

ACCUEIL ET PRISE EN CHARGE DE LA PATIENTÈLE TRANSGENRE :

UNE ÉTUDE QUALITATIVE AUPRÈS DES MÉDECINS
GÉNÉRALISTES ET DES ASSISTANT·E·S EN BELGIQUE
FRANCOPHONE

Travail de fin d'études réalisé par **Louise HAUTCOEUR** en vue de l'obtention du
Master complémentaire en Médecine Générale

Promotrices : Aurore Dufrasne, Dr Hanna Ballout

Faculté de Médecine

Année académique 2023-2024

Table des matières

Remerciements	2
Résumé	3
Terminologies	4
Abréviations	5
1. Introduction	6
2. Méthodologie	7
2.1 Question PICO	7
2.2 Méthodologie de la recherche de littérature	7
2.3 Méthodologie de l'étude qualitative	9
2.3.1 Choix de la méthode d'investigation	9
2.3.2 Entretiens semi-dirigés	9
2.3.3 Echantillonnage	9
2.3.4 Analyse des données	10
2.3.5 Comité éthique	10
3. Résultats	11
3.1 Résultats de la recherche de littérature	11
3.1.1 Généralités	11
3.1.2 Accueil	13
3.1.3 Transition médicale	14
3.1.4 Transition chirurgicale	17
3.1.5 Prévention	18
3.2 Résultats de l'étude qualitative	19
3.2.1 Caractéristiques socio-démographiques	19
3.2.2 Principaux résultats	19
4. Discussion	32

4.1 Biais et limitations de l'étude	32
4.2 Qualité des résultats	33
4.3 Discussion des résultats	33
4.3.1 Évaluation des connaissances des médecins	33
4.3.2 Discussion autour des freins évoqués par les médecins	36
4.3.3 Pistes d'amélioration	38
5. Conclusion	41
6. Références bibliographiques	43

Remerciements

Je tiens d'abord à remercier les membres du jury pour le temps consacré à la lecture et à l'évaluation de ce travail.

J'aimerais également remercier les médecins qui ont accepté de participer aux entretiens, pour leur disponibilité et le partage de leurs expériences.

Je souhaite remercier mes promotrices, Aurore Dufrasne et Hanna Ballout, pour leurs relectures et leurs conseils avisés.

Je voudrais aussi remercier ma famille : papa David, maman Martine et mon frère Matisse, pour leur soutien constant pendant toutes ces années d'études et dans chacun de mes projets. Un merci tout particulier à ma maman pour son soutien moral et son aide plus que précieuse dans la réalisation de ce travail.

Je tiens également à remercier Catherine, mon amour, pour son soutien constant et ses attentions quotidiennes. Merci de croire en moi et de m'apporter tