorité : renforcer les parcours de soins adaptés aux mineurs 75

3.3.4 Mieux prendre en compte les facteurs de vulnérabilités de la population trans, dans les politiques prévention, • v š u v š o š ‰ Œ o[réponse sanitaire et réponse sociales 76

3.4 CHANGER D'ECHELLE EN MATIERE DE RECHERCHE ET DE FORMATION, MIEUX DIFFUSER LES CONNAISSANCES 79

3.4.1 Soutenir la recherche sous différentes formes 79

3.4.2 Renforcer la formation des professionnels de santé 82

LETTRES DE MISSION 85

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES 91

SIGLES UTILISES 95

ANNEXE 1: QUELQUES ELEMENTS DE TERMINOLOGIE 97

Z W W K Z d

Introduction

Un rapport pour aider à des évolutions en cours mais encore insuffisantes

[22] Le ministre des affaires sociales et de la santé a recommandé le présent rapport à deux acteurs de terrain de la prise en charge des personnes transgenre. Cette demande intervient dans un moment particulier qui laisse espérer que des progrès réels dans l'accès aux soins de ces personnes, soient possibles à un horizon de relativement court terme. En effet si des processus inaboutis de réforme ont marqué des années 2010, actuellement existent des leviers qui peuvent permettre de changer la [illegible] pour améliorer la santé et plus largement la vie des personnes transgenre.

[illegible] personnes trans, même si des changements ont contribué à de premières évolutions.

[23] [illegible] première étape inaboutie. Ce rapport apportait, pour la première fois, [illegible] larges sur le « transsexualisme » et sur le parcours de soins de personnes trans et faisait des recommandations de bonnes pratiques. La HAS préconisait notamment, d'une part la création de [illegible] de ce rapport apparaissent toutefois désormais en partie obsolètes compte tenu des évolutions des recommandations internationales et de la problématique transidentitaire globale, en France et au delà.

[24] La [illegible] dans la foulée du rapport de la HAS pour regrouper des équipes hospitalières revendiquant une légitimité particulière dans le domaine et souvent présentées comme "équipes officielles" même si aucun processus de reconnaissance institutionnelle ne les validait comme telles. Les relations entre cette société savante et de nombreuses associations de personnes trans se sont révélées houleuses, [illegible] DGOS dans le prolongement du rapport de la HAS.

[25] Le rapport IGAS de décembre 2011 sur « [illegible] médicale et sociale des personnes trans et du transsexualisme » a dressé un état des lieux approfondi dont sont ressorties 31 recommandations. Si ses conclusions ont été saluées par [illegible] recommandations concernant directement les parcours de [illegible] années qui ont suivi.

[26] Les principales recommandations du rapport IGAS de 2011 portaient sur le changement de regard social, [illegible] traitement, la désignation de deux centres spécialisés de référence en chirurgie, le développement

transidentité dans l

[27] Un premier pas vers la dépsychiatrisation est intervenu toutefois dès février 2010, bien
la prise en charge à
100 % des soins au titre des « ne relève plus de » depuis cette date de
Toutefois ce changement, important symboliquement, est res
réassignation) se fonde, à défaut de recommandations de bonne pratique actualisées, sur un protocole de soins datant de 1989 et sur les propositions du rapport de la HAS de 2009, lequel exigent une évaluation de 2 ans permettant de poser le diagnostic psychiatrique de dysphorie de genre

[28] contexte en profonde transformation.

[29] Des évolutions majeures du contexte national et international contribuent à une meilleure reconnaissance des droits des personnes trans et à une plus grande diversité termes de contenu et de modalités, des parcours sur la transidentité :

- X La CIM 11 adoptée en 2019 pour une application en janvier 2022 abandonne la notion de « trans-sexualisme » et dépsychiatrise « [10]. Cette dernière est transférée du chapitre des affections psychiatriques, vers celui de la santé sexuelle. Le manuel de diagnostic en santé mentale (DSM V) adopté en 2013 distingue par ailleurs la dysphorie de genre fonctionnement social», de « mentale».
- X Les standards de soins World Professional Association for Transgender Health (WPATH) dans leur version 7 en date de 2012 et leur version 8 en cours de finalisation[11] situent la réalité « « dépsychopathologisation active des patients aux décisions formation des professionnels de santé pour conduire les évaluations nécessaires et délivrer des soins adaptés.

[10] Selon le CIM 11, « [illegible] tribunaux des diagnostics de groupe. «

[11] janvier 2022 ; ils comportent 20 chapitres thématiques ; ils se veulent fondés sur les données les plus récentes de la science et le respect des droits humains.

X — ‹ – ‡ • † ‡ • ’ ” ‘ … ± † — ” ‡ • ‡ • … ‘ — ” • † ‡ ˜ ƒ • – Ž ƒ ‘ — ” ‡ — ” ‘ ’ loi ‡ • • ‡ † ‡ • †
du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXIème siècle ne conditionne
’ Ž — • Ž ‡ … Š ƒ • ‰ ‡ • ‡ • – † ‡ ‰ ‡ • ” ‡ • Ž ï ± – ƒ – … ‹ ˜ ‹ Ž • — • Ces … Š ‹ ” — ” %
dispositions favorisent une plus grande diversité des parcours de transition et font émerger
plus fortement certaines questions, notamment concernant la parentalité.

La loi n°2016 -1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXIème siècle a modifié Ž ‡ • … ‘ • † ‹ – ‹ ‘ • • † ‡ … Š ƒ • ‰ ‡ • ‡ • – † ï ± — 5 à 8 du code civil). Le changement de prénom ” ‡ Ž ° ˜ ‡ † ‡ Ž ï ‘ ^ ^ ‹ … ‹ ‡ ” † ï ± – ƒ – … ‹ ˜ ‹ Ž • — ” Ž ƒ „ ƒ • ‡ de sexe • • ‹ Ž ï ± – ” relève du ‹ Ž ‹ • ‡ ä ‡ . tribunal de grande instance. Le demandeur doit faire état de son consentement libre et éclairé et produire tout élément de preuve au soutien de sa demande : se présenter publiquement comme appartenant au sexe revendiqué, être connu par son entourage sous le sexe revendiqué, avoir obtenu du changement de prénom ƒ ^ ‹ • “ — ï ‹ Ž … ‘ ” ” ‡ • ’ ‘ • † ‡ ƒ — • ‡ š ‡ e ne pas avoir subi de traitements médicaux, une opération chirurgicale ou une stérilisation ne peut motiver le refus de faire droit à la demande.

X ï ± ˜ ‘ Ž — – ‹ ‘ • • ‘ … ‹ ± – ƒ Ž ‡ † ‡ Ž ƒ ’ ‡ ” … ‡ ’ – ‹ ‘ • † ‡ • ’ ” ‘ „ Ž ± • ƒ – ‹ “ — ‡ • † ‡ ‰ regard sur les personne • – ” ƒ • • á – ƒ • † ‹ • “ — ‡ Ž ï ± • ‡ ” ‰ ‡ • … ‡ † ï ƒ • • ‘ … ‹ ƒ – ‹ ‘ nombreuses permet une auto -organisation des personnes concernées et une plus grande visibilité de leurs revendications. La problématique trans commence également • ± • ‡ ” ‰ ‡ ” † ƒ • • † ‡ • ’ Ž ƒ • tion aux … Toutefois, malgré des progrès sensibles, de [12] • ‘ • „ ” ‡ — š – ” ƒ ˜ ƒ — š á † ‘ • – … ‡ — š † ‡ Ž ï á ƒ – – ‡ • – ‡ • – † ‡ Ž ƒ † ï ‹ • … ‘ • ’ ” ± Š ‡ • • ‹ ‘ • ˜ ‘ ‹ ” ‡ † ‡ … ‘ • ’ ‘ ” – ‡ • ‡ • – • – ” ƒ • • ’ Š ‘ „ ‡ • [13]

X Les parcours de transition sont de plus en diversifiés dans leur conten u et leurs • ‘ † ƒ Ž ‹ – ± • á • ² • ‡ • 5 ‹ Ž • ” ‡ • – ‡ • – • ‡ • les équipes hospitalières engagées dans ces parcours sont en évolution (émergence de nouvelles équipes, diversification des ’ ” ƒ – ‹ “ — ‡ • á † ‡ • • ± † ‡ … ‹ • • ‰ ± • ± ” ƒ Ž ‹ • – ‡ • • ï ‹ • s Ž ‘ mée fin 2020 en • ï ‡ Trans Santé France FPATH, qui se veut en rupture avec les pratiques antérieures, adhère au principe de dépathologisation et a ouvert ses instances aux associations de personnes trans, sans toutefois avoir réussi à ce jour à convaincre l ensemble du mouvement associatif.

[30] Dans ce contexte, une reprise des échanges entre le ministère en charge de la santé et les associations a été engagée en 2019, vite interrompue par la crise sanitaire du COVID. Deux initiatives viennent relancer les travaux sur les parcours de soins des personnes trans.

[31] Compte tenu du besoin de diversité des parcours et de dé -psychiatrisation effective suite aux évolutions internationales, le ministre en charge de la santé a saisi la HAS en vue † ï ƒ … – — ƒ Ž ‹ • ‡ ” ‡ • recommandations de 2009. Ž • ï ƒ ‰ ‹ – • ‘ – ƒ • • ‡ • – † ï ± ˜ ƒ Ž — ‡ … ‘ • • ± “ — ‡ • … ‡ • † ‡ • • ‘ † ‹ ^ ‹ … ƒ – ‹ ‘ • • ‹ • – ” ‘ † — ‹ – ‡ • ’ ƒ ” Ž ƒ s s • — ” Ž ‡ • ’ ƒ • ‘ — ˜ ‡ ƒ — ’ ” ‘ – ‘ … ‘ Ž ‡ ‡ • Ž ‹ ‡ • ƒ ˜ ‡ … Ž ‡ • ’ ” ‘ ^ ‡ • • ‹ ‘ • • ‡ Ž • † ‡ • ƒ • – ordre ‡ – Ž ‡ • ƒ • Ž ï ‘ ” ‰ ƒ • ‹ • ƒ – ‹ ‘ • † ‡ • • ‘ ‹ • • á Ž ‡ — ” “ — ƒ Ž ‹ – ± ‡ – Ž ‡ — ” • ± … — ” ‹ – ± á ‡ – † ‡ ’ ” de premier recours dans les parcours de soins, en articulation avec les réponses spécialisées. ï ± Ž ƒ „ ‘ ” ƒ – ‹ ‘ • † ‡ • ‘ — ˜ ‡ Ž Ž ‡ • ” ‡ … ne pratique par la HAS, est très soutenue également par la CNAM, soucieuse de clarifier les fondements de sa prise en charge financière des soins de transition.

[12] Ž ƒ • • ƒ – ‹ ‘ • ƒ Ž † ï ƒ … – ‹ ‘ • • ’ ‘ — ” Ž ï ± ‰ ƒ Ž ‹ – ± † ‡ • † ” ‘ ‹ – • á … ‘ • – ” ‡ Ž ƒ 2021. ‹ • ‡ ‡ – Ž ‡ • † ‹ • … ” ‹ •
[13] Le panorama de la société 2019 : Chapitre « Les défis LGBT : comment analyser Ž ï ‹ • – ± ‰ ” ƒ – ‹ ‘ • † ‡ • • ‹ • ‘ ” ‹ – ± • • š O C D E Ž ‡ • ‡ – † ‡ ‰ ‡ • ‡

[32] En amont des travaux de la HAS, le ministre a également chargé deux acteurs de terrain, M. [illegible] et le Dr Hervé Picard (médecin généraliste prenant en charge des personnes transgenres), de faire un état des lieux et des propositions concernant la santé des personnes trans, objet du présent rapport (cf. lettres de mission en annexe). Il leur a été demandé de traiter un champ vaste : les problématiques [illegible] transition, en identifiant les bonnes pratiques de terrain.

[33] Le présent rapport vise à apporter un éclairage préparatoire aux travaux de la HAS, ce qui correspond à une démarche inédite. [illegible] comme les bonnes pratiques, et à poser les principes susceptibles de guider les changements nécessaires, avec une attention forte donnée aux enjeux sociétaux, éthiques et déontologiques du sujet.

[34] Dans les délais contraints qui ont été les siens, la méthode de travail de la mission a reposé sur :

- X Des entretiens avec des acteurs nombreux et diversifiés (acteurs institutionnels, associatifs, du soin de différentes régions) que la mission tient à remercier chaleureusement [illegible] disponibles (cf. liste en annexe). Ces entretiens ont notamment permis d'identifier des pratiques de terrain inspirantes, qui montrent la voie pour de nouvelles approches des parcours de soin et de leurs modes d'organisation.

- X Une exploitation de données quantitatives tirées du PMSI et du SNIIRAM, avec les limites de ces dernières.

- X Une prise en compte de données de la littérature, sans avoir toutefois l'ambition de faire une revue systématique de littérature qui relève du futur travail de la HAS

- X [illegible]

1 Des parcours de transition plus diversifiés mais encore semés [u ¸ Z • U µ v • P o } o µ Æ • }] v • ‹ µ] Œ • š](

[35] Il est très difficile de quantifier le nombre de personnes trans en France comme au niveau ‹ • – ‡ ” • ƒ – ‹ ‘ • ƒ Ž á ˆ ƒ robustes sur le sujet. En revanche, il est indiscutable que les personnes – ” ƒ • • ‘ • – † ‡ • ’ ” ‘ ˆ ‹ Ž • ˜ ƒ ” ‹ ± • á ‡ • – ‡ ” • ‡ • † ï Ÿ ‰ ‡ á † ‡ lieu de résidence, ‹ ƒ Ž á † ‡ ’ et donc aussi de santé, pour autant, … ‡ ” – ƒ ‹ • ‡ • ’ ” ‘ „ Ž ± • ƒ – ‹ “ — ‡ • † ï ƒ … … ° • ƒ — š • ‘ ‹ • • toutes.

[36] Le parcours médico … Š ‹ ” — ” ‰ ‹ … ƒ Ž † ‡ – ” ƒ • • ‹ – ‹ ‘ • á “ — ‹ ’ ‡ ” • ‡ – † ï ƒ † ƒ ’ – ‡ ” Ž ï ‹ † ‡ • – ‹ – ± † ‡ ‰ ‡ • ” ‡ ˜ ± … • ƒ ‡ Œ á ‡ ” ‡ • ’ – ‡ — ” • Ž ‡ • Œ ‡ ” • ‘ • • ‡ • – ” ƒ • • ä ï ƒ … … ° • transition ne constitue pas un « confort ý • ƒ ‹ • — • ‡ • Œ ‡ — ˜ ‹ – ƒ Ž ‡ • – ‡ ” • ‡ • † ‡ „ ‹ ‡ • ² – ” de vie personnelle, de santé globale et aussi de vie sociale, le « passing »,[14] associé au changement † ï ± – ƒ – pouvant contribuer à réduire la stigmatisation. Cela constitue en cela un enjeu de survie au sens propre, agissant sur la sur-suicidalité des communautés trans. La population des mineurs trans requiert à ce titre une attention renforcée.

[37] Les parcours de transition sont de plus en plus nombreux à être pris en charge par la sécurité • ‘ … ‹ ƒ Ž ‡ ‡ – ‹ Ž • • ‘ • – ƒ — • • ‹ † ‡ • ’ Ž — • ‡ • ’ Ž — • † ‹ ˜ ‡ ” • ‹ ˆ ‹ ± • type Ž ‹ • † — • identique pour toutes et tous. Pour autant, ‹ Ž • • ï ƒ ’ ’ en ‡ • encore souvent à des parcours † ï ‘ „ • – ƒ … Ž ‡ • á ’ ‘ — ” • ï ‹ • ˆ ‘ ” • ‡ ” á ƒ … … ± † ‡ ” • — • ‡ ‘ ˆ ˆ ” ‡ † ‡ • ‘ ‹ • • ƒ † ƒ ’ – ± ‡ á charge. Les associations de personnes trans qui se sont développées ces dix dernières années jouent un rôle très important en t ‡ ” • ‡ • † ï ‹ • ˆ ‘ ” • ƒ – ‹ ‘ • á † ‡ • ‘ — – ‹ ‡ • ‡ • – ” ‡ ’ ƒ ‹ ” • ‡ – † ‡ ’ Ž évoluer les droits.

[38] Par-delà le parcours de transition, la santé des personnes trans se ressent de leurs difficultés † ï ƒ … … ° • ƒ — š • ‘ ‹ • • ’ ” ‹ • ƒ ‹ ” ‡ • á Ž ‹ ± ‡ • • — • urs ‡ adapté. Les Ž facteurs de ‡ • – ’ ƒ • vulnérabilité psycho-sociale, sur représentés chez une partie des personnes trans, ont des ” ± ’ ‡ ” … — • • ‹ ‘ • • ‡ • – ‡ ” • ‡ • † ï ƒ … … ° • ƒ — š • ‘ ‹ • • á † ‡ • ƒ • – ± • ‡ š — ‡ Ž Ž ‡ ‡ – une adaptation des réponses encore très inégale.

1.1 Même si le nombre de prises en charge a fortement augmenté, les conditions actuelles de solvabilisation des soins compliquent des parcours de transition qui ressemblent trop souvent à des parcours d'obstacles

[39] Les soins de transition sont globalement pris en charge par l'Assurance maladie en France, ce “ — ‹ ‡ • – — • ’ ‘ ‹ • – ’ ‘ • ‹ – ‹ ˆ ’ ƒ ” ” ƒ ’ ’ ‘ ” – • Ž ƒ • ‹ – — ƒ – ‹ ‘ • † ï ƒ — – ” ‡ • ’ ƒ › • ä • • ‘ — • ‡ ˆ ‘ ” – ‡ … ” ‘ ‹ • • ƒ • … ‡ † — • ‘ • „ ” ‡ † ‡ „ ± • ± ˆ ‹ … ‹ ƒ transidentité Ž » ainsi que ƒ — – ‹ – ” du nombre d'actes liés à la chirurgie de réassignation en établissements de soin.

[40] Pour autant, l'obtention d'une prise en charge des soins par l'Assurance maladie demeure un point important de difficulté pour les personnes trans et pour certains professionnels de santé qui

[14] Le « passing ý • ‡ ” ± ˆ ° ” ‡ ƒ — ˆ ƒ ‹ – ’ ‘ — ” — • ‡ ’ ‡ ” • ‘ • • ‡ † ï ² – ” ‡ ˜ — ‡ á † ‡ ’ ƒ ” • ‘ • ƒ ’ ’ ƒ ” ‡ • … ‡ á † ƒ • par son entourage ou son environnement. • ‘ … ‹ ƒ Ž â ‹ Ž • ‡ • ï ƒ ‰ ‹ – ’ ƒ • † ï — • … ” ‹ – ° ” ‡ ‡ š ‹ • – ƒ • – ‡ • • ‘ ‹ á † ‡ † ï — • ‡ ˆ ‡ • • ‡ ‘ — † ï — • Š ‘ • • ‡ ‡ • – • ƒ • … – ‹ ‘ • • ± ‡ † ‹ ˆ ˆ ± ” ‡ • • ‡ • – † ƒ • • … Š ƒ “ — ‡ … ‘ • – ‡ š – ‡ á ‘ — – ‡ ˆ ‘ ‹ • á ‹ Ž • ï ƒ ‰ ‹ – † ï — • ‡ • ‘ – ‹ ‘ • ’ ‡ ‚ „ ¢ Ž ← ƒ ± • → – ‡ Œ ‡ • . ‡ ‚ ˜ Ž ƒ † ï ← • ‡ ’ ‡ ” • ‘ • • ‡ – ” ƒ • • á † ƒ • • Ž privé, et les discriminations ou violence pouvant y être associées.

les accompagnent, car faute de clarté sur les « règles du jeu », les réponses de l'Assurance Maladie ˜ƒ”‹‡•– ˆ‘”–‡•‡•– †ƒ•• Ž‡ –‡•'• Ž ï‡•'ƒ …‡á ‰±•±”ƒ•– ‹•…‡”–—†‡ ‡–

[41] ‡ •ƒ•“—‡ †‡ …Žƒ”–± –‹‡•– ''—" „‡ƒ—…'—' • Ž ï'„•'Ž detenu‡•…‡ †— comme référence par la CNAM pour conditionner la prise en charge, en particulier de la chirurgie de réassignation, à défaut de recommandations de bonnes pratiques à jour . Le protocole de soins de 1989, repris dans ses grands principes par le rapport de 2009 de la HAS, est considéré, à juste titre, par les associations de personnes trans et par certains praticiens, comme doublement obsolète: par rapport aux cadres de références internationaux (CIM 11 et recommandations de la World Professionnal Association for Transgender Health - WPATH), compte tenu de la réalité des parcours de transition de plus en plus diversifiés dans leur contenu (il n'y a plus de parcours linéaire univoque) et leurs modalités de réalisation (recours aux praticiens de ville comme aux équipes hospitalières). Le Défenseur des Droits a recommandé la modification du protocole de la HAS concernant la prise en charge du parcours de soins des personnes trans[15]

[42] La CNAM et les CPAM sont placées dans une situation inconfortable, qui ne saurait se prolonger davantage: … Šƒ”‰±‡• †ï'"‰ƒ•‹•‡" Žƒ •'Ž˜ƒ„‹Ž‹•ƒ–‹‘• †‡• •'‹•• †ƒ•• —• '‡"–‹•‡•…‡ †‡ …‡• †‡"•‹•"•á ‡ŽŽ‡• •‡ '‡—˜‡•– 'ƒ• •ïƒ''—›‡" •—" †‡• pour mettre à jour et harmoniser les règles applicables.

1.1.1 Une forte croissance du nombre de personnes prises en charge au titre d'un parcours de transition

[43] ‡• ƒ…–‹—"• †‡ –‡""ƒ‹•" "‡•…'•–"±• ''‹•–‡•– –'—• Ž ïƒ—‰•‡•–ƒ–‹‘ transition chez les adultes et les mineurs, ce qui peut "'„ƒŽ‡•‡•– •ï‡š'Ž‹"—‡" 'ƒ" —•‡ •' « autocensure » †ƒ•• Ž ïƒˆˆ‹"•ƒ–‹‘• 'ƒ" Ž‡• '‡"•'••‡• †‡ Ž‡—" ‹†‡•–‹–± †‡ ‰‡ social où la visibilité des personnes trans est plus importante à l'échelle d'un contexte administratif ayant, d'‡'—‹• trsxá †±Ž‹± Ž5ƒ……°• ƒ— …Šƒ•‰‡•‡•– †‡ Žƒ •‡•–‹•' †‡ •'†ï‹•–‡"˜‡•–‹•' …Š‹"—"‰‹…ƒŽ‡ †‡ ï±•ƒ•…‹'ƒ•– †ï "‡‰ƒ"† •'…‹ƒŽ‡•'"‡ 'Ž—• "±'"'„ƒ–‹—" dicaux, concernant et inscrits, les †ï…ƒ personnes trans se « déclarent » '"'„ƒŽ‡•‡•– ƒ— Œ'—"†ïŠ—‹ †ƒ˜ƒ•–‰‡ "—ïŠ‹"ä

[44] ‡• †'••±‡• ƒ†‹•‹•–"ƒ–‹˜˜‡•– ‡Ž Ž‡• ƒ——•‡•– †ï—•‡ …"'‹•••ƒ personnes trans prises en charge par la sécurité sociale , même si leur nombre global reste "‡Žƒ–‹˜˜‡•– Ž‹•‹–± ‡– marginal ý —•• "' Ž†•• ü† ± 'Assurance Maladie.

[45] ‡Ž'• Žƒ á Ž‡ •'•„"‡ †‡ '‡"•'••‡• ƒ†‹•transidentité » (admissions annuelles) a été multiplié par 10 entre 2013 et 2020, et 8 952 personnes bénéficient en 2020 †ï—•‡ ''transidentité »[16] ä Ž •ïƒ‰‹‹•‹–ƒ–‹‘ †ï—•‡ ''' Žƒ–‹‘• Œ‡—‰‹•‹–ƒ–‹‘• des '—‹•"—‡ „±•‡ˆ‹•…‹ƒŽ‡ ‘•– ‡•–"‡ sz ‡– uw ƒ••á –ƒ•– ‡• –‡"•‡• †— ˆŽ—š †ï prévalente. Selon la CNAM, ‡• trs{á ''—" Žƒ '"‡•‹°"‡ ˆ'‹•á Ž‡ •'•„"‡ †‡ ‡•ƒ††‡ favorables concernant des hommes trans (FtM) a rejoint celui des femmes trans (MtF).

---

[15] Décision-cadre du Défenseur des droits n°2020-136 du 18 juin 2020, recommandation n°6 « Le Défenseur des droits recommande au ministère des solidarités et de la santé de modifier le protocole de la HAS concernant la prise en charge †‡• 'ƒ"…'—"• †‡ –ƒ••‹•‹'• ƒˆ‹• "—‡ Ž‡• ˆ'‹•á –ƒ•– ‡• ˆ'—"‹••‡—" ‡–"‡ territoire, que que soit le parcours de soins choisi par la personne transgenre ».

[16] ALD pour diagnostic F64 de « transsexualisme »

Tableau 1 : ALD au titre de la « transidentité » : nombre de bénéficiaires

	17 ans et moins	18-35 ans	36-50 ans	plus de 50 ans	total
nb admisions en ALD transidentité	187	2479	394	249	3309
répartition par âges des admissions	5,7%	74,9%	11,9%	7,5%	100%
nb sujets titulaires de l'ALD transidentité	294	6148	1519	991	8952
répartition par âges des titulaires	3,3%	68,7%	17,0%	11,1%	100%
prévalence pour 100'000 par classe d'âge	2,2	42,11	12,11	4,3	14,09

source des données : CNAM - période : année 2020

[46] Ces données restent incomplètes [illegible] on ne dispose pas de données sur les [illegible] renvoient à des fourchettes très larges et peu récentes. Ces données varient considérablement selon la méthode employée : enquêtes centrées sur des personnes prises en charge dans des centres [illegible]

[47] Ces chiffres permettent encore moins de rendre compte du nombre de personnes trans dans [illegible] prévalence [illegible] renvoient à des fourchettes très larges et peu récentes. Ces données varient considérablement selon la méthode employée : enquêtes centrées sur des personnes prises en charge dans des centres [illegible]

- Le rapport de la HAS de 2009 indique « les données épidémiologiques actuelles et en particulier les données françaises sont insuffisantes pour obtenir une estimation fiable de la prévalence et de [illegible] Néanmoins, à partir des données les plus récentes, [illegible] Ces chiffres concernaient des personnes impliquées dans un traitement.
- [illegible] déclarée [illegible] une estimation de prévalence de 355 pour 100 000 avec de très fortes variations selon les études (1 à 4).
- Des études en auto déclaration feraient état [illegible]

1.1.2 Un cadre de prise en charge financière qui permet une solvabilisation effective des parcours de transition mais sur des base obsolètes, génératrices d'inégalités et de flou

[48] Le cadre de prise en charge des parcours de transition repose sur plusieurs dispositifs :

- [illegible] hors liste » qui permet une prise en charge à 100% de certains soins au titre du « transsexualisme » selon la terminologie de la CCAM[20]

[17] [illegible] dont 11 concernaient la [illegible]

[18] [illegible] personnes trans dans la population.

[19] Collin, Lindsay et al « Prevalence gender depends on the case» définition : a systematic review». The journal of sexual medecine vol 4n°13 2016, p 613-623

[20] [illegible] à 6 mois, et les soins, notamment les interventions chirurgicales, sont très coûteux.

X Des règles de prises en charge des actes contribuant au parcours de transition, qui relèvent [illegible] figurant dans la CCAM.

[49] Ces différents dispositifs présentent des failles (procédures reposant sur des référentiels médicaux anciens et sans valeur juridique, codifications inadaptées) qui compliquent les prises en charge.

1.1.2.1 Une prise en charge en ALD plutôt ouverte mais des aléas et des variations dans le temps et dans l'espace

[50] Depuis 2010, les soins de transition hors liste » qui permet [illegible] coût des soins. [illegible] sur la base [illegible] « transsexualisme » ou « transidentité » ou "dysphorie de genre", établi par le médecin traitant, lequel remplit le formulaire de "protocole de soins" comprenant le diagnostic ainsi que le plan de prise en charge (actes et prestations envisagés).

[51] Si globalement les personnes trans parviennent à obtenir une ALD « hors liste », les délais, les [illegible] Selon les témoignages recueillis par la mission, certaines CPAM délivrent un accord sur la base du seul protocole de soin rempli par le médecin traitant [illegible] diagnostic de « [illegible] », quand [illegible] soins de référence » pour orienter les décisions des CPAM, du fait de l'absence de recommandations de bonne pratique. [illegible] du visage ou du corps, [illegible] être et la vie sociale de nombreuses femmes trans.

1.1.2.2 Un cadre d'entente préalable pour la chirurgie de réassignation perçu comme obsolète, appliqué de façon hétérogène et juridiquement fragile

[53] [illegible] février 2010 conditionne sa prise en charge à un avis favorable du médecin conseil national, [illegible] national de soins validé par la HAS. Dans les faits, les demandes sont transmises par les CPAM à la CNAM (département des prestations et des pathologies chroniques). Les services de la CNAM fondent leur analyse sur des principes tirés du protocole de 1989, mais aussi sur les orientations plus récentes du rapport HAS de 2009, même si celles-ci [illegible] bonnes pratiques. Ces textes font référence à deux points majeurs :

X [illegible] psychiatre, un endocrinologue et un chirurgien pour confirmer le diagnostic de "trouble de [illegible] genre", écarter les diagnostics différentiels et informer la personne sur les bénéfices-risques des traitements ;

X Un certificat tripartite signé par les trois médecins spécialistes, explicitant les soins médicaux et chirurgicaux requis.

[54] ï ± “ — ‹ ’ ‡ • ± le de la CNAM traite un nombre croissant de demandes (multiplication par plus de 4 entre 2012 et 2019), qui dans 2/3 à ¾ des cas fo • – Ž ï ‘ „ Œ ‡ – † ï — • ƒ …5)… ‘ ” † – ƒ „ Ž Les refus résultent de protocoles de soins considérés comme ne remplissant pas les condit ” ‡ “ — ‹ • ‡ • ƒ „ • ‡ • … ‡ † ‡ … ‡ ” – ‹ ˆ ‹ … ƒ – – ” ‹ ’ ƒ ” – ‹ – ‡ á ƒ „ • ‡ • … ‡ † 5 ƒ – – ‡ • – ƒ – ‹ ‘ •

Tableau 2 : Nombre d'avis (accord et refus) de la CNAM pour des demandes de prise en charge de chirurgie mammaires et pelviennes d'affirmation entre 2012 et 2020

année	avis pour chirurgie mammaire et pelvienne de la transidentité		total	% accord
	refus	accord		
2012	33	80	113	71%
2013	59	106	165	64%
2014	74	140	214	65%
2015	61	146	207	71%
2016	48	167	215	78%
2017	88	187	275	68%
2018	138	226	364	62%
2019	170	320	490	65%
2020	118	344	462	74%

source CNAM

[55] La répartition des demandes entre chirurgies de parcours transmasculins et de parcours transféminins paraît demeurer stable entre 2012 et 2020 avec un ordre de grandeur de 40 de chirurgies transmasculines et 60% de chirurgies transféminines (tableau 6).

Tableau 3 : Nombre d'avis favorables de la CNAM pour des demandes de prise en charge de chirurgie pour "transsexualisme" entre 2012 et 2020

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

source CNAM

[56] ‘ • • ‡ • ‘ — Ž ‹ ‰ • ± ’ ƒ ” Ž ‡ • ” ƒ ’ ’ ‘ ” – • † ‡ Ž ï ‡ – † ‡ Ž ï á … ‡ † ‹ • ’ juridiquement. ƒ Ž ‡ – – ” ‡ ” ± • ‡ ƒ — “ — ‹ Ž ‡ ˆ ‘ • † ‡ • ï ƒ › ƒ • – Œ ƒ • ƒ ‹ • ± – ± ’ — „ Ž ‘ ’ ’ ‘ • ƒ „ Ž ‡ ä ‡ – – ‡ ’ ” ‘ … ± † — ” ‡ † ‡ ˜ ƒ Ž ‹ † ƒ – ‹ ‘ • ƒ — • ‹ ˜ ‡ ƒ — • ƒ – ‹ ‘ • ƒ Ž • ï ƒ ’ ’

majorité des actes concernés[21]. Pour les cinq actes spécifiques du « transsexualisme »[22], la partie « notes » de la CCAM précise uniquement que « le diagnostic de transsexualisme doit avoir été fait par une équipe multidisciplinaire, après une période minimum de deux ans à ce jour. Il est recommandé que les indications soient décidées par un comité [illegible][23].

[57] Certains chirurgiens qui se [illegible] concertation pluridisciplinaire (RCP)[24].

[58] Le Défenseur des Droits a rappelé à plusieurs reprises[25] le caractère superfétatoire et discriminant de conditions particulières (certificat tripartite), exigées des personnes trans pour accéder à certaines interventions, en particulier celles non spécifiques à la transidentité (chirurgie mammaire) : « La production de documents supplémentaires pour les femmes transgenres [illegible] constitue une différence de traitement directement fondée sur l'état de santé, prohibée par l'article 1er du code pénal. Le tribunal des affaires de sécurité sociale de Quimper a statué dans le même sens dans un arrêt récent concernant une mammectomie[26] : « seules deux conditions doivent être réunies pour que la prise en charge de la personne transsexuelles soit assurée, à savoir [illegible] ».

1.1.2.3 Des problèmes de cotation et des difficultés de prise en charge liées à des problèmes d'état civil qui se posent dans les parcours de transition mais au-delà

[59] La CNAM a répertorié dans la consommation de soins rattachée au PMSI à un diagnostic F064 (transsexualisme) 123 actes identifiés en lien avec une transition.

---

[21] La CCAM prévoit une entente préalable pour la mastoplastie bilatérale d'augmentation, avec pose d'implant prothétique [illegible]

[22] JZMA001 et 002 (vaginoplasties) et JHMA 004, 007, 008 (phalloplasties)

[23] [illegible] « transsexualisme » dans la partie « notes » fait également référence dans la partie « environnement » à des « centres habilités et contrôlés » et précise que le recueil prospectif de données est nécessaire à [illegible] affection de longue durée hors liste dans Décision-cadre du 18 juin 2020 et décision n° 2020-258 du 9 décembre 2020.

[24] « Le défenseur des droits constate, dans le cadre des réclamations dont il est saisi, que les personnes transgenres se voient refuser leur inscription en affection de longue durée hors liste (ALD HL) au motif de non conformité au protocole de soins de [illegible] affection de longue durée hors liste dans Décision-cadre du 18 juin 2020 et décision n° 2020-258 du 9 décembre 2020.

[25] Décision-cadre du 18 juin 2020 et décision n° 2020-258 du 9 décembre 2020.

[26] Jugement n° 248-18 du 21 mai 2018

Tableau 4 : Nombre d'actes répertoriés par la CNAM en lien avec une transition

type de chirurgie	nombre de codes actes
chirurgie mammaire transmasculine	10
chirurgie mammaire transféminine	9
chirurgie pelvienne transmasculine	24
chirurgie pelvienne transféminine	14
esthétique	38
féminisation du visage	28
total	123

source CNAM

[60] La CNAM, comme les chirurgiens rencontrés par la mission, font ressortir des inadaptations de la CCAM aux spécificités de la chirurgie de réassignation.

[61] Ainsi, le code CCAM JZMA001 pour intitulé « plastie des organes génitaux externes pour transsexualisme masculin » - ce qui évoque évidemment une chirurgie de masculinisation, alors que ce code désigne en fait une vaginoplastie.

[62] Certains actes de la CCAM (notamment en gynécologie et obstétrique) ne peuvent être codés que pour l'un des deux sexes ce qui pose notamment des problèmes pour le suivi des hommes transgenres qui ont changé de sexe à l'état civil sans pour autant avoir subi une ablation de leurs organes génitaux à [illegible] civil. La prise en charge de ces actes passe donc par des échanges au cas par cas entre les assurés et les CPAM. Une révision de la CCAM tirant toutes les conséquences de la loi de 2016 est donc nécessaire pour permettre l'accès aux soins de toutes et tous.

1.1.2.4 Le flou du cadre de prise en charge pèse sur le consentement éclairé et génère des difficultés d'accès à l'information, de l'incertitude, des délais et des inégalités

[63] Le flou né du décalage entre les références officielles et une tolérance de fait sur certaines [illegible] en charge. Les témoignages [illegible] génère [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] décisions de prise en charge qui peuvent conduire à repousser de plusieurs mois des interventions chirurgicales planifiées de longue date.

[64] [illegible] ouvert que celui du protocole de 1989 (par exemple parcours et certificats non intégralement hospitaliers).

[65] Les associations comme les praticiens cherchent à dialoguer avec les CPAM pour baliser les « règles du jeu » mais les positions constructives adoptées un temps sont parfois remises en cause brutalement. Cela génère des tensions avec les CPAM, et des recours gradués » : lettres types pointant la fragilité du cadre juridique et le caractère discriminatoire des décisions des CPAM, interventions des délégués du Défenseur des Droits au niveau local, interventions voire décisions du

Défenseur des Droits, contentieux. Bien souvent ces démarches conduisent à des changements de décision, compte tenu de la fragilité du cadre juridique dans lequel opère l'assurance maladie, mais [illegible] de nouvelles recommandations de bonnes pratiques, pour permettre une clarification de son cadre de prise en charge.

1.2 Des parcours de transition essentiels en termes de santé globale, plus diversifiés mais qui se heurtent à des problèmes d'organisation des réponses

[66] [illegible] parcours type » de transition : pour les personnes trans comme pour les personnes cis, les parcours de vie sont marqués par des priorités individuelles, et propres à chacun et chacune. Ainsi les parcours de transition se déclinent [illegible] de vie de la personne, de façon simultanée ou non, dans un temps relativement réduit, ou non

- X On qualifie ainsi de « transition sociale » le fait de vivre au sein de ses relations sociales, de son environnement familial, amical, affectif, professionnel, dans un genre social autre que son genre de naissance. Les contraintes propres à chaque personne, liées à un contexte familial spécifique, un contexte professionnel, rythment souvent les moments de coming out.
- X La « transition administrative » porte sur la modification du prénom et/ou de la mention de [illegible] de procédures démédicalisées. Ces procédures peuvent être importantes pour accéder à un emploi, à un logement, et éviter de nombreuses [illegible] cependant, elles ne sont ni obligatoires ni souhaitées partout es personnes trans. Elles restent par ailleurs peu ou pas [illegible] nationalité ni un statut de réfugié, ainsi qu [illegible] personnes sans domicile
- X La « transition médicale » [illegible] genre : accès à un traitement hormonal féminisant ou masculinisant, accès à des chirurgies [illegible] chirurgies génitales (vaginoplasties, phalloplasties, etc). Là encore, la notion de choix est essentielle à la compréhension du déroulement des parcours de transition médicale : il est [illegible] chirurgical sans traitement hormonal, et il est possible que ces choix évoluent au cours de la vie. La singularité des parcours ne minimise en rien [illegible] professionnels de santé. Pour ceux [illegible] soins comme une éventuelle « confirmation » [illegible] pour celles [illegible]

[67] Ainsi, la notion de parcours de soins ne se superpose que partiellement avec la notion de parcours de transition . [illegible] éléments sociaux, de mode de vie, juridiques et administratifs.

[68] [illegible] les possibilités et contraintes faisant la réalité des parcours des personnes . Dans cette mise en réalité du projet de transition, plusieurs facteurs jouent

- ï ‡ š ‹ • – ‡ • … ‡ ‘ — • ‘ • † ‡ ” ‡ • • ‘ — ” … ‡ • *f* — rs transgenres, Ž s ‡ ‘ • ‘ • ‘ • de ’ *f* ‹ santé communautaire, professionnels de santé acceptant de prendre en charge des personnes – ” *f* • • ‰ ‡ • ” ‡ • á ’ ‡ ” • ‡ – – *f* • – Ž ï *f* … … ° • • — • ‡ ‹ • ˆ ‘ ” • *f* – ‹ ‘ • *f* † *f* ’ – ± ‡
- Les outils et capacités dont dispose la personne ses compétences psychosociales liées à la santé, sa littératie en santé et ses capacités ï ‘ ” ‹ ‡ • – *f* – ‹ ‘ • *f* — • ‡ ‹ • † ï — • • › • – ° • ‡ † ‡ • ’ ” ± ˜ ‡ • – ‹ ‘ • ‡ – † ï — • ’ *f* ” … ‘ — ” • *f* † • ‹ • ‹ • – ” *f* – ‹ ˆ á
- Des représentations et craintes, construites souvent sur des expériences préalables de discrimination, liées au contexte social dans lequel évolue la personne, et à ses propres • – ” *f* – ± ‰ ‹ ‡ • † ï ‹ • – ± ” ‹ ‘ ” ‹ • *f* – ‹ ‘ • ‘ — † ‡ ” ‡ Œ ‡ – † ‡ • † ‹ • … ” ‹ • ‹ • *f* – ‹ ‘ • • á ’ ‘ – ’ ” ± ˆ ± ” ‡ ” • ï ‘ ” ‹ ‡ • – ‡ ” ˜ ‡ ” • Ž ï *f* — non • ± ‹ ‘ • ‹ ‘ • ‡ – *f* —

[69] Ainsi certains patients parlent pour la première fois à un médecin de leur souhait de – ” *f* • • ‹ – ‹ ‘ • • ‡ ” *f* Ž ‘ ” • • ² • ‡ “ — ï ‹ Ž • • ï de • † ± ‡ *f* ” … ‘ Š ‡ ‡ † • ï – *ff* — • â. † ï • *f* ‡ — • – ” ‡ ± ‡ ’ *f* – ‹ ‡ • – • auront déjà amorcé ou réalisé une transition sociale â † ï *f* — – ” ‡ • ont *f* commencé une hormonothérapie auto-administrée.

[70] Nous parlons ici de parcours transition médicale pour désigner le parcours au sein du • › • – ° • ‡ † ‡ • *f* • – ± † ï — • ‡ ’ ‡ ” • ‘ • • ‡ – ” *f* • • ‰ ‡ • ” ‡ á ˜ ‹ • *f* • – • † ï ‘ „ – ‡ • ‹ ” Ž ‡ • • ‘ † • ‘ — Š *f* ‹ – ± ‡ • á • Ž ï *f* ‹ † ‡ † ‡ • ‘ ‹ • • † ± Ž ˜ (hormonothérapie, épilation laser) et/ou chirurgiens (plasties de la ’ ‘ ‹ – ” ‹ • ‡ á ” ± *f* • • ‹ ‰ • *f* – ‹ ‘ • ‰ ± • ‹ – *f* Ž ‡ á ‡ – … ä ‡ – ‘ — † ï *f* santé (orthophonie pour féminisation de la voix).

1.2.1 Un cadre d’initialisation des parcours de transition en pleine évolution, sur fond de dépsychiatrisation partielle et d’affirmation du principe d’autodétermination

[71] Le rapport de 2009 de la HAS prévoyait explicitement une première étape de nature diagnostique et fondamentalement psychiatrique dans ce parcours : « comme pour toute • ‹ – — *f* – ‹ ‘ • • ± … ‡ • • ‹ – *f* • – † ‡ • • ‘ ‹ • • á ‰ Ž • ï ± – *f* „ Ž ‹ • • ‹ ˆ • – ‡ • † ï — • • † ” ‡ *f* Ž *f* „ Ž ‡ • ± dans cette étape diagnostique, le rôle du psychiatre est essentiel » [HAS 2009, page 90]. Ceci impliquait “ — ï *f* ˜ *f* • – Ž ‡ † ± • *f* ” ” *f* ‰ ‡ † — ’ *f* ” … ‘ — ” • • ± † ‹ … *f* Ž † ‡ – ” *f* • • ‹ – ‹ ‘ • á quelque sorte « reconnue comme authentiquement transgenre » ’ *f* ” Ž ï *f* — – ‘ ” ‹ – ± • ± † ‹ … *f* Ž ‡ ” ‡ ’ ” ’ *f* ” Ž ‡ ’ • › … Š ‹ *f* – ” ‡ ä ‡ … *f* † ” ‡ † *f* • • Ž ‡ “ — ‡ Ž ± – *f* ‹ – ’ ‡ • • ± ‡ — • ‡ – ‡ Ž Ž ‡ quasiment pas de place aux personnes non binaires. Les mêmes recommandations précisaient que cette étape de reconnaissance ’ *f* ” Ž ‡ ’ • › … Š ‹ *f* – ” ‡ † ‡ ˜ ” *f* ‹ – • ï ‹ • • … å ’ ‹ ” Ž ‡ † *f* • *f* ‰ Ž • *f* ‘ • † ← ” ± † ï — • – ” ‘ — „ Ž ‡ † ‡ Ž ï ‹ † ‡ • – ‹ – ± • ‡ š — ‡ Ž Ž ‡ • ± … ‡ • • ‹ – ‡ ’ Ž — • ‹ ‡ — å • ‡ • – ” ‡ – ‹ habituellement cette phase diagnostique dure de 6 à 9 mois » [ibid pages 94 et 97]

[72] *f* ” *f* ‹ Ž Ž ‡ — ” • á … ‡ • ” ‡ … ‘ • • *f* • † *f* – ‹ ‘ • • • — „ ‘ ” † ‘ • • *f* ‹ ‡ • – expérience. ° • *f* — š en vie réelle (durant laquelle) le patient est censé vivre en permanence dans le rôle du sexe désiré dans les activités quotidiennes sociales et professionnelles, les membres de la famille doivent être informés å ý ‹ „ ‹ † ’ *f* ‰ ‡ { z ä ï *f* … … ° • • Ž ï Š ‘ ” • ‘ • ‘ – Š ± ” *f* ’ ‹ ‡ • ï › ± – *f* ‹ – ‡ • ˜ ‹ • *f* ‰ ± á à cette expérience en vie réelle, voire • Ž ï ‹ • • — ‡ † ï de • de plusieurs mois ou années † ï ‡ š ’ ± ” ‹ ‡ • … « réelle » • *f* • • Š ‘ ” • ‘ • ‡ • ä — *f* • – • Ž ï *f* „ ‹ Ž ° • ï ± – Ž *ff* ‹ – … Š • ‹ ˜ ” • *f* ” ‰ ± ‡ “ — ï *f* — • ‘ ‹ • • — • *f* • † ï ‡ š ’ ± « réelle ». ‡ ‡ • ˜ ‹ ‡

[73] Les pratiques actuelles des professionnels de santé que nous avons interrogés et la ” ± *f* Ž ‹ – ± † — ˜ ± … — “ — ‘ – ‹ † ‹ ‡ • † ‡ • ’ *f* ” … ‘ — ” • ’ *f* ” Ž ‡ • ’ *f* – ‹ ‡ • – • • ï ‹ • • … ” ‹ ˜ profonde rupture par rapport aux propositions de 2009 et au protocole ancien.

[74] Concernant la notion « † ï ‡ š ’ ± ” ‹ ‡ • … ‡ ‡ •», il est clair que de nombreuses personnes transgenres ne souhaitent pas se vêtir ou se faire prénommer « selon le genre désiré », ou informer leur entourage avant que certaines modifications corporelles aient été obtenues Ž • ï ƒ ˜ ° ” ‡ ’ ƒ ” ƒ ‹ Ž Ž ‡ — ” • “ — ‡ Ž ƒ ’ ‘ • † ‡ ± ” ƒƒ • – † ‹ ‡ • † ï ƒ — … • ‡ ° † ƒ — š – ” ƒ ‹ – ‡ • ‡ • – • Š ‘ ” • ‘ • ƒ — š • Ž ï temps « de réflexion » a des effets néfastes pour la santé des personnes en plus de les exposer à de ’ ‘ • • ‹ „ Ž ‡ • ˜ ‹ ‘ Ž ‡ • … ‡ • • ‘ … ‹ ƒ Ž ‡ • á Ž ‡ – ‡ • ’ • † ï ƒ – – ‡ • – ‡ † ‡ – ” ƒ t de sur ‡ • – • • ‘ — Š risque suicidaire pour les personnes trans.

[75] Les pratiques actuellement les plus répandues paraissent être la mise en place de traitements (notamment hormonothérapie, épilation, orthophonie, chirurgie de féminisation du visage ou de virilisation du torse) indépendamment de toute « expérience en vie réelle ». Chaque personne peut ƒ ‹ • • ‹ … Š ‘ ‹ • ‹ ” † ï ƒ ˜ ƒ • … ‡ ” • • ‘ • ” › – Š • ‡ † ƒ • • • ‘ • ’ ƒ ” … ‘ — ” • † ‡ – ” ƒ • • ‹ – ‹ ‘ • ± Ž ± • ‡ • – • † ‡ – ” ƒ • • ‹ – ‹ ‘ • • ‘ … ‹ ƒ Ž ‡ ê l e t ï › ‡ • ‡ • – ¢ – ” parfois dès le début mais parfois plus tard.

[76] Concernant le point, encore plus central, de la « validation psychiatrique » de la – ” ƒ • • ‹ † ‡ • – ‹ – ± á – ƒ • – Ž ‡ • ’ ” ‘ ^ ‡ • • ‹ ‘ • • ‡ Ž • “ — ‡ Ž ‡ • ’ ‡ ” • ‘ • • ‡ • … ‘ • … ‡ ” • ± ‡ • mesure inappropriée. Ceci procède † ï — • ‡ ’ ƒ ” – † ï — • • ‘ — ˜ ‡ • ‡ • – † ‡ ^ ‘ • † “ — ‹ ‡ • – ˜ ‡ • … ‡ • – ” ‡ Ž ƒ • ‘ – ‹ ‘ • † ï ƒ — – ‘ † ± – ‡ ” • ‹ • ƒ – ‹ ‘ • † — ‰ ‡ • ” ‡ ä Ž ‡ ƒ • ‰ ‡ • ‡ – ‡ ï – Ž ‡ … personne est tout simplement le genre dans lequel cette personne déclare se situer. Par ailleurs, des professionnels de la santé mentale ont fait part à la mission de leur inconfort face à un dispositif qui les instrumentalisait (selon leurs propres termes), en leur "demandant de valider Ž ‡ ‰ ‡ • ” ‡ † ‡ Ž ƒ ’ ‡ ” • ‘ • • ‡ á … ï ‡ • – • † ‹ ” ‡ † ‡ ^ ƒ ‹ ” ‡ — • ‡ … Š ‘ • ‡ “ — ‹ • ï ‡ • professionnels de la santé mentale ».

[77] Les pratiques des professionnels interrogés sont actuellement diverses, en matière de « validation psychiatrique » ã … ‡ ” – ƒ ‹ • • • ï ‡ • † ‹ • ’ ‡ • • ‡ • – – ‘ — – • ‹ • ’ Ž ‡ • ‡ • – á † ï ƒ — … ‡ ” – ‹ ^ ‹ … ƒ – ’ • › … Š ‹ ƒ – ” ‹ “ — ‡ ƒ ˜ ƒ dans ce cas avantageux dans le but de respecter les préconisations des textes réglementaires “ — ‡ ’ ƒ ” … ‘ • ˜ ‹ … ‹ – ‹ ± ” ² † ‡ . Ž Ž ‹ • ‹ “ — ‡ † ï — • ‡ évaluation psychiatrique. Les pratiques varient ici en fonction des enjeux thérapeutiques : il semble que la majorité des équipes chirurgicales demandent ce certificat psychiatrique dans un souci médico-légal, tandis que certaines ‰ ± • ± ” ƒ Ž ‹ • – ‡ • á ‰ › • ± … ‘ Ž ‘ ‰ — ‡ • ‘ — ‡ • † ‘ … ” ‹ • ‘ Ž ‘ % ’ ‘ — ” Ž ï Š ‘ ” • ‘ • ‘ – Š ± ” ƒ ’ ‹ ‡ ä

[78] En clair, nous passons à un modèle dans lequel la personne détermine librement et elle-même son genre ainsi que le recours à tel ou tel traitement, informée des bénéfices attendus mais également des risques et du caractère réversible ou non de ce dernier à Ž donner ces ± – ƒ ’ ‡ • † ‡ † ± … ‹ • ‹ ‘ • – Š ± ” ƒ ’ ‡ — ‹ “ — ‡ á † ‡ • ƒ ˜ ‘ ‹ ” indications[27] et de † ï ± ˜ ‡ • – — partager cette évaluation de la balance bénéfices-risques avec la personne afin d'identifier des solutions alternatives qui puissent lui convenir le cas échant et de lui permettre de poursuivre des choix éclairés par toutes ces informations.

[79] • ± ˜ ‘ Ž — ‡ † ‡ ’ — ‹ • — • ‡ †, ‹ l'obligation de ƒ • • ‡ ‘ † ï Ž ‡ • ± ‡ ƒ la personne transgenre devait être « validée en tant que telle » par un psychiatre et « prouver » son identité de genre par une « expérience en vie réelle », à un modèle dans lequel la personne détermine librement son genre et ‘ î Ž ï ‡ • Œ ‡ — • ï ‡ • — ” ‰ Ž ‡ ’ • – ± ‘ ‰ • ƒ • – • • — ” Ž ‡ ^ ƒ ‹ – † ‡ libre et choix éclairé ». ‘ • † ‹ – ‹ ‘ • • quant aux options thérapeutiques.

[27] P ƒ ” ‡ š ‡ • ’ Ž ‡ ’ ‘ ” – ƒ ‰ ‡ † ï — • ‰ ° • ‡ t ’ ” ± † ‹ • ’ ‘ • ƒ ” ‘ Œ ƒ — † ï Š ‘ • ” . ‘ ‡ ” – Š ± ” ƒ ‡ « ‡ ± • ‹ ’ • ‹ • ƒ • – ‡

1.2.2 L'hormonothérapie, une dimension essentielle du parcours, fragilisée par un cadre de prescription inadapté

1.2.2.1 Les produits prescrits

[80] Dans les parcours transféminins, trois familles de médicaments peuvent être utilisées :

- X Les à • – ” ‘ ‰ °, qui permettent une féminisation † ‡ Ž ï ƒ ’ ’ ƒ ” ‡ • … ‡ (notamment pousse de la poitrine, modification de la répartition des graisses corporelles)
- X Les anti-an † ” ‘ ‰ ° • ‡ • á “ — ‹ • ‘ ‹ – ‡ • ’ ² … Š ‡ • – Ž ƒ • ± … ” ± , soit empêchent … ‡ • Š ‘ ” • ‘ • ‡ • † ï ƒ ‰ ‹ ” • — ” , Ž ‡ — ” • ” ± … ‡ ’ – ‡ — ” •
- X La progestérone, parfois prescrite à visée anti-androgène mais également parfois pour … ‘ • ’ Ž ± • ‡ • – ‡ ” Ž ï ƒ à • – ”‹ “ ‰ † • ‡ •

[81] Ces médicaments sont de maniement relativement simple, la prescription initiale se faisant à ˆ ƒ ‹ „ Ž ‡ † ‘ • ‡ ‡ – Ž ï ƒ † ƒ ’ – ƒ – ‹ ‘ • ’ ‘ • ‘ Ž ‘ ‰ ‹ “ — ‡ ± – ƒ • – ‰ — ‹ † ± ‡ ’ ƒ ” Ž ‡ ” ± • — Ž – sanguins. Toutefois ils présentent certains risques, notamment Ž ‡ • à • – ” ‘ ‰ ° • ‡ • ” ‹ • “ — ‡ † ‡ – Š ” en cas de surdosage ou de prescription sur un terrain a risque thrombotique, risque de cancer du sein chez les sujets génétiquement prédisposés).

[82] Ils doivent donc être prescrits par des médecins habitués à les manier. Réglementairement toutefois, ces médicaments peuvent être prescrits par tout médecin quelle que soit sa spécialité (y compris les généralistes).

[83] Certains endocrinologues rencontrés par la mission ont formé l'hypothèse que les gynécologues (qui utilisent … ‘ — ” ƒ • • ‡ • – à • – ” ‘ ‰ ° • ‡ • ‡ – ’ ” ‘ ‰ ‡ • – ± ” ‘ • ‡ • ‘ – ƒ • • ‡ • – † traitements hormonaux substitutifs de la ménopause) seraient de tous les spécialistes, ceux qui maîtrisent le mieux ces médicaments.

[84] Dans les parcours transmasculins, l'hormonothérapie se limite à la testostérone.

[85] Il s'agit d'un médicament relativement facile à prescrire, le principal effet indésirable à rechercher par surveillance biologique étant une polyglobulie.

[86] Cependant, les médecins généralistes ne peuvent actuellement être primo-prescripteurs de ce médicament, dont la prescription initiale est réservée aux spécialistes en endocrinologie, diabétologie, nutrition, en urologie, en gynécologie ou en médecine et biologie de la reproduction, andrologie.

1.2.2.2 Des difficultés dans l'accès aux traitements qui peuvent conduire à de l'automédication hors cadre légal

‡ • † ‹ ˆ ˆ ‹ … — Ž – ± • † ï ƒ … … ° • ƒ — š – ” ƒ ‹ – ‡ • ‡ • – • Š ‘ ” • ‘ • ƒ — š ” ‡ Ž ° ˜ ‡ • – † ‡

- ” Des traitements hors AMM, ce qui génère une prise de risque pour les médecins de nature à renforcer les réticences à la prescription et induit théoriquement un non remboursement; † ƒ • • Ž ‡ • ˆ ƒ ‹ – • á Ž ‡ • – ” ƒ ‹ – ‡ • ‡ • – • • ‘ • – ” ‡ • „ ‘ — ” • ± • † ƒ • • Ž ‡ … ƒ † ” ‡ † ‡
- ” Un manque de médecins, spécialistes et généralistes, acceptant de prescrire encadré sur le testing réalisé par OUTrans en Ile-de-France), ce qui pose particulièrement problème en cas de

situations complexes avec des pathologies associées, des médecins prescripteurs vite † ± „ ‘ ” † ± • ’ ƒ ” Ž ï ƒ ^ ^ Ž — š † ‡ ’ ƒ – ‹ ‡ • – • á ˜ ‡ • ƒ • – † ‡ Ž ‘ ‹ • ƒ Ž ‘ ” • ,“ — ï ‹ Ž • ï ƒ du fait de leur faible nombre.

Un phoning réalisé en 2021 par Ž ï ƒ • • ‘ … OpenTrans auprès de 62 endocrinologues franciliens, demandant un rendez-vous † ƒ • • Ž ƒ ’ ‡ ” • ’ ‡ … – ‹ ˜ ‡ † ï — • ‡ ’ ” ‡ • … ” ‹ ’ – ‹ ‘ • † ƒ ‡ • – Ž ƒ ‹ … ƒ • † ” ‡ • – Š ï ‘ ” • • ’ ƒ ƒ Ž … ‘ — de transition, a donné les résultats suivants : à x ‡ • † ‘ … ” ‹ • ‘ Ž ‘ ‰ — ‡ • • ï ƒ … … ‡ ’ – ƒ ‹ • – ’ Ž — • † ‡ • ‘ — • ï ‘ • – Œ ƒ • ƒ ‹ • ” ƒ ’ ’ ‡ Ž ± • — ‹ – ‡ ƒ — • ‡ • • ƒ ‰ ‡ Ž ƒ ‹ • rendez-vous (incompétence, refus ou renvoi), 5 ont accepté dont 2 sous conditions (pas de primo-prescription, certificat psychiatrique).

- Un cadre de prescription qui reconnait imparfaitement la place des médecins généralistes, pourtant souvent en première ligne dans le suivi et la primo-prescription des traitements hormonaux ; ils ne peuvent ainsi être primo-prescripteurs de testostérone. Dans la pratique, un certain nombre de médecins généralistes rencontrés par la mission ont fait le choix de passer outre le cadre réglementaire et de primo-prescrire la testostérone, facilitant ainsi l'accès à l'hormonothérapie des hommes transgenres qu'ils suivent, mais s'exposant sur le plan médico-légal.

- Des pratiques de prescription qui débordent parfois du cadre légal de prescription (pas † ï ‹ • • … ” ‹ ’ hors AMM) sur les ordonnances, primo-prescription de testostérone) dans le … ƒ † ” ‡ † ï — • ‡ ƒ ’ ’ ” ‘ … Š ˜ ‡ – ˜ ‡ • ƒ Ž ï ƒ • – ‘ • ± † • ± … ƒ — ‹ ‘ • ‡ ‡ – Ž ï ƒ … … ° • ƒ — š • ‘ patients.

- Des « formats ý † ‡ ’ ” ‘ † — ‹ – • ” ‡ • „ ‘ — ” • ± • • ƒ Ž ƒ † ƒ ’ – ± • ƒ — š „ ‡ ; par • • † ‡ Ž ï Š contre les personnes font par exemple état d ï — „ ‡ • ‘ ‹ • à † ï – ” ‘ ‰ ° injectables, non remboursés en France.

- • ” ‡ … ‘ — ” • ‹ • ’ ‘ ” – ƒ • – • Ž ï hors cadre légal (partage de médicaments et † ï ‘ ” † ‘ • • ƒ • avec des pairs, achats sur internet de produits • Ž ï ± – ”, ƒ y • ‰ ° ‘ pris non autorisés en France) avec les risques sanitaires induits.

- ‡ • … ‘ • • ƒ ‹ • • ƒ • … ‡ • ‡ • … ‘ ” ‡ ’ ‡ ” ^ ‡ … – ‹ „ Ž ‡ • • — ” Ž ï ‹ • ’ ƒ … – † ‡ • – ” ƒ ‹ – ‡ • ‡ – • — ” – ‘ — – Ž étude s clinique s engagé • ’ ƒ ” Ž ‡ • Ž ƒ „ ‘ ” ƒ – ‘ ‹ ” ‡ • ’ ‘ — ” … Š ƒ • ‰ ‡ ” Ž

1.2.3 Une offre de chirurgie de réassignation en développement mais inférieure à la demande avec de longs délais d'accès aux interventions

1.2.3.1 Les types de chirurgie

[87] ƒ • • Ž ‡ • ’ ƒ ” … ‘ — ” • ^ ± • ‹ • ‹ • ƒ • – • á Ž ƒ … Š ‹ ” — ” ‰ [28] trecouvrê ^ ‹ des ƒ – ‹ ‘ • † ‡ interventions de chirurgie pelvienne (création d'un néo-vagin par vaginoplastie), des interventions sur la poitrine (plasties d'augmentation mammaire), des interventions de féminisation du visage, du cou, ou de la silhouette.

[28] ‡ – ‡ ” • ‡ † ‡ … Š ‹ ” — ” ‰ ‹ ‡ † ï ƒ ^ ^ ‹ ” • ƒ – ‹ ‘ • † ‡ ‰ ‡ • ” ‡ • ‡ • „ Ž chirurgie de réassignation » ± ‰ ‹ ± • • — ” … ‡ Ž

[88] Dans les parcours masculinisants, la chirurgie recouvre : des interventions sur les organes génitaux (phalloplastie, métaiodioplastie, hystérectomie) ainsi que des mastectomies pour viriliser le torse.

1.2.3.2 Des interventions en forte croissance sur le territoire national avec l'émergence de nouvelles équipes, mais des délais très longs pour accéder aux soins

[89] Compte tenu des problèmes de codage, il est relativement complexe de tracer de façon ' " ± … ‹ • ‡ Ž ‡ " ‡ … ' — " • • Ž ƒ … Š ‹ " — " ‰ ‹ ‡ † ï ƒ ˆ ˆ ‹ " • ƒ – ‹ ' • † ƒ • • • ‡ • † (masculinisantes ou féminisantes, pelvienne ou autres formes de chirurgie). Plusieurs approches sont possibles. En 2020, l'assurance maladie a donné 344 accords à des demandes d'entente préalable pour des chirurgies d'affirmation ' ‡ Ž ˜ ‹ ‡ • • ‡ ‡ – • ƒ • • ƒ ‹ " ‡ • ƒ ‹ • ‹ Ž • ï ƒ ‰ ‹ – † ï — • basse car plusieurs équipes chirurgicales interrogées par la mission ont signalé qu'elles ne demandaient pas d'entente préalable pour la chirurgie pelvienne. Dans le même temps, 1 615 séjours en MCO ont été enregistrés avec un code diagnostic F64 (transsexualisme). La CNAM a par ailleurs compté en 2020 s t x r ƒ … – ‡ • " ƒ – – ƒ … Š ƒ „ Ž ‡ • • — • ‡ ˆ ' " • ‡ † ‡ … Š ‹ " — " ‰ ‹ ‡ † ï ƒ ˆ ˆ ‹ • ƒ • • ƒ ‹ " ‡ á † — ˜ ‹ • ƒ ‰ ‡ å ' ' — " † ‡ • ' ‡ " • ' • • ‡ • „ ± • ± ˆ ‹ … ‹ ƒ • – † ‡ L'ordre ƒ — – ‹ – " de grandeur du nombre de chirurgies d'affirmation réalisées en 2020 se situe donc vraisemblablement autour du millier.

[90] Pour approcher le nombre d'interventions chirurgicales réalisées dans le cadre d'un parcours de transition, Ž ƒ • ‹ • • ‹ ' • • ï ‡ sur le nombre de séjours en établissements MCO pour lesquels le code diagnostique est F64 ("transsexualisme"). Ces séjours regroupent très vraisemblablement des interventions chirurgicales d'affirmation (vaginoplastie, phalloplastie, plastie mammaire d'augmentation, mastectomie à … Š ‹ " — " ‰ ‹ ‡) mais aussi des séjours plus brefs motivés notamment par la gestion des possibles complications chirurgicales. Il est également aussi possible qu'un séjour ne comporte pas de chirurgie mentionne un diagnostic de "transsexualisme" sans que le séjour ne corresponde directement à une chirurgie † ï ƒ ˆ ˆ ‹ " • ƒ – ‹ ' • ä

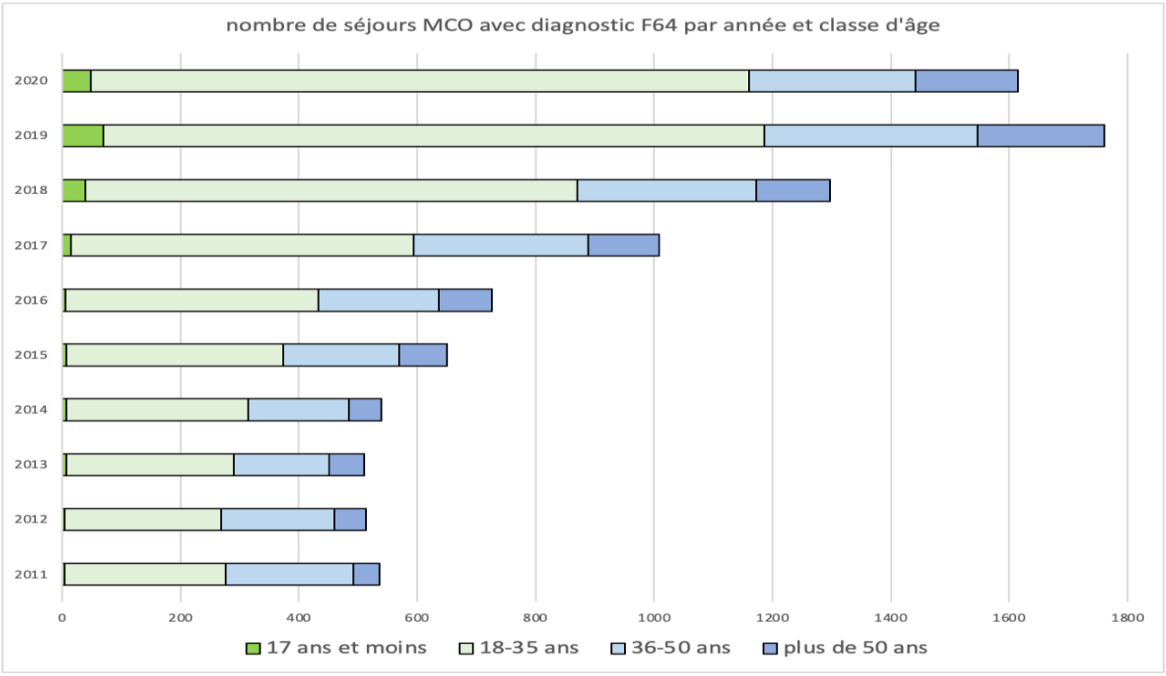
[91] Si l'on considère l'ensemble des séjours, le nombre de ceux-ci a été multiplié par trois entre 2011 et 2020, la part de séjours ayant lieu dans des établissements du secteur privé passant de 10% à 28%.

Tableau 5 : Nombre de séjours en MCO avec code diagnostique F64 "transsexualisme" entre 2011 et 2020

année	nombre de séjours			proportion
	public	privé	total	privé
2011	484	52	536	10%
2012	463	51	514	10%
2013	477	33	510	6%
2014	489	50	539	9%
2015	569	81	650	12%
2016	636	90	726	12%
2017	905	104	1009	10%
2018	1114	184	1298	14%
2019	1448	313	1761	18%
2020	1157	458	1615	28%

source de données : ATIH

On observe un rajeunissement des patients concernés par une intervention de chirurgie †ï ƒ ˆ ˆ ‹ ” • ƒ – ‹ ‘ • † ‡ ‰ ‡ 35 ans représentant 70 % des séjours en 2020 contre 50 % en 2011, la part des 36-50 est quant à elle passée de 40 % en 2011 à 17 % en 2020.



source de données ATIH

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

source de données ATIH

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

source de données ATIH

[92] Afin d'approcher l'activité chirurgicale d'affirmation la plus complexe techniquement, à savoir la chirurgie pelvienne, la mission a procédé à une analyse complémentaire sur les séjours F64 durant lesquels au moins un acte CCAM correspondant à un geste chirurgical pelvien a été coté[29]. Le nombre des séjours durant lesquels un acte de chirurgie pelvienne a été réalisé a doublé entre 2011 et 2020, pour dépasser 400 séjours, avec une augmentation relativement brutale de la part du privé en 2020.

[29] ‘ † ‡ • — – ‹ Ž ‹ • ± • ’ ‘ — ” … ƒ ” ƒ … – ± ” ‹ • ‡ ” Ž ‡ • … Š ‹ ” — ” ‰ ‹ ‡ • ’ : ‡ JZMA001, JZMA003, Ž ï ‡ š ’ Ž ‘ ‹ – JHMA004, JHMA008, JHMA007, JHLA001, JHLA002, JHLA003, JHLA004, JHLA005, JHLA006, JLFA003, JLFA004, JKFA004, JKFA005, JKFA006, JKFA013, JKFA015, JKFA018, JKFA020, JKFA028, JKFC003, JKFC005, JHGA001, JHGA003, JHKA004, JEMA011, JEMA013, JEMA016, JEMA017, JHAA001, JHFA002, JZMA002, JMMA001, JLMA002, JLMA004, JHKA002, JHFA008, QZJA001,

Tableau 6 : Nombre de séjours en MCO avec acte chirurgical pelvien d'affirmation entre 2011 et 2020

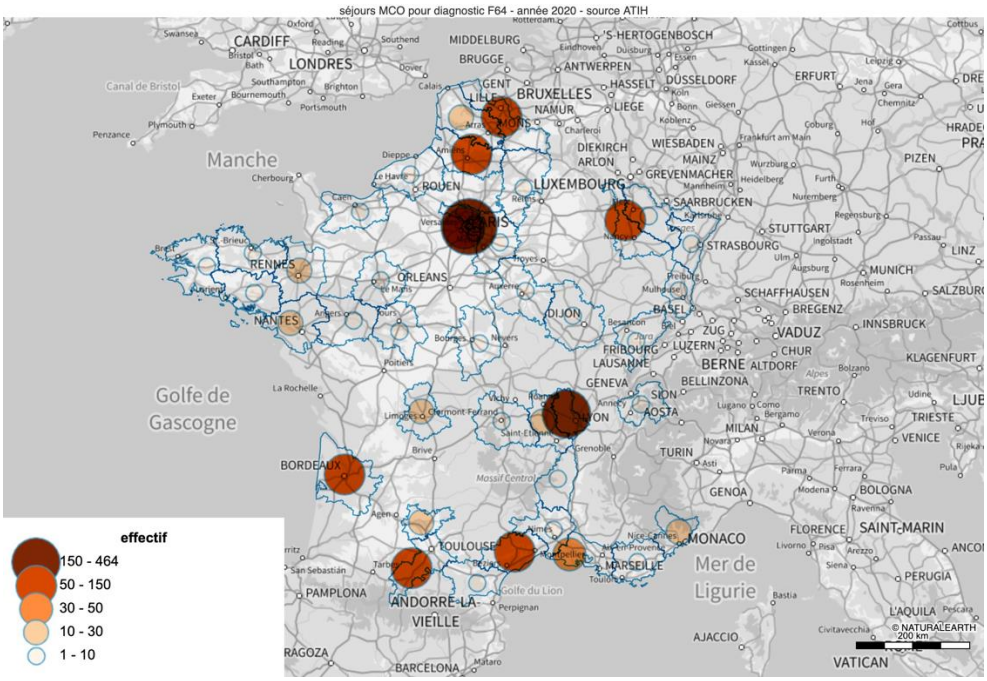
année	nombre de séjours			proportion
	public	privé	total	privé
2011	196	14	210	7%
2012	175	17	192	9%
2013	176	10	186	5%
2014	230	18	248	7%
2015	252	26	278	9%
2016	268	28	296	9%
2017	298	18	316	6%
2018	303	21	324	6%
2019	344	25	369	7%
2020	269	142	411	35%

source de données ATIH

[93] Si l'on s'intéresse à la répartition sur le territoire des établissements réalisant des prises en charge chirurgic ales d'affirmation, elle apparaît évolutive dans le temps et très inégale géographiquement á ‡ • ’ ƒ ” – ‹ … — Ž ‹ ‡ ” •ï ƒ ‰ ‹ • • ƒ • – † ‡ .Ž ƒ … Š ‹ ” — ” ‰ ‹ ‡ ’ ‡ Ž

[94] L'analyse (conduite au niveau départemental) portant sur l'ensemble des séjours avec diagnostic F64 "transsexualisme" met en évidence l'existence d'un petit nombre de départements dans lesquels l'activité est significative, la majorité des départements français ne comportant aucun séjour. Ceci explique que la patientèle de ces établissements dépasse largement les frontières départementales.

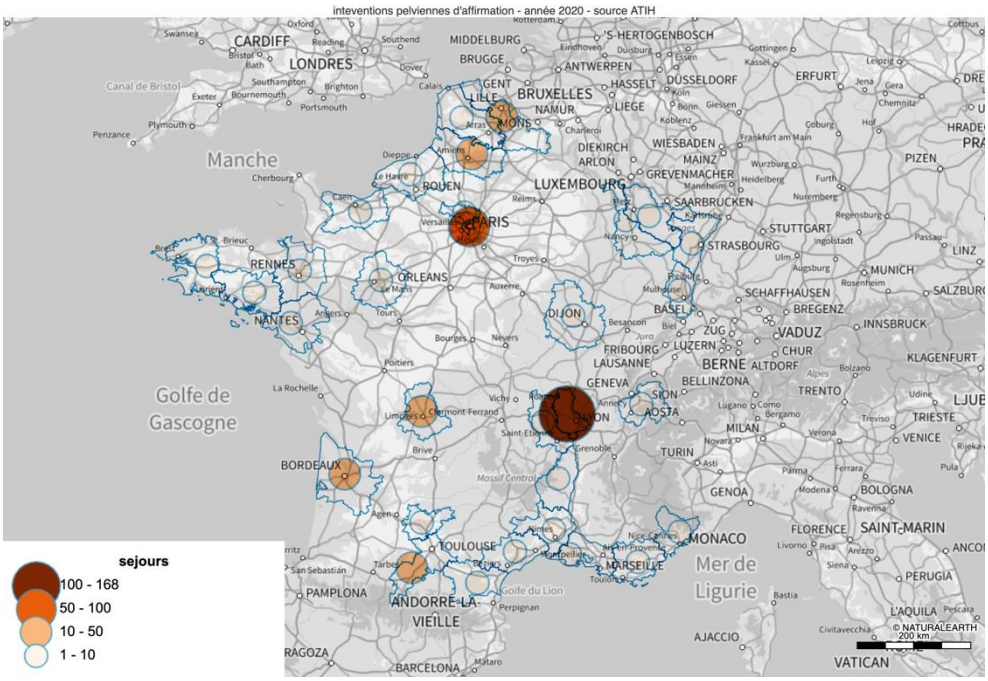
Carte 1 : Volume de séjours en MCO avec code diagnostique F64 "transsexualisme" entre 2020 par département



Source : Mission à partir des données du PMSI.

[95] Ce phénomène est encore plus marqué lorsqu'on limite l'analyse aux séjours durant lesquel un acte chirurgical pelvien d'affirmation a été réalisé

Carte 2 : Volume de séjours en MCO avec acte chirurgical pelvien d'affirmation en 2020 par département



Source : Mission à partir des données du PMSI.

[96] Dans le domaine des actes chirurgicaux pelviens d'affirmation en 2020, les dix établissements les plus actifs représentaient plus de 80% du volume total d'actes. Il est à noter que cette géographie semble avoir été fortement impactée, dans les établissements publics, par les déprogrammations liées au COVID, si on la compare à 2019.

Tableau 7 : Les dix établissements MCO ayant le plus fort volume d'actes chirurgicaux pelviens d'affirmation en 2020

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

source de données ATIH

Tableau 8 : Les dix établissements MCO ayant le plus fort volume d'actes chirurgicaux pelviens d'affirmation en 2019

rang d'activite	etablissement	nombre actes	pourcentage	cumul
1	Hospices civils de Lyon	121	33%	33%
2	Assistance Publique Hôpitaux de Paris	58	16%	49%
3	CHU de Bordeaux	35	9%	58%
4	CHRU de Lille	26	7%	65%
5	Hôpital Foch	22	6%	71%
6	CHU d'Amiens	20	5%	76%
7	CHU de Limoges	16	4%	81%
8	Clinique Mutualiste Jules Verne	9	2%	83%
9	CHU de Brest	8	2%	85%
10	CHU de Strasbourg	6	2%	87%
11 et plus	ensemble des 29 autres établissements	48	13%	100%
Total		369	100%	

source de données ATIH - chirurgie d'affirmation pelvienne 2019

[97] Cette augmentation pour tant importante de l'activité sur le territoire national ne suffit pas à répondre à une demande elle aussi en forte croissance . Ainsi, les équipes chirurgicales interrogées par la mission signalent des délais de plusieurs années pour une vaginoplastie (entre 2 ans à Paris hôpital Tenon et jusqu'à 5 ans à Lyon ‡ – † ‡ • Ž ‹ • – ‡ • † ï ƒ – – ‡ • – ‡ ‹ • Lille – ƒ • – ‡ • ƒ 150 personnes sont en liste d'attente). Si les personnes qui en ont les moyens peuvent le cas échéant • ‡ ^ ƒ ‹ ” ‡ ‘ ’ ± ” ‡ ” • Ž ‡ — ” • ^ ”ï ƒƒ ‹ • . . . °Ž • ï ± — ” ƒ • ‡ ‰ ‘ ‡ ” ä ‡ Ž † ‡ • ‘ ‹ • • ’ — „ Ž ‹ “ — ‡ ” ‡ • – ‡ accessible pour nombre de personnes trans.

[98] Enfin, les associations de personnes trans ont fait état de problèmes de qualité des soins (problèmes post opératoires et nécessité de nouvelles interventions), souvent liés à un faible • ‹ ˜ ‡ ƒ — † ï ƒ … – ‹ ˜ ‹ – ± ä • – ± ‰ ƒ Ž ‡ • ‡ • – ± – ± • ‹ ‰ • ƒ Ž ± • á ne éducation ’ ƒ ” Ž ‡ • thérapeutique et des soins post opératoires perfectibles pour des opérations aussi complexes que les vaginoplasties ou phalloplasties), faute de personnels soignants formés, même si de bonnes pratiques existent.

1.2.3.3 D'autres interventions et soins nécessaires aux parcours de transition mais inégalement reconnus en termes de prise en charge

[99] Ž — • ‹ ‡ — ” • – › ’ ‡ • † ï ƒ … pour le bien-être des personnes, sont mal pris en charge, étant considérés comme relevant du registre † ‡ Ž ï ‡ • – Š ± – ‹ “ — ‡

- X ï ± ’ ‹ Ž ƒ – ‹ ‘ • † ± ^ ‹ • ‹ – ‹ ˜ ‡ á Ž ‹ • ‹ – ± ‡ • “ — ƒ ‡ Ž “ Ž ï ‡ „ Forfait d'une séance est ’ • á très éloigné des prix réels, ‡ – un nombre de séances prévues par forfait souvent inadapté elle essuie de nombreux refus de prise en charge
- X Les implants et prothèses capillaires, pour les femmes trans, alors que la calvitie peut constituer un marqueur important de genre dans la vie des personnes,

1.2.4 Un accompagnement psychologique de la transition parfois/souvent nécessaire mais qui se heurte à la saturation de l'offre de soins et des questions de solvabilisation

[100] Dans le cadre du parcours de transition, l'accompagnement par un psychiatre ou un psychologue, sans être une nécessité, peut se révéler utile, non pour valider le choix de la personne, mais pour l'aider à gérer un parcours de soins générateur de stress, et à prendre en compte le retentissement psychique des transformations du corps ainsi que les impacts de l'observation psychiatrique requise dans le «parcours protocolaire » psychiatrique traitements est de nature à est imposée et non proposée aux personnes. Les standards de soins de la WPATH 7 préconisaient de désigner

[101] troubles psychiques est plus forte chez les personnes notamment des taux plus élevés de suicidalité. Or, selon des interlocuteurs rencontrés par la mission, les expressions de mal-être et les pensées suicidaires peuvent être amplifiés à certaines étapes du parcours de transition, notamment au moment du coming-out, au début des soins de transition, ou encore au moment d'un geste chirurgical de réassignation.

[102] Du fait notamment de la psychiatrisation excessive des parcours de transition qui prévalait jusqu'à maintenant, il existe une sorte de "passif historique" dans les relations entre les personnes transgenres et le monde de la psychiatrie, lequel pèse sur la demande de soins. Lorsque la demande récente entrant en vigueur en 2022[30], se révélait souvent financièrement impossible, cela a conduit psychologues gratuites, mais dans des conditions souvent précaires, faute de financement pérenne.

[103] Par delà le recours aux professionnels de santé, le soutien par les pairs se révèle très précieux face à des parcours compliqués. Les associations sont bien sûr en première ligne dans ce hospitalières proposent aussi des groupes de parole entre pairs.

1.2.5 Une préservation éventuelle de fertilité en cours de structuration

[104] Si les traitements hormonaux ne conduisent pas au long cours peut avoir un impact sur la fertilité des personnes, avec des réalités différenciées selon la nature des traitements (masculinisants ou féminisants). Ainsi une information adaptée et complète

[30] Sr

’”±•‡”˜ƒ–‹‘á ‡•– Ž‘‹• †ï²–”‡ ‰±•±’ recommandation du Défenseur des Droits datant de 2020[31].

[105] Un accès à la préservation des gamètes est désormais permis pour tous par la loi de bioéthique du 2 août 2021; la loi précise que « lorsque la préservation est des gamètes est justifiée par une prise en charge médicale de nature à altérer la fertilité, les bénéficiaires peuvent être majeurs ou mineurs les frais sont pris en charge par la sécurité sociale (Art 31, CSP L-2141-11), ce qui doit pouvoir •ï ƒ’’Ž‹“—‡” ƒ—š ’‡”•‘••‡• …‘ncerne•les•mineurs•lorsqu’•l•s•’agit•d•un•chirurgical de transition. Toutefois, la récente loi de bioéthique •ï ƒ—–’”‹•‡ ’ƒ• ‡š’Ž‹…‹–‡•– Žï—–‹Ž•ƒ–‹• †‡ … Šƒ•‰‡•– †‡ ‰‡•’[32], ce qui place les personnes concernées dans une incertitude majeure quant à la portée de leur démarches de préservation de fertilité.

[106] ƒ’Ž—’ƒ”– †‡• …‘••‡•…‡•– • •ï‘”‰ƒ•‹•‡” ’‘—” †±Ž‹˜”‡” Žï‹• ˆƒ…‹Ž‹–‡” Ž‡• †‡•ƒ”…Š‡• †‡ ’”±•‡”˜ƒ–‹‘ä ‡• †‡”‹°”‡• ”‡–‡–– ‡•… ˆƒ‹–— …ƒ”ƒ°”‡ ‹•˜ƒ•‹ˆ ƒ… †‡ …‡”–ƒ‹•• ƒ…–‡• †‡ ’”±•‡”˜ƒ–‹‘ •‘–ƒ–‡• †ï—• ”‡ˆ—•• †‡ †±…ƒƒ Ž‡ ‘—•’‡•†”‡ Ž‡ –‡•– ”ƒ–‹‘ƒŠ Š‘”•‘•ƒŽ Ž‡ –‡•’ sujet est encore plus complexe à aborder avec les plus jeunes et leurs parents, en cas de blocage de Žƒ ’—„‡”–± ‘— †ï‡•‰ƒ‰‡•– †ï—• –”ƒ‹•‡•– Š‘”•‘•ƒŽ ä

Une étude[33] •—” Žï…–˜ƒ–‹‘ †‡ t z †‡ •ƒ‹ retrsortir les éléments suivants : 581 personnes trans reçues avec un âge moyen 22 ans.

Une majorité sont des personnes transféminines, soit 378 personnes MtF reçues (âge moyen de 24 ans; 14 % de mineurs). Les 203 personnes transmasculines reçues sont sensiblement plus jeunes (âge moyen de 19,5 ans; 40 % de mineurs).

46 % des personnes reçues au total ont réalisé une préservation de fertilité ; 66 % des personnes transféminines Žï‘•– contre 11% des personnes transmasculines, compte tenu du caractère plus invasifs des actes de préservation ou de la plus grande part de mineurs.

1.2.6 Face à des mineurs plus nombreux à souhaiter engager des parcours de transition, les réponses adaptées apparaissent insuffisantes

[107] ï ƒ … … °• †‡• •‹•‡—”• • —• ’ƒ”…‘—”• †‡ –”ƒ•••‹–‹•‘ …‘••–‹—— ‡ Žï—•‹ et les plus polémiques, au-delà †ï ƒ‹ Ž Ž‡—”• †‡• •‡—Ž‡• ^[34]. Trois questions sont au Ž‡• … à—” †‡• †±„ƒ–•• ’‘”–±• •—” [35] Ž ƒ “Ž ƒ‡ Ž‡ †±…Ž‡–Ž‡ ‹ ‹‹ ‹ ‹

de soins de transition chez les mineurs ? — ‡ Ž Ž ‡ ˆ ƒ ‹ • ƒ „ ‹ Ž ‹ – ± † ï — • iré pour • de jeunes ‡ • – ± … Ž ƒ mineurs ? Quelle balance bénéfices/risques de traitements précoces ?

[108] Sur ces différents points, le nombre de travaux scientifiques ayant force de preuve reste relativement limité, du fait en particulier de cohortes à trop faibles effectifs á … ‘ • • ‡ Ž ï ‹ • † ‹ “ — ‡ • – Ž ‡ standards de soins (SDS) version 8 de la WPATH en cours de concertation[36]. Pour autant, cette société • ƒ ˜ ƒ • – ‡ † ± ‰ ƒ ‰ ‡ — • … ‡ ” – ƒ ‹ • • ‘ • „ ” ‡ † ‡ x parcours de transition, qui semblent … ° • ƒ — pouvoir éclairer le débat (cf partie 3).

> Extrait du chapitre Adolescents des SDS 8 de la WPATH en cours de concertation : « Pour conclure, quoique les échantillons existants portaient sur des relativement petits groupes de jeunes (de 22 à 101 par étude) et que le temps de suivi variait selon les études (6 moins à 7 ans), la base de preuve émergente indique une amélioration générale dans les vies des adolescents trans qui, après une évaluation soigneuse, reçoivent un tr ƒ ‹ – ‡ • ‡ • – • ± † ‹ … ƒ Ž † ï ƒ ˆ ˆ ” • ƒ – ‹ ‘ • † ‡ ‰ ‡ • ” ‡ ƒ † ƒ ’ – ± ä ƒ ” ƒ ‹ Ž Ž ‡ — ” • á Ž ‡ • – ƒ — † ‡ • — ‹ ˜ ‹ • ‘ • – ˆ ƒ ‹ „ Ž ƒ Ž ‡ • ‡ • – á Ž ‡ • † ‘ • • ± ‡ • • ‘ • – ” ‡ • – “ — ï — • ‡ ‹ • – ‡ ” ˜ ‡ • – … ‘ • • ‡ — • ‡ † ‹ • ‡ • • ‹ ‘ • † ï ƒ ’ ’ ” ‘ … Š ‡ • „ ’ Ž ƒ • • – Ž ƒ ‡ ” ‰ ‡ ± á ƒ ”. … ‘ Š ‡ • † ï ± ˜ ƒ Ž — ƒ – ‹ ‘ • ‡ – † ‡ axées à la fois sur la dysphorie de genre et sur le bien-être général, peuvent être efficaces et aidantes pour „ ‡ ƒ — … ‘ — ’ † ï ƒ † ‘ Ž ‡ • … ‡ • – • ” ‡ … Š ‡ ” ». Š ƒ • – … ‡ • ‹ • – ‡ ” ˜ ‡ • – ‹ ‘ • • ä

[109] Les échanges établis par la mission dans le cadre de ses travaux font quant à eux ressortir une très forte croissance depuis 10 ans du nombre de mineurs en questionnement de genre et en demande de transition[37]. En revanche, on ne dispose pas de chiffre global sur le nombre de jeunes en cours de prise en charge à Ž ï ‹ • ’ ‘ ” – ƒ • … ‡ † — • — Œ ‡ – Œ — • – ‹ ˆ ‹ ‡ ” ƒ ‹ - enquête auprès des services (hospitaliers, maisons des adolescents MDA) et professionnels libéraux accompagnant des mineurs trans. Les chiffres de la CNAM font ressortir 294 bénéficiaires de Ž ï † ‡ • ‘ ‹ • • † ‡ s z ƒ • • (8 en 2013 et 1 en 2018), ce qui ne rend compte probablement que très partiellement le nombre réel de mineurs suivis.

[110] Si les services de pédopsychiatrie peuvent être amenés à recevoir des enfants prépubères, relevant ou non d'un diagnostic de dysphorie précoce du genre, la grande majorité des mineurs … ‘ • … ‡ ” • ± • • ‘ • – † ‡ • ƒ † ‘ Ž ‡ • … ‡ • – • á ƒ ˜ ‡ … — • ‡ ’ ƒ ” – … ” ‘ ‹ • • ƒ • [38]. ‡ á ˜ ‘ ‹ ” ‡ ‘ ‹ • • † ï ƒ — – ‘ … ‡ • • — ” ‡ “ — ï ƒ — – ” ‡ ˆ ‘ ‹ • ’ ‘ — ” ˆ ƒ ‹ ” ‡ non conforme », placer ƒ … … ” — ‡ † — ‰ ‡ • ” ‡ † ƒ • • Ž ‡ • “ — ‡ • – ‹ ‘ • • ‡ • ‡ • – • ‹ † ‡ • – ‹ – ƒ ‹ ” ‡ • ‰ Ž ‘ „ ƒ — š binaire du genre dans les nouvelles générations, les interprétations sont ouvertes et le phénomène mériterait un investissement en termes de recherche.

[111] ï ƒ … … ‘ • ’ ƒ ‰ • ‡ • ‡ • – † ‡ • • ‹ • ‡ — ” • ƒ ’ ’ ‡ Ž Ž ‡ † ‡ • ” ± ’ ‘ • • ‡ • ’ ƒ ” – ‹ … — Ž ‹ ° ” ‡ – ‡ • — † ï — • ‡ ’ ƒ ” – † ‡ Ž ƒ • ’ ± … ‹ ˆ ‹ … ‹ – ± † ‡ Ž ï ƒ † ‘ Ž ‡ • … ‡ • … ‡ ‡ – † ï ƒ — – ” ‡ renforcée observés chez de nombreux mineurs trans[39] :

> X ƒ ’ ± ” ‹ ‘ † ‡ † ‡ cœ ï ƒ ‡ t ‘ t p ar nature marquée par des questionnements, des fragilités et des comportements réactionnels, la prise en compte du questionnement de genre des mineurs doit être resituée dans une approche globale du développement de ces derniers. Cet

---

[36] ‡ Ž ‘ • Ž ƒ á • ‹ Ž ‡ • ‘ • „ ” ‡ † ‡ ’ ” ‡ — ˜ ‡ • † ‡ Ž ï ‡ ˆ ˆ ‹ … ƒ … ‹ – ± † ‡ • – ” ƒ ‹ • ‡ • – ‡ „ ƒ • á ƒ ˜ ‡ … ’ ‡ — † ‡ – ” ƒ ˜ ƒ — š • — ‹ ˜ ƒ • – Ž ‡ • Œ ‡ — • ‡ • • Ž ï Ÿ ‰ ‡ ƒ † — Ž – ‡ ä

[37] ï ƒ ‰ ‹ • • ƒ • – † ‡ Ž ƒ ’ ” ± ˜ ƒ Ž ‡ • … ‡ á ’ ‘ • ‡ „ Ž ‡ ï ä – ‡ – ‡ š • ‘ — † ‡ • ƒ — ’ ” ° • † ï ƒ † ‘ Ž ‡ • … ‡ • – • † ï Ÿ ‰ ‡ … ‡ – ‡ • ‘ — ˜ ‡ Ž Ž ‡ ± Ž ƒ • † ‡ ˆ ‘ • – ± – ƒ – † ï — % et 1,3% (Clark et al 2014, Schneider et al 2018).

[38] Dans le service spécialisé de la Pitié Salpêtrière, on compte 46% de FtM parmi les nouveaux patients.

[39] Quelques références bibliographiques à ƒ † › • ’ Š ‘ ” ‹ ‡ † ‡ ‰ ‡ • ” ‡ … Š ‡ œ Ž ï ê ú f de littérature : N ‘ Ž ‡ • … ‡ • – Mendes, C ä ƒ ‰ ” ƒ • † ‡ á ä ‘ • † ƒ – á ‡ — ” ‘ ’ • › … Š ‹ – ” ‹ ‡ † ‡ Ž ï ‡ • ˆ • … 254 ; Approaching the management of children and adolescents with gender dysphoria, L. Martinerie, A. Condat, A. Barggiacchi, C. Brenier, M. Weill, MC de Vries, SE Hannema European Journal of endocrinology (2018)179, R223

accompagnement doit permettre aux jeunes de clarifier leurs [illegible] dans cette dernière.

X Les adolescents arrivent [illegible] après [illegible] pour comprendre et coconstruire les réponses adaptées avec les jeunes et leurs familles. Une partie des jeunes ont par ailleurs déjà entamé leur transition sociale quand ils arrivent dans un service de soins.

X Une partie des jeunes trans souffre de facteurs de vulnérabilités importants (déscolarisation, [illegible] service spécialisé de la Pitié Salpêtrière, environ la moitié des jeunes suivis relèvent de [illegible] est moins marqué dans des structures non spécialisées trans » comme les MDA.

X Le soutien [illegible] pour mieux accueillir les mineurs transgenres [illegible] de faire toute sa place au sein communautaire entre pairs.

[112] Face à cette demande de transition sensible et en forte croissance, les réponses ont du [illegible] Les mineurs et leurs parents sont aussi, voire plus, démunis que les adultes trans [illegible] certaines régions, d'île [illegible] distants de plusieurs centaines de kilomètres du lieu de vie des jeunes.

[113] On peut se féliciter du développement de consultations spécialisées en milieu hospitalier. En 2018, on en comptait 9 dont 6 en région (Lille, Rouen, Tours, Bordeaux, Toulouse, Marseille) et 3 à Paris (La Pitié Salpêtrière, le CIAPA et Robert Debré). Toutes les régions ne sont [illegible] importants[40].

[114] Des praticiens formés aux problématiques trans (en Ville, dans les MDA) apportent des réponses, en dehors des consultations spécialisées. Ces réponses indispensables restent encore trop modestes. Certains de ces praticiens (pédopsychiatres) se revendiquent formés mais pas « spécialisés » [illegible] des mineurs trans [illegible] des spécialistes [illegible]

[115] Autre pratique positive, un travail en réseau animé par le Dr Agnès Condat de la Pitié Salpêtrière, autour de la plateforme de coordination « [illegible] », enfants, adolescents et jeunes adultes [illegible] des mineurs, au [illegible]

[40] Au CHU de Lille, 50 mineurs en [illegible] à la Pitié Salpêtrière, 80 en [illegible] attente pour 250 suivis; à Ste Anne, suspension des demandes de RDV car délais jugés non compatibles avec la réactivité visée.

[116] ‡• … ‘••—Ž–ƒ–‹‘•• ‡– ±“—‹’‡•‡•’±…‡ï ƒ’Ž‹”±‡”• –ï‡ˆƒ‘…“ ‘•’ƒ‰•‡•‡•– ’
•‘…‹ƒŽ ‡– •±†‹…ƒŽ ‰Ž‘„ƒŽá ‡• ƒ… …—‡‹ŽŽƒ•– Ž‡ “ –et elles
•ï‹••…”‹˜‡•– †ƒ•• —• …ƒ†”‡ ’Ž—”‹†‹•…‹’Ž‹•ä sychiatres et pédopsychiatres •– ‡• …
’ƒ”‡•–•á †ƒ‡…Ž‡ï‹ˆ„Œ‡ …‘••‘Ž‹†‡ Žƒ …‘•’”±Š‡••‹‘• ‡– Žï ƒ… …‡’–ƒ–‹‘•ˆ

[117] Les parcours de transition des mineurs, certes adaptés à chaque situation, répondent globalement au schéma suivant :

X Pour les enfants « créatifs dans le genre » (á Ž ƒ’”‹‘”–± ‡•– †ï ƒ„‘”†‡ †‡ Ž‡—” ’‡”•‡–
leur identité de genre dans un environnement de vie bienveillant (famille, école, á ƒ˜‡… —•
soutien psycho•‘…‹ƒŽ †‡ Žï‡•ˆƒ•– ‡– †‡ Žƒ dépression, réduire les risques de •‡––‡
souffrance, de décrochage.

X Des bloqueurs de puberté peuvent être prescrits, en particulier au début de la puberté (stade Tanner 2[41]). Ces traitements visent à suspendre le développement des caractères sexuels secondaires (poitrine, á ˜‘‹á ’‹Ž‘•‹–± ”‡Ž‡˜ƒ•– †— ‰‡•”‡ ƒ—“—‡Ž Ž‡ •‹
Certes réversibles, ils ne sont toutefois pas anodins, á ‹Ž •ï ƒ‰‹–‡ †‡ ˜‹˜”‡ —•‡ ƒ†‘Ž‡•…‡
évolutions physiologiques, psychiques qui vont avec la puberté, en cas de poursuite du
’ƒ”…‘—”• †‡ –”ƒ•‹–‹‘•ˆ ‹…‹Ž‹–± ‡– recours ultérieur à certaines chirurgies pelviennes de réassignation (vaginoplastie) peut se révéler plus complexe.

X Les traitements hormonaux permettant de développer des caractéristiques physiques secondaires ‡• Šƒ”•‘•‹ƒ ƒ˜‡… Žï‹†‡•–‹–± †‡ ‰‡•”‡ †— Œ‡—•‡á •‘•–
ƒ—–‘—” †‡ swá • Žï Ÿ‰‡ †ƒ•‡•…‡ƒ…‡ƒ…‡ƒ

1.3 Au-delà des parcours de transition, des facteurs de vulnérabilités et des problématiques spécifiques qui pèsent sur l'accès aux soins

1.3.1 Des difficultés d'accès aux soins primaires et à la prévention, dans un contexte de méconnaissance voire de rejet, des réalités Trans.

[120] Les expériences récurrentes de discriminations vécues par les personnes trans dans le recours ƒ — š •'‹••á "—ï‹Ž •ïƒ‰‹••‡ †‡ •'‹•• Ž‹±• ƒ—š 'ƒ"…'—"• †‡ –"ƒ••‹–‹'• souvent pour conséquence des non-recours ou un recours tardif aux soins et une position souvent peu en confiance vis-à-vis des professionnels de santé[43] [44] [45]. L ï‡š''•‹–‹'• • Žƒ, souvent ƒ"‹–± consécutive à des ruptures familiales, professionnelles ou sociales post « coming-out », pèse sur Žïƒ. aux soins et à la prévention

[121] Dans ce cadre, les professionnels de premier recours constituent des interlocuteurs essentiels, dont le rôle dans le soin, non seulement des personnes mais aussi de leur rapport à leur propre santé et au système de soins et de prévention, est une balise majeure dans le parcours de santé global des personnes trans.

[122] ‡• †‹^^‹…—Ž–±• •'•– †ïƒ—–ƒ•– 'Ž—• '"±Œ—†‹… sur exposées aux ‡ Ž‡• '‡ maladies infectieuses, aux co-occurrences psychiatriques, et plus largement aux violences et à des pathologies liées à des conditions de vie précaires. Les données nationales issues de la CNAM …'•^‹"•‡•– ƒ‹•••‹ —•‡ •—"‡š''•‹–‹'• •—'±"‹‡—"‡ • Žƒ ''—Žƒ–‹'• ‰±• psychiatriques et de VIH. Sur 9000 personnes en ALD au motif de transidentité 727 (8 %) sont ainsi concernées par une affectations psychiatrique de longue durée et 209 par une ALD au titre du VIH.

1.3.2 Des facteurs accrus de vulnérabilité psycho-sociale

1.3.2.1 Des situations de précarité sociale qui pèsent sur la santé et l'accès aux soins

[123] La précarité matérielle qui touche de nombreuses personnes trans est directement liée à la stigmatisation que subissent encore les communautés trans . Bien que le regard social sur les tran•‹†‡•–‹–±• ƒ‹– Žƒ"‰‡•‡•– ±˜'Ž—± …‡• †‹š †‡"•‹°"‡• ƒ••±‡•á –"ƒ••‹–‹'••‡" '— †ï—• 'ƒ"…'—"• ' coming-out », c'est bien souvent suivie de ruptures ou de violences : rupture de liens familiaux, mise à la rue, déscolarisation ou difficultés à trouver un emploi, conséquences sur la vie affective, etc. Ces ruptures, notamment Ž'"•"—ï‡ŽŽ‡• •—"˜‹‡••‡•– "—ƒ•† Ž‡• '‡"•'••‡• •'•– –"°• Œ‡—•‡á '•– † du parcours de vie des personnes trans ont elles-mêmes des conséquences sur la santé psychique et somatique des personnes.

---

[43] Allory E, Duval E, Caroff M, Kendir C, Magnan R, Brau B, Lapeyre-Mestre H, Lebrague E, Chhor S. (2020) The expectations of transgender people in the face of their healthcare access difficulties and how they can be overcome. A qualitative study in France. Primary Health Care Research & Development 21(e62): 1 9.

[44] Stroumsa, Daphna, Deirdre A Shires, Caroline R Richardson, Kim D Jaffee, et Michael R Woodford. « Transphobia Rather than Education Predicts Provider Knowledge of Transgender Health Care », 2019, 10.

[45] Samuels, Elizabeth A, Chantal Tape, Naomi Garber, Sarah Bowman, et Esther K Choo. « ‡–‹•‡• '— ‡‡Ž ‹•‡ –Š‡ "‡ƒ•Š'™ ó ã —ƒŽ‹ƒ–‹'• Study Care Experiences Among Transgender and Gender-Nonconforming Patients » 71, no 2 (2018): 14

[124] Pour ces personnes isolées, voire en situation de grande précarité, les difficultés générées par l [illegible] compte la transphobie comme un facteur de précarisation à part entière, qui augmente [illegible] la vulnérabilité de populations les plus précaires sans-papiers et/ou travailleuses du sexe.

[125] [illegible] personnes [illegible] pour la santé des personnes. Ainsi, les injections non médicalisées de silicone, très répandues depuis les années 2000 en Amérique du Sud, et de plus en plus courantes en Europe, ont pour conséquences des infections à répétition, des pathologies cardio- [illegible] l'absence de [illegible] tion du silicone, de nombreuses femmes trans, en majorité originaires [illegible] complications à très jeune âge. Des recherches et actions de prévention sont à envisager pour faire face à cet enjeu important.

[126] [illegible] d'un traitement hormonal, ces pratiques concernent les personnes transféminines autant que [illegible] aux traitements hormonaux.

Accès aux soins en lieux de détention

[illegible] 5 mai 2021 du Contrôleur Général des lieux de privation de liberté portant sur la prise en charge des personnes trans[48] fait état de difficultés récurrentes à accéder aux soins liés aux transitions [illegible] personnes [illegible] pendant leur détention, ou de personnes trans incarcérées déjà engagées dans des parcours médicaux.

Il est ainsi noté dans cet avis : « De nombreuses difficultés rencontrées par les personnes transgenres privées de liberté révèlent les problèmes plus généraux auxquels les autorités peinent à faire face : protéger les personnes vulnérables sans faire peser sur ces dernières des contraintes additionnelles, garantir la sécurité des personnes dans des établissements surpeuplés, prévenir les risques suicidaires, penser la mixité dans les établissements [illegible] L'avis recommande de mener des recherches sur [illegible] le cadre juridique actuellement obsolète et contradictoire, de former les professionnels intervenants dans [illegible] sitaire [illegible]

1.3.2.2 Une co-occurrence de problèmes de santé mentale dont la prise en charge bute sur la situation difficile de la psychiatrie

[127] [illegible] psychiatrisation des personnes trans, et par des pratiques rares mais ayant toujours cours,

[46] Glick, Jennifer L., Alex Lopez, Miranda Pollock, et Katherine P. Theall, « Housing Insecurity and Intersecting Social Determinants of Health among Transgender People in the USA: A Targeted Ethnography », International Journal of Transgender Health 21, no 3 (2 juillet 2020): 337‑49.

[47] Descamps, Yazdan Yazdanpanah, et Fabrice Bouscarat, « Most Massive Silicone Injections Always Induce Chronic and Definitive Silicone Blood Diffusion with Dermatologic Complications », 2019, 7.

[48] Avis du 25 mai 2021 publié au JO du 6 juillet 2021

surpathologisant les parcours trans, et empêchant le traitement des co-occurrences psychiatriques autrement que par le prisme de la transidentité telle que vue par le soignant. En effet, il convient de rappeler que la co-occurrence de troubles psychiatriques ne constitue pas en soi un motif de refus de soins liés à la transition médicale la littérature faisant état de « [illegible] » et la littérature scientifique, font [illegible] personnes, y compris des symptômes liés à des co-[illegible] réponse soutenante et « affirmative[49] » est apportée aux questions liées à la transidentité.

[128] Comme pour les pratiques de non-recours aux soins primaires, le non-recours aux soins [illegible] parcours de soins adaptés. Notamment, les personnes trans sont exposées à un très fort risque de suicidalité[50], tout au long de leur vie : ce risque est minoré par un accès aux parcours de transition [illegible] publiques protectrices de leurs droits[51], et augmenté par des situations de précarité et de discriminations croisant la transphobie[52].

[129] [illegible] notamment[53] : la question de la prévention du suicide nécessite une approche globale, [illegible] découlent des enjeux d'éducation en santé, de dépistage, de réduction des risques (notamment accès à la PrEP) et des besoins [illegible] pour toucher les populations les plus précaires.

[131] [illegible] trans, la taille de la population de référence restant incertaine, les données annuelles relatives aux infections à VIH démontrent une exposition particulière des personnes trans, [illegible]

[49] Pullen Sansfaçon, A. (2015). Parentalité et jeunes transgenres : un survol des enjeux vécus et des interventions à privilégier pour le développement de pratiques transaffirmatives. Santé mentale au Québec, 40(3), 93-107.

[50] Les données issues de cohortes nord-américaines mentionnent un taux de tentatives de suicide parmi les personnes trans près de dix fois plus élevé que parmi la population générale, et trois fois supérieur à celui de la population LGB.

[51] Rabasco, Ana, et Margaret Andover. « The Influence of State Policies on the Relationship Between Minority Stressors and Suicide Attempts Among Transgender and Gender Diverse Adults ». LGBT Health 7, no 8 (1 décembre 2020): 457-60.

[52] Adams, Noah J, et Ben Vincent. « Suicidal Thoughts and Behaviors Among Transgender Adults in Relation to Education, Ethnicity, and Income: A Systematic Review ». Transgender Health, 2019, 21.

[53] Michael A. Trujillo, Paul B. Perrin, Megan Sutter, Ariella Tabaac & Eric G. Benotsch (2016): The buffering role of social support on the associations among discrimination, mental health, and suicidality in a transgender sample, International Journal of Transgenderism,

France depuis 2012[54]. Parmi les découvertes de séropositivité, en France, en 2019, 83% de celles qui concernaient en très grande majorité des femmes trans. Ces données sont cohérentes avec les données internationales, qui estiment à 19% le taux de prévalence au VIH parmi les femmes trans[55].

[132] [illegible] le changement [illegible]

1.3.3 Un accès à la parentalité encore mal reconnu

[133] La question se pose en début de parcours de transition, en termes de préservation de fertilité [illegible] de transition pose aussi la question de [illegible] accès au don de gamètes depuis la loi [illegible]

[134] Dans le même temps, [illegible] de parents trans en couple de même sexe, accédant à la parentalité sans intervention médicale. Cette évolution soulève des questions juridiques de reconnaissance de paternité ou maternité, pointées par le Défenseur des Droits qui, « considérant les nouvelles réalités familiales, recommande au [illegible] notamment transgenres, de même sexe »[56].

1.4 Des tensions déontologiques et éthiques parcourent la question de l'accès aux soins des personnes trans, qui peuvent trouver des points d'équilibre

1.4.1 Tension entre autodétermination et responsabilité médicale

[135] La question du genre auquel appartient un sujet doit relever, comme l'ont affirmé nombre d'interlocuteurs de la mission, entièrement de l'auto-détermination. C'est la personne concernée qui est la mieux placée pour savoir où elle se situe sur l'échelle du genre féminin, non binaire, masculin ou gender-fluid. Le savoir médical n'a plus à être convoqué dans ce processus d'autodétermination. Par le passé, la reconnaissance de la transidentité par le corps médical nécessitait que soit attestée une souffrance psychique liée à l'incongruence entre le genre assigné à la naissance et le genre ressenti par la personne. Disons ici clairement que cette approche n'a plus lieu d'être : l'incongruence de genre fait désormais partie du champ de la santé sexuelle et non mentale.

[136] Pour autant, dès lors qu'une personne trans fait appel à des traitements médicaux ou chirurgicaux d'affirmation, des soignants sont impliqués dans son parcours, ce qui implique pour ces derniers une prise de responsabilité indissociable de l'acte de soin. En outre, l'assurance maladie participe de cette responsabilité, en tant qu'elle prend en charge les soins au titre de la solidarité

---

[54] [illegible] France 2012-2020. Bull Epidémiol Hebd. 2021;(20-21): 395-400. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/20-21/2021_20-21_3.html

[55] « Le VIH parmi les personnes trans », Coalition interagence Sida et développement, 2017.

[56] Décision cadre du Défenseur des droits n° 2020-136, recommandation n°9

nationale et se doit de ne le faire que pour des soins pertinents. Cela implique une potentielle mise en tension entre d'une part, l'autodétermination et le libre usage du corps par le sujet, et † ï ƒ — – ” ‡ la responsabilité des tiers impliqués dans les processus médico-chirurgicaux mobilisés pour permettre ce libre usage.

[137] Plusieurs chirurgiens interrogés par la mission ont signalé qu'existe toujours un fond de questionnement, tenant à la crainte que "le patient ou la patiente regrette, après l'intervention" et/ou décompense, en particulier dans le cas des chirurgies pelviennes. Dans la pratique, de tels regrets apparaissent rarissimes. Toutefois, comme pour tout acte chirurgical, il est du devoir du chirurgien d'informer le plus complètement possible le patient avant l'intervention et de s'assurer que tout a été bien compris et pris en compte dans le processus de décision de ce dernier.

[138] De même, certains médecins généralistes acceptent de suivre le parcours de transition de leurs patients, y compris en adaptant les posologies hormonales en fonction des résultats biologiques et en renouvelant les prescriptions - mais ne se sentent pas en mesure de prendre la responsabilité de la primo-prescription du traitement hormonal (même si cela est réglementairement possible dans le cas des traitements féminisants)

[139] Le fait que des recommandations de bonne pratique soient élaborées par la HAS dans un futur proche peut laisser espérer un apaisement, en rassurant les professionnels de santé sur le fait que la démarche suivie par eux pour retenir une indication chirurgicale ou thérapeutique est conforme à ces recommandations, en respectant le principe d'autodétermination et les conditions d'un choix éclairé de la part du patient.

1.4.2 Tension entre savoir et pouvoir des personnes concernées et /savoir et pouvoir médical

[140] L'expérience des patients trans joue dans ce champ comme dans d'autres domaines de la santé, un rôle essentiel. Il existe un savoir des personnes concernés et en l'espèce, ce savoir n'est pas uniquement de nature expérientielle. Au fil du temps, du fait de la rareté relative des travaux scientifiques sur le sujet, de l'absence de recommandations de bonnes pratiques adaptées et des difficultés ressenties pour accéder à l'information, les personnes trans ont développé leurs propres outils de partage d'information. Ainsi, le site web Wiki Trans fait aujourd'hui figure d'outil de référence pour nombre de personnes concernées, comme d'ailleurs pour des praticiens[57]. Cette ƒ … – ‹ ‘ • • ï ‡ • – ‹ • • … ” ‹ – ‡ † ƒ • • — • • ‘ — ˜ ‡ • ‡ • – ’ Ž — • Ž ƒ ” ‰ ‡ † ‡ † ± ˜ ‡ Ž ‘ ’ ’ ‡ • ‡ • – sur un double registre, autosupport et lutte contre les inégalités et discriminations subies.

[141] Dans le même temps, un corpus de connaissances purement médical s'est au fil du temps construit, notamment autour de l'expérience acquise par les équipes et praticiens habitués à conduire des hormonothérapies ou des chirurgies d'affirmation. Ce corpus de connaissances commence d'ailleurs à se structurer et se diffuser dans la littérature scientifique. Ainsi, le nombre de références sur PubMed du mot-clef "transgender" a été multiplié par dix entre 2010 (102 références) et 2021 (2208 références)

[142] Il existe, potentiellement, une mise en tension entre le savoir des personnes concernées et le savoir savant médical. En effet, ce dernier repose sur des essais cliniques, des suivis de cohortes, et bien souvent n'est pas en mesure de répondre à telle ou telle question précise, en l'absence d'étude

[57] Ce site collaboratif est développé et maintenu bénévolement par des personnes concernées ; l'équipe du site recherche une validation médicale de certains contenus, avec un retour pas toujours facile à obtenir.

sur le sujet. Le premier, en revanche, repose sur une dimension fortement expérientielle et sur des échanges d'opinions entre personnes concernées, pas toujours articulée sur la littérature médicale[58].

[143] L'enjeu est donc de permettre une articulation harmonieuse entre ces deux types de savoirs, ce qui ne va pas de soi. D'un côté, cela nécessite que les praticiens soient à l'écoute et conservent une certaine humilité afin d'entendre le savoir que leurs patients peuvent leur transmettre. De l'autre, il importe d'éviter la diffusion de fausses informations, de présomptions ou de généralisation d'expériences individuelles prises à tort pour des éléments de connaissance formelle. Le développement des connaissances scientifiques sur les traitements d'affirmation, médicaux ou chirurgicaux, paraît ici un enjeu central, de même que le développement d'outils de partage de l'information médicale et de vulgarisation, dans lesquels personnes concernées et praticiens soient impliqués.

1.4.3 Tension entre développement de réponses spécialisées et adaptation des réponses de droit commun

[144] ‹ • – ‘ ” ‹ “ — ‡ • ‡ • – á Ž ƒ ’ ” ‹ • ‡ ‡ • … Š ƒ ” ‰ ‡ • ± † ‹ … ƒ Ž ‡ † ‡ • ’ ‡ ” • ‘ • • ‡ • – ” ƒ • • logique de "concentration des compétences" dans un petit nombre de structures expertes et spécialisées. Cette vision conduirait à développer des centres de référence à même de prescrire et suivre des hormonothérapies, de réaliser tous les types de chirurgies d'affirmation, mais aussi de proposer si besoin une prise en charge adaptée en santé mentale et santé sexuelle pour les personnes trans.

[145] Toutefois une logique "d'intégration dans le dispositif de soins de droit commun" a progressivement émergé. Dans cette approche, la prise en charge se réalise dans le cadre large et ouvert du système de soins commun à tous : prescription et suivi des hormonothérapies par le médecin généraliste traitant du patient, chirurgies d'affirmation dans des structures publiques ou privées plus diversifiées.

[146] La mission considère que la prise en charge des personnes trans devrait avoir lieu pour l'essentiel dans le cadre du dispositif de soins de droit commun. Cette approche permet notamment que chaque individu soit pris en charge de manière globale, la transidentité n'étant qu'un des éléments constitutifs de son histoire et de sa santé. De plus, compte tenu de la demande en croissance, un petit nombre de centres experts ne serait pas en mesure d'assurer la prise en charge de tous et toutes, et encore moins avec une certaine proximité géographique.

[147] Pour autant, la logique de concentration des compétences trouve une certaine pertinence sur certaines dimensions du parcours de soins ou en positionnement de ressources expertes. Ainsi, s'agissant des chirurgies d'affirmation les plus difficiles et les plus à risque de complication (chirurgies pelviennes), les chirurgiens rencontrés par la mission ont tous mis en avant la nécessité, pour une équipe donnée, de réaliser un nombre minimum d'actes dans l'année afin de garantir la qualité de prise en charge.

[148] La prise en charge des mineurs trans nécessite une formation aux bonnes pratiques ainsi qu'une pluriprofessionnalité - et probablement aussi un certain volume d'activité garantissant la

[58] Par exemple, on retrouve souvent sur internet des partages d'expériences de femmes transgenre suggérant que la prescription de progestérone en début d'hormonothérapie diminuerait la pousse mammaire, or nous n'avons pas retrouvé d'éléments corroborant ou infirmant cette hypothèse dans la littérature médicale.

constitution d'une expérience. Si des professionnels non spécialisés, mais formés, ont toute leur ’ Ž ƒ … ‡ á ‹ Ž • ‰ ƒ ‰ • ‡ • – • ’ ‘ — ˜ ‘ ‹ ” • ï ƒ † ‘ •. • ‡ ” • † ‡ • ± “ — ‹ ’ ‡ • ‡ š ’ ‡ ” – ‡ •

[149] Ainsi, il paraît pertinent que la prise en charge globale des personnes ainsi que la gestion de l'hormonothérapie, de la santé mentale et sexuelle, puissent être réalisées par le système de soins général, en médecine de ville notamment. En revanche, l'existence de pôles ‡ ë, en structures publiques ou privées, paraît demeurer pertinente dans le cas des chirurgies pelviennes. L'un des enjeux est de permettre une articulation fluide et une collaboration effective entre acteurs de ville et pôles d ï ‡ š ’ ‡ ”, sans oublier le rôle essentiel des acteurs associatifs.

2 • ‰ Œ š] ‹ µ • š Œ Œ] v] v • ‰] Œ v š • ‹ µ] u o] } soins

[150] La mission a repéré différents modèles d'organisation des soins émergeant du terrain qui apportent des solutions concrètes et témoignent du fait que des pratiques diverses sont possibles. À visée illustrative, les « vignettes » de présentation retenues dans le rapport ne ' ' ± – ‡ • † ‡ • – ' ƒ • • Ž ï ‡ š Š ƒ — • – ‹ ˜ ‹ – ± á • ‹ † ‡ • † ± • ƒ ” … Š ‡ • ‹ • • ' ˜ ƒ • – ‡ • ‡ š ‹ • – ƒ • mission lors de ses travaux. Elles concernent des acteurs différents : associatifs, hospitaliers, des soins de premier recours, et, pour plusieurs, – ± • ' ‹ ‰ • ‡ • – † ‡ Ž ï ‹ • – ± ” ² – † ï — • ‡ ‹ • ' Ž ‹ … ƒ – ‹ ' • trans elles-mêmes et de leurs associations dans la construction des réponses aux problèmes de santé qui les concernent.

[151] Les pratiques inspirantes présentées ci-dessous relèvent de différents registres : formation et ‹ • ^ ' ” • ƒ – ‹ ' • á ' ” ‰ ƒ • ‹ • ƒ – ‹ ' • † ‡ • ' ƒ ” … ' — ” • † ‡ • ƒ • – ± á ” ± • ‡ ƒ — š , etc. ' ” ƒ – ‹ “ — ‡ Ces initiatives restent à ce stade encore très localisées, peu nombreuses et très inégalement soutenues par les institutions. Faciliter leur consolidation et leur diffusion constitue donc un enjeu ' ' — ” Ž ï ƒ ˜ ‡ • ‹ ” ‡ – ' ' • ‡ Ž ƒ “ — ‡ • – ‹ ' • † ‡ • ˜ ' ‹ ‡ ” ‡ ’ Ž ƒ • ‹ › ‡ • ƒ … ' — ‹ ” • á ‹ ƒ ” Ž ‡ • ‹ ƒ – ‹ ' ARS, cadres de financement cf partie 3).

2.1 De l'importance des approches en santé communautaire pour accompagner les personnes trans dans l'accès à l'information, aux droits et aux soins et adapter les pratiques de soins

[152] Issues des mouvements sociaux impliqués dans les luttes dès les premières années de Ž ï ± ' ‹ † ± • ‹ ‡ Sida, les organisations trans se sont approprié de façon intrinsèque la notion de patient-‡ š ' ‡ ” – ‡ – † ‡ • ' † ‡ • † ï ' ” ‰ ƒ • ‹ • ƒ – ‹ ' • ƒ — – ' — ” entre pairs. Cf ‰ mode † ï ‹ • ^ ' ” • ƒ † ï ' ” ‰ ƒ • ‹ • ƒ – ‹ ' • ƒ ± • ‡ ” ‰ ± † ƒ • • — • … ' • – ‡ š – ‡ † ‡ … ' • – ‡ • – ƒ – ‹ ' • † — ' ' — ˜ ' • ƒ • – ± † ‡ • ' ‡ ” • ' • • ‡ • á “ — ï ‡ Ž Ž ‡ • • ' ‹ ‡ • – • ± ” ' ' • ‹ – ‹ ˜ ‡ • ƒ — ‡ – ' — – ” ƒ • • patient-e • á • ƒ • • ' ' • • ‹ „ ‹ Ž ‹ – ± e de décision • concernant leurs parcours de soins, car † ‹ • ' ' • ƒ • – † ‡ ' ‡ — † ï ‹ • ^ ' ” • ƒ – ‹ ' • • ‡ – † ï ‡ • ' ƒ … ‡ • † ‡ † ‹ • … — • • ‹ ' • ƒ — ' ” ° • † ‡ les savoirs médicaux concernant leurs parcours de santé afin de les diffuser à leurs pairs, les patient trans se revendiquent désormais experts en mettant en perspective de leur propre expérience une dimension collective. La mission a échangé sur plusieurs initiatives concrètes qui illustrent cette réalité.

ï Š ‹ • – ' ‹ ” ‡ † ‡ • • ' — ˜ ‡ • ‡ • – • † ‡ ' ‡ ” ‡ ' • • ‡ • – ƒ ” ƒ – š ƒ • • ± ‡ • s { x r á • ƒ ‹ • • ï ‡ • – • — ” – ' — – milieu des années 1990. La mobilisation des personnes trans rassemblées en collectifs ou associations • — ” ˜ ‹ ‡ • – ƒ — … ' — ” • † ‡ • ' ” ‡ • ‹ ° ” ‡ • ƒ • • ± ‡ • † ‡ Ž — Sida et développe des ± ' ‹ † ± • ‹ ‡ † revendications orientées vers la lutte contre les discriminations ‡ – Ž ï ƒ … … ° • • Ž ƒ • ƒ • – ± ä ‹ • • ‹ á † ° • Ž • ' • ‡ • – • † ‡ … ' ƒ Ž ‹ – ‹ ' • † ‡ ' Ž — • ‹ ‡ — ” • … ' Ž [59], trois revendications émergent : un accès ' • ƒ Ž ‡ ^ ƒ … ‹ Ž ‹ – ± ƒ — … Š ƒ • ‰ la dépsychiatrisation des parcours, et un accès aux soins adapté et de qualité, notamment pour lutter contre le VIH, qui touche gravement les communautés trans. La deuxième vague des mouvements associatifs trans émerge dans les années 2010, dans le cadre mobilisations ” ‡ • ' — ˜ ‡ Ž ± ‡ • … ' • … ‡ ” ƒ • – Ž ‡ … Š ƒ • ‰ ‡ • ‡ • – † ï ± – ƒ – … ‹ ˜ Ž Ž ‹ „ ” ‡ ‡ – ‰ ” ƒ — — ‹ – médicaux, encouragées par un contexte international en pleine évolution.

59 http://www.lordredesmots -lefilm.com/timeline -transhistorique/transtimeline.html

2.1.1 Le partage et la diffusion d'informations comme outils d'autonomisation

[153] Les nombreux collectifs ou associations trans travaillent à identifier sur leur territoire des professionnels de santé acceptant de recevoir des personnes trans , avant de déployer des actions de

[154] Le site web wikitrans.co, alimenté par des personnes trans est devenu ainsi un outil important de vulgarisation pour les personnes trans, leurs proches, et les professionnels de santé. Le site totalise 600 visiteurs différents chaque mois. Plusieurs associations produisent des guides, très documentés sur des sujets ciblés. Par exemple OUT trans a produit des guides sur les traitements hormonaux, la chirurgie et la santé sexuelle. Le Planning Familial a également rédigé des guides à destination des personnes trans, de leurs proches, des professionnels de santé. Plus récemment, le Planning Familial a travaillé au développement de « boites à outils » comprenant un dossier de présentation, un calculateur de charge des opérations

2.1.2 Les groupes de parole comme espaces de rencontres et de lutte contre la stigmatisation

[155] La plupart des associations mettent en place des groupes de parole ou « autosupport », pour les personnes trans (adultes ou mineurs) et leurs proches, tels ceux

[156] Les personnes trans qui ne vivent pas dans les métropoles ont des difficultés renforcées pour

2.1.3 REST un réseau initié par une association Trans, fédérant des professionnels de santé au-delà de la Bretagne

[157] Le « Réseau Santé Trans »

des personnes trans et travaille a— • • ‹ • Ž ï ‘ ” ‰ ƒ • ‹ • ƒ – ‹ ‘ • † ‡ ˆ ‘ ” • ƒ – ‹ ‘ • • • Ž ï Š ‘ ” • ‘ • Ž ï ƒ • ‹ • ƒ – ‹ ‘ • † ï — • ‘ — – ‹ Ž † ï ± … Š ƒ • ‰ ‡ † ‡ “ — ‡ • – ‹ ‘ • • … Ž ‹ • ‹ “ — ‡ • á ‡ – • Ž ’ ‘ ” – ƒ • – • — ” Ž ƒ • ƒ • – ± – ” ƒ • • ä ƒ ” ƒ ‹ Ž Ž ‡ — ” • á — • – ” ƒ ˜ ƒ ‹ Ž nditation Ž ‹ ‡ ” † ‡ ’ à la recherche est mené.

[158] • – ƒ • – “ — ‡ ” ± • ‡ ƒ — ” ± ˆ ± ” ‡ • … ‡ ’ ‘ — ” • ‘ • „ ” ‡ † s‡ le projet de ReST a † ï ƒ • • ‘ . . « essaimé» ã † ‡ • ‘ — – ‹ Ž • Ž ‘ … ƒ — š † ï ± … Š ƒ • ‰ ‡ • … Ž ‹ • ‹ “ — ‡ • ‘ • – ± – ± … ” ± ± • á nombre de médecins et… ‘ Ž Ž ‡ … – ‹ ˆ • ‘ — ƒ • • ‘ … ‹ ƒ – ‹ ‘ • • – ” ƒ • • ‹ • ’ Ž ƒ • – ± ‡ • † ƒ • • † ï ƒ – • Ž ï ƒ • • ‘ … ‹ ƒ – ‹ ‘ • á ƒ ˆ ‹ • † ‡ „ ± • ± ˆ ‹ … ‹ ‡ ” † ‡ • ± … Š ƒ • ‰ ‡ • “ — ‹ › ‘ • – Ž ‹ ‡ — á ‡ pour la santé trans portant des valeurs similairesã ” ‡ • ’ ‡ … – † ‡ ‡ Ž ï ‹ ƒ • ƒ — ‹ ‘ † • ± ‡ – † ‡ Ž ï ƒ — – ‘ • ‘ • des patients, parcours dépsychiatrisés, parcours centrés sur les besoins des patients.

2.1.4 La médiation par les pairs : la mobilisation de savoirs expérientiels pour l’amélioration de la qualité des soins

[159] Les actions de médiationen santé sont centrales dans les formes de mobilisation des associations trans: de façon bénévole la plupart du temps, les associations organisent Ž ï ƒ … … ‘ • ’ ƒ ‰ • ‡ • ‡ • – † ‡ • ’ ‡ ” • ‘ • • ‡ • ’ ‘ — ” ˆ ƒ … ‹ Ž ‹ – ‡ ” Ž ‡ — ” ƒ … … ° • ƒ — š • psychosociauš ’ ‘ — ” • ï ‘ ” ‹ ‡ • – ‡ ” † ƒ • • Ž ‡ — ” • ’ ƒ ” … ‘ — ” • † ‡ • ƒ • – ± ‰ Ž ‘ „ ƒ — š ä ‡ •

- X La – ” ƒ † — … – ‹ ‘ • † ‡ • ‹ • ˆ ‘ ” • ƒ – ‹ ‘ • • • ± † ‹ … ƒ Ž ‡ • á † ƒ • • Ž ƒ Ž ƒ • ‰ — ‡ † ï ‘ ” ‹ langage adapté à la personne, qui permet de faciliter le moment de consultation et le lien professionnel de santé patient,

- X ï ‹ • ˆ ‘ ” • ƒ – et la mise en sens des traitements, consultations, modes de prise en charge, qui ’ ‡ ” • ‡ – ƒ — š ’ ‡ ” • ‘ • • ‡ • † ‡ • ‡ • ‹ – — ‡ ” † ƒ • • Ž ‡ — ” • ’ ƒ ” … ‘ — ” • † ‡ • ƒ • – ± dans la définition de celui-ci,

- X Le ” ‡ Ž ƒ ‹ • † ï ‹ • – ‡ ” ” ‘ ‰ ƒ – ‹ ‘ • • ‘ — ” ‡ • ƒ ” “ — ‡ • ƒ — š ’ ” ‘ ˆ ‡ • • ‹ ‘ • • ‡ Ž • † ‡ • ƒ • redouter de dire, par crainte de jugement ou de stigmatisation,

- X Le ” ‡ Ž ƒ ‹ • ‡ – ver Ž ï ƒ Ž ‡ ruptures de traitements, lors de renoncement ou de refus de soins,

- X Le lien régulier des association avec les professionnels de santé et leur participation à des instances de soins qui contribue à faire évoluer les représentations (sur les parcours de transition ou le travail du sexe par exemple) et les pratiques, et à partager uneconnaissance plus fine des besoins des populations.

[160] Cette action de médiation en santé par les pairsportée par des associations est particulièrement importante pour les personnes trans éloignées du soin par des expériences de discriminations, Ž ƒ ’ ” ± … ƒ ” ‹ – ± ‡ – † ï ƒ — – ” ‡ • ˆ ƒ … – ‡ — ” • † ‡ • – ‹ ‰ • ƒ – ‹ • ƒ – ‹ ‘ • ‡ š ‹ au VIH, consommation de produits psychoactifs, etc.), afin de perme – – ” ‡ Ž ï ƒ … … ° • ƒ — š • ‘ ‹ • • ‡ • évoluer les réponses qui leur sont apportées.

[161] ï ‹ • – ± ‰ ” ƒ – ‹ ‘ • † ‡ ’ ƒ ‹ ” • † ƒ • • Ž ‡ • ’ ƒ ” … ‘ — ” • † ‡ • ƒ • – ± † ‡ • ’ ‡ ” • ‘ • • ‡ • ‡ • un investissement de temps considérable, pouvant constituer un obstacle à la pérennisation pour les associations non financées. Lorsque cette activité se professionnalise, elle est toutefois peu valorisée et rarement soutenue de façon pérenne ã ‹ Ž • ï ‰ ‹ – • ‘ — ˜ ‡ • – † ‡ ’ ‘ • – ‡ • • – ‡ • ’ • ’ ƒ ” –

rémunérés et peu stabilisés dans le temps. Ainsi, les associations font régulièrement face à des difficultés à mobiliser des pairs aidants, bénévoles ou salariés.

2.1.4.1 « Aller vers » et médiation en santé sexuelle (exemple d'Acceptess-T et Bichat)

[162] Le service de maladies infectieuses et tropicales développe des actions spécifiques en santé sexuelle autour de la prévention combinée, notamment pour les personnes trans les plus précaires.

[163] Pour assurer une permanence hebdomadaire au sein même du service des maladies infectieuses et tropicales (SMIT), qui leur propose les personnes au moment même de leurs consultations si elles le souhaitent, et de les informer et les hors-murs, une médecin infectiologue mène une permanence hebdomadaire pour les primo-prescriptions de Prep, qui a permis de réduire de façon conséquente les délais d'initiation de la Prep pour les femmes trans.

[164] Cette structure de soins permet notamment aux personnes trans particulièrement précaires, grâce à la mise en place de parcours fléchés et pivots, d'accéder aux soins.

[165] Plusieurs projets de recherche, tels que PrepAporter, Transvihmed, Transvihsa, Transvihlo, portent sur les sujets des injections de silicone liquide[60] ou des interactions entre ARV et traitements hormonaux de substitution. Ce partenariat favorise aussi des échanges et activités dynamiques au sein du Corevih Île-de-France Nord. Celui-ci siège au sein de l'hôpital Claude Bernard, et est composé de représentants de l'ensemble du territoire en tant que représentante des usagers du système de santé.

2.1.4.2 La participation aux RCP de La Pitié Salpêtrière d'associations représentant les usagers

[166] Les réunions de concertation pluridisciplinaires concernant les mineurs trans du service de pédopsy [illegible] groupes de parole pour les mineurs trans, et pour les parents et proches de personnes trans, puis

[60] Bertin, Chloé, Rachid Abbas, Valérie Andrieu, Florence Michard, Christophe Rioux, Vincent Descamps, Yazdan Yazdanpanah, et Fabrice Bouscaren. 2019. « Illicit Massive Silicone Injections Always Induce Chronic and Definitive Silicone Blood Diffusion with Dermatologic Complications ». 7.

Ž ï ƒ • • ‘ … ‹ ƒ – ‹ ‘ • • ’ ƒ … ‡ ƒ • – ± ” ƒ • • á † — ^ ƒ ‹ – † ‡ • ‘ • ƒ … – ‹ ‘ • ’ ƒ ” – ‹ … — Ž ‹ °
’ • › … Š ‹ “ — ‡ á ‡ – ‡ • ^ ‹ • Ž ï ƒ • • T , en 2020 . ‘ • … … ‡ ’ – ‡ • •

[167] Cette ouverture des RCP à des acteurs non médicaux mais impliqués dans la prise en charge des mineurs trans a été motrice dans la prise en compte du rôle des associations dans le parcours de transition global des personnes, et notamment des plus jeunes et de leurs familles. Participant chaque mois aux réunions où sont discutés de façon anonymisée les dossiers qui questionnent les professionnels de santé, les associations peuvent apporter des points de vue et des éléments supplémentaires, concernant les besoins des jeunes et leurs environnements sociaux. Les associations peuvent aussi proposer, par ailleurs, ƒ — š Œ ‡ — • ‡ • ‡ – Ž ‡ — ” • ^ ƒ • ‹ Ž Ž ‡ • † ‡ • ƒ …
ƒ — ’ ƒ ” … ‘ — ” • ƒ — • ‡ ‹ • † ‡ Ž ï Š Ø ’ ‹ – espace de respiration dans un espace non médicalisé, ou un travail différent des liens familiaux, dans un environnement tel que des activités collectives.

[168] ƒ ’ ƒ ” – ‹ … ‹ ’ ƒ – ‹ ‘ • † ‡ • ƒ • • ‘ … ‹ ƒ – ‹ ‘ • • ƒ — š † — • ‡ ” ˜ ‹ … ‡ † ‡ ’ ± † ‘ ’ • › … Š
ƒ Ž ’ ² – ” ‹ ° ” ‡ ‡ • – — • ‡ † ± • ƒ ” … Š ‡ ‹ • • ‘ ˜ ƒ • – ‡ † ï ‹ • – ± ‰ ” ƒ – ‹ ‘ • † ‡ • ƒ • • ‘ … ‹ ƒ – ‹ ‘
‘ — – ‹ Ž • † ‡ ’ ƒ ” – ‡ ‰ ‹ ‘ • • ‘ … Š ‡ ‹ ‘ • ï ƒ ‰ ‹ – † ‡ Ž ƒ ’ ” ‹ • ‡ ‡ • … ‘ • ’ – ‡
“ — ï ƒ ’ ’ ‘ ” – ‡ Ž ƒ ’ ƒ ” – ‹ … ‹ ’ ƒ – ‹ ‘ • † ï ƒ … – ‡ — ” • … ‘ • • — • ƒ — – ƒ ‹ ” ‡ • • Ž ƒ “ — ƒ Ž
Ž ï ‘ ” ‰ ƒ • ‹ • ƒ – ‹ ‘ • † ‡ • ’ ƒ ” … ‘ — ” • † ‡ • ƒ • – ± ä

2.2 Comment la médecine de premier recours s’organise pour accompagner les parcours de transition médicale

[169] Historiquement les soins aux personnes trans ont connu un fort ancrage hospitalier, dans des équipes pluridisciplinaires spécialisées. La saturation de ces dernières, la volonté des personnes trans et des professionnels de santé ont suscité des initiatives impliquant la médecine de premier recours et la médecine de spécialité en ville, qui témoignent de la possibilité d’une prise en charge décentrée, même si ces démarches restent embryonnaires.

2.2.1 Le « protocole de santé trans » de la maison dispersée de santé de Lille-Moulins

[170] La maison dispersée de santé (MDS) de Lille-Moulins a été créée en 1986 par les Dr Bernard Riff et Jean-Marie Jeanne-Martin, sur la base de valeurs fortes: droit à la santé pour les plus fragiles, approche globale de cette dernière, ancrage territorial, éthique de la décision partagée, pluridisciplinarité. Elle est reconnue depuis 10 ans par l’ARS comme pôle de santé pluriprofessionnelle et depuis un an comme pôle de santé pluriprofessionnel universitaire[61].

[171] En 2009 le centre LGBT de Lille a alerté la MDS sur la situation des enfants trans en grande détresse psychique et sociale. Elle a été impliquée dans les travaux de révision de la CIM 11 qui ont conduit à une dépsychiatrisation de la transidentité[62].

[61] Elle compte 6 médecins généralistes, 2 infirmières, 4 kynésythérapeuthes, 2 orthophonistes, 2 psychologues, une pédicure, une coordinatrice et 2 accueillantes.
[62] Why and how to support depsychiatrisation of adult transidentity in ICD-11: A French study European Psychiatry décembre 2018

[172] Plusieurs centaines de personnes trans ont été accompagnées par la MDS depuis 10 ans, 300 y • ‘ • – ˜ ‡ • — ‡ • ‡ • t r t s ä ƒ ” ‡ ˜ ‡ • † ‹ “ — ‡ † ï ƒ – ‹ ‘ … ‘ ‡ ’ ƒ ‰ ï • ƒ ‡ ’ ” ‘ ƒ ‰ ï • ƒ ‡ ’ ” ‘ ƒ ‰ ï • ƒ ‡ ’ ” ‘

2.2.2 Un exemple de coopération étroite entre une association de santé communautaire (RITA) et un planning familial (celui de Grenoble) pour faciliter l'accès aux soins et les des parcours de transition en Ville

[178] ï ƒ • • ' … ‹ ƒ – ‹ ' • † ‡ • ƒ • – ± … ' • • — • ƒ — – ƒ ‹ " ‡ •‡ •Ž ï ƒ ‰ " ‰ Ž ' ‹ • • ± Ž ƒƒ ← ' • ‡ grenobloise (700 personnes la fréquentent chaque année, dont une majorité de jeunes de 15 à 25 ans en situation précaire). RITA et le planning familial de Grenoble ont noué depuis plusieurs années un ' ƒ " – ‡ • ƒ " ‹ ƒ – ± – " ' ‹ – ' ' — " Ž ï ƒ des personnes trans. Dès 2014, RITA a assuré des permanences au P Ž ƒ • • ‹ • ‰ ‹ • ^ ' " • ƒ – ‹ ' • • † ï re • dez-vous individuels). Un militant de RITA exerce désormais à mi-temps comme « salarié-pair » au Planning. Ensemble, les deux associations ont mis en place un parcours de soins, alternatif au parcours hospitalier, permettant Ž ï ƒ … … ° • • Ž ï Š ' " • ' • ' – Š ± " ƒ ' ‹ ‡ á † ƒ • • — • ‡ ƒ ' ' " ' … Š ‡ ‰ Ž ' „ ƒ Ž ‡ † ‡ Ž ƒ • ƒ • – ± … ' • – ƒ … – ƒ ± – ± ± – ƒ „ Ž ‹ ƒ ˜ ‡ … Ž ƒ á Ž ï ‡ – Ž pour les informer du ' ƒ " – ‡ • ‡ • - projet.

[179] Le premier contact est assuré par RITA, le travailleur pair ou une conseillère du Planning Familial â — • ‡ ' " ‹ ‡ • – ƒ – ‹ ' • ˜ ‡ " • † ‡ • ‰ " ' — ' ‡ • ‡ – ' ƒ " ' Ž ‡ ‡ – † ‡ • " ± — • ‹ ' • • † ï proposée. Le suivi par un médecin du Planning pour initier un parcours de transition dépend des capacités de prise en charge, de plus en plus saturées. En 2021, 400 personnes trans sont en file active au P Ž ƒ • • ‹ • ‰ á x r • ' • – ‡ • Ž ‹ • – ‡ † ï ƒ – – ‡ • – ‡ á v • ' — ˜ ‡ ƒ — š ' pour les – • ' ‡ — ˜ ‡ mineurs sont considérés comme prioritaires. Une des priorités désormais est de former des médecins généralistes pour développer des réponses hors du Planning. En 2020, 30 praticiens ont été formés, 7 ont commencé à prendre le relai pour des traitements initiés au Planning. Le développement du suivi gynécologique des personnes trans au planning ‡ • – — • ' " ' Œ ‡ – ' ' — " Ž ï ƒ • • ± venir.

[180] RITA et le planning cherchent à développer un réseau de professionnels de santé « accueillants » vers lesquels orienter pour les personnes trans, pour faciliter leur accès aux soins primaires et spécialisés. Cela passe par des prises de contact individuelles[64], des sessions de sensibilisation[65], des formations. Les deux associations ont développé des liens avec le CECOS, le CEGIDD, les équipes hospitalières de psychiatrie et pédopsychiatrie. Les médecins du Planning peuvent saisir par mail les endocrinologues du CHU de Lyon sur des questions cliniques. Un gynécologue du CHU de Grenoble commençant à monter une activité de " chi " ‰ ‹ ‡ † ï ƒ ^ ^ ‹ " • ƒ – ‹ ' • á † contacts plus en proximité se développent.

[181] Compte tenu du profil de leur public, la prise en charge des mineurs est un axe important du partenariat développé par RITA et le Planning, à la fois pour consolider les parcours de soins (notamment le volet santé mentale), travailler avec les établissements où sont scolarisés les patients mineurs et sensibiliser les infirmières et médecins scolaires.

[182] ï ‡ š ' ± " ‹ ‡ • … ‡ ‰ " est particulièrement illustrative de trois points : Ž ï ‹ • – ± du ² – positionnement des Plannings sur le suivi des personnes trans de Ž ƒ ' — ‹ • • ƒ • … ‡ † ï — • – " ƒ ˜ collaboratif association/Planning Familial pour améliorer les réponses territoriales à la santé des personnes trans â Ž ï ‹ • – ± " ² – † ‡ Ž ƒ • ± † ‹ ƒ – ‹ salariés pairs. – ± ' ƒ " † ‡ •

---

[64] • ' Š ' • ‹ • ‰ ‡ • t r s z ƒ — š s w ‡ • † ' … " ‹ • ' Ž ' ‰ — ‡ • Ž ‹ „ ± " ƒ — š † ‡ Ž ï ƒ ‰ ‰ Ž ' • ± " ƒ – ‹ ' • ' ' — " • ƒ ˜ trait ‡ • ‡ • – • Š ' " • ' • ƒ — š • ï ‡ • – • ' Ž † ± ' ƒ " ƒ — … — • ‡ " ± ' ' • • ‡ ' ' • ‹ – ‹ ˜ ‡ ä

[65] s w r ' " ' ^ ‡ • • ‹ ' • • ‡ Ž • † ‡ • ' ‹ • • ‡ – † ‡ Ž ï ± † — … ƒ – ‹ ' • • ƒ – ‹ ' • ƒ Ž ‡ " ± — • ‹ • ‡ • t r s z

2.2.3 Un réseau de médecins franciliens impliqués dans la prescription des traitements hormonaux et le suivi des patients trans, en lien étroit avec des associations communautaires

[183] Les associations trans franciliennes (Acceptess-T, Espace Santé Trans et Acceptess-T) alimentent depuis plusieurs années un répertoire de professionnels de santé accueillant des personnes trans de façon informée et respectueuse. Ce répertoire a pour but d'orienter les personnes qui souhaitent débuter des traitements hormonaux ou pour qui la prise de traitements hormonaux ou la prise en charge médicale liée à la transition pose question, vers des professionnels de santé formés à la prise en charge des personnes trans. Il a également pour but de faciliter les échanges avec les professionnels de santé.

[184] En parallèle, des médecins, généralistes et spécialistes faisaient face à des demandes de plus en plus fréquentes de personnes trans souhaitant débuter un traitement hormonal. Ces médecins, ne disposant pas de recommandations à jour de bonnes pratiques, ce qui a fait émerger des demandes de lien avec l'association Acceptess-T afin de pouvoir orienter leurs patients vers des professionnels de santé formés à la prise en charge des personnes trans.

[185] Initialement, le répertoire ne comportait que quelques médecins généralistes et psychiatres. Au fil des rencontres avec les professionnels de santé rencontrés, les associations et soignants impliqués ont développé des liens de confiance et ont commencé à échanger sur leurs pratiques. Ces échanges ont permis de développer progressivement le répertoire, qui comporte aujourd'hui une cinquantaine de médecins.

[186] Dans le cadre de l'ARS Ile-de-France, un groupe de travail a été mis en place, dès 2019, réunissant les acteurs impliqués dans la prise en charge des personnes trans. Ce groupe a permis d'échanger sur les pratiques et d'élaborer des recommandations à destination des professionnels de santé. Ces recommandations ont été mises en ligne sur le site de l'ARS Ile-de-France. Elles ont également été diffusées auprès des professionnels de santé. Ces recommandations ont permis de définir pleinement les savoirs de chaque partie a été développée et a été délivrée à plus de cinquante médecins en 2020 et 2021.

[187] Cette expérience illustre l'importance de la mise en réseau des professionnels de santé et des associations communautaires. Elle a permis de développer des outils et des formations adaptées aux besoins des usagers.

2.3 Des initiatives hospitalières pour mieux répondre aux besoins

2.3.1 Améliorer le travail en réseau autour des mineurs, diffuser les connaissances, l'exemple de la plateforme de coordination « Trajectoires trans : enfants, adolescent-e-s et jeunes adultes » portée par La Pitié Salpêtrière

[188] La plateforme « Trajectoires trans : enfants, adolescent-e-s et jeunes adultes » a été créée en 2019 par l'équipe du Pr Agnès Condat, pédopsychiatre, qui anime une consultation spécialisée à la Pitié Salpêtrière[66], à partir de la dynamique créée par la RCP qui réunit toutes les équipes hospitalières parisiennes recevant des

[66] La consultation spécialisée enfants et adolescents transgenres et parentalités plurielles

enfants et adolescents, pourdiscuter de façon pluridisciplinaire † ‡ Ž ï ƒ … … ° • ƒ — š – ” ƒ ‹ – ‡ • hormonaux pour des mineurs[67].

[189] La plateforme «Trajectoires Trans» constitue «un dispositif ressource», de coordination pluridisciplinaire, clinique, éthique et de recherche. Elle rassemble † ‡ • ƒ … – ‡ — ” • † – de • ‘ ‹ • • † ï Ž France, hospitaliers et de ville, plusieurs associations, des experts universitaires et chercheurs de différentes disciplines (médecine et sciences humaines et sociales) français et étrangers.

[190] Ses objectifs ã ” ‡ • † ” ‡ Ž ï ‡ ˆ ” • ‡ ‹ • • ’ Ž — • ƒ … … ‡ • • ‹ „ Ž ‡ ‡ – Ž ‹ • ‹ „ Ž ‡ á ˆ ƒ .. recommandations internationales de bonnes pratiques et contribuer à élaborer des recommandations françaises, faire des formations, organiser de façon coordonnée des recherches, répondre à des demandes de conseils. La plateforme est équipée pour travailler à distance, faire de la télémédecine (expertise et consultations) et la téléconférence. Elle est de facto en lien avec des professionnels de santé, hospitaliers et libéraux, en demande de conseils, expertise, au † ‡ Ž • † ‡ Ž ï Ž ‡ de France.

[191] Ž Ž ‡ „ ± • ± ˆ ‹ … ‡ † ï — • ˆ ‹ • ƒ • … ‡ • ‡ • – † ‡ Ž ï “ — ‹ Ž — ‹ ƒ ’ ‡ ” ‹ • † ‡ • ‡ † ‡ … ‘ ‘ ” † ‹ • ƒ – ‹ ‘ • • ± † ‹ … ƒ Ž ‡ á † ‡ • ‘ ‹ • • ‡ – † ï ‡ š ’ ‡ ” – ‹ • ‡ ä

[192] Cette plateforme illustre Ž ï ‹ • – ± ” ² – † ‡ ” ± • ‡ ƒ — š – Š ± capables † ï — ‡ š ’ ‡ ƒ ” – † ï ‹ ” ” ‹ ‰ — ‡ ” ‡ – ƒ ’ ’ — › ‡ ” • † ‹ • – ƒ • … ‡ † ‡ • ’ ” ‘ ˆ ‡ • • ‹ ‘ • • ‡ Ž • † ‡ • et – ± ’ ƒ ” ˆ ‘ ‹ † ï ƒ — – ” ‡ faire des liens entre pratique clinique et recherche.

2.3.2 Créer une activité nouvelle de chirurgie d'affirmation et structurer une équipe pluridisciplinaire : les exemples de Rennes, Limoges et Lille

[193] ‡ • ‘ • – ƒ ‰ ‡ † ï — • ‡ • ‘ — ˜ ‡ Ž Ž ‡ ƒ … – ‹ ˜ ‹ – ± † ‡ … Š ‹ ” — ” ‰ ‹ ‡ ’ ‡ Ž ˜ ‹ ‡ • • ‡ • ï mission, dans deux modèles : ã † ï — • ‡ † ‡ ƒ • ” — ” ƒ • • ˆ ‡ ” – • † ‡ … Š ‹ ” — sse ment où ils ont été formés et ont pratiqué cette activité vers un autre établissement où ils la développent ex nihilo … ˆ Ž ï ± “ — ‹ ’ ‡ † ‡ hôpital privé Mézimoz), ‡ – † ï ƒ — – ” des chirurgiens (urologues, plasticiens ou gynécologues) qui se forment à cette activité, nouvelle dans leur établissement.

[194] Le processus de formation de chirurgiens souhaitant monter une activité de chirurgie † ï ƒ ˆ ˆ ‹ ” • ƒ – ‹ ‘ • ’ ‡ Ž ˜ ‹ ‡ • • ‡ ‡ • – ‡ š ‹ ‰ ‡ ƒ • – ‡ • – ‡ ” • ‡ • † ‡ – ‡ • ’ • ‡ – † ï ‹ • ’ Ž ‹ … ƒ – qui se forment et ceux qui les forment. Le GRETTIS au CHU de Lyon Sud, avec le Dr Morel Journel, a contribué en particulier à former plusieurs chirurgiens (Limoges, Rennes, Lille notamment). Les chirurgiens qui se forment assistent une à deux fois par mois à des interventions réalisées à Lyon, puis le Dr N. Morel Journel se rend dans leurs services pour les assister lors des premières interventions.

[195] ƒ • ‘ • – ± ‡ ‡ • ’ — ‹ • • ƒ • … ‡ † ‡ Ž ï ƒ … – ‹ ˜ ‹ – ± † ‡ … Š ‹ ” — ” ‰ ‹ ‡ † ï ƒ ˆ ˆ ‹ ” • ƒ – ‹ † ï ƒ „ ‘ ” † Ž ï ‘ ” ‰ des consultations préopératoires pour constituer une liste de patients à opérer, puis la réalisation de certaines interventions qui se diversifient progressivement (ablation des testicules et/ou hystérectomies, vaginoplasties, plus rarement phalloplasties). La mise en place † ‡ Ž ï ƒ … – ‹ ˜ ‹ – ± ˜ ƒ † ‡ ’ ƒ ‹ ” ƒ ˜ ‡ … — • ‹ • ’ ‘ ” – ƒ • – – ” ƒ ˜ ƒ ‹ Ž † ï ‘ ” ‰ ƒ • ‹ • ƒ – ‹ ‘ • ‹ nécessaires (avec le DG du CH, le DIM), mettre en place une RCP en lien avec des praticiens hospitaliers et libéraux, former des internes, développer des partenariats internes et externes pour ± Ž ƒ ” ‰ ‹ ” Ž ï ‘ ˆ ˆ ” ‡ † ‡ • ‘ ‹ • opératoire, ‹ chirurgie plastique, traitement hormonal, suivi

[67] Les RCP fonctionnent depuis 2015, des équipes non franciliennes peuvent soumettre des cas en RCP. Des associations ” ƒ • • › • ‹ ° ‰ ‡ • – á — – ” ƒ • • ‡ – • ’ ƒ … ‡ • ƒ • – ± ” ƒ • • † ƒ • • Ž ‡ … ƒ † ” ‡ † ï — • ‡ š ƒ • ‡ •

étude[68] a été conduite en 2020 par le CHU en lien avec le Réseau de Santé Trans auprès des et leurs besoins de formation.

[196] Au CHU de Lille, le dispositif Transidentités(s) créée en 2016 a consisté à fédérer des ressources intra-hospitalières pour accompagner les parcours de transition des personnes majeures et mineurs structurant [illegible] pour évoluer vers des accompagnements plus à patients et avec les partenaires.

2.3.3 Un partenariat émergent entre association/hôpital dans le champ de la prévention du suicide (CTAI de Grenoble)

[197] Le centre thérapeutique ambulatoire intensif (CTAI) du Centre hospitalier Alpes Isère, à S est une unité de consultation de crise reliée à la filière des urgences psychiatriques. Il propose un travail intensif sur une durée limitée en ambulatoire, il vise à éviter des passages aux urgences pour des patients adultes en crise et recontacte aussi les patients

[198] surexposition au risque suicidaire des personnes trans. RITA peut saisir le CTAI de situations repérées comme « à risques » pour des conseils et/ou un accueil rapide. Le CTAI considère RITA partie des facteurs de protection. Une formation par RITA des équipes du CTAI sur la problématique

2.3.4 La prise en compte par les CECOS des problématiques de préservation de la fertilité en parcours de transition ; exemple du partenariat entre le CECOS Jean Verdier et l'équipe de la consultation Trans mineurs et jeunes adultes de La Pitié-Salpêtrière

[199] Avant la loi de bioéthique de 2021, les CECOS, dont celui de Jean Verdier, enregistraient peu de demandes de préservation de gamètes de la part de personnes trans à le favorisait pas. La question semblait mal prise en compte pour les jeunes adultes et les mineurs amorçant des parcours de transition, avec des difficultés renforcées pour les mineurs : comment aborder le sujet avec eux et leurs parents afin de construire un consentement éclairé, au vu du caractère potentiellement intrusif voire invasif des démarches de recueil de gamètes et du manque de travaux internationaux.

---

[68] L. Freton, Z.E. Khene, C. Richard et al., Auto-évaluation de professionnels de santé concernant la prise en charge des personnes trans dans un hôpital universitaire, Prog Urol https://doi.org/10.1016/j.purol.2021.03.008 . Le manque de confort des [illegible] de soins aux personnes transgenres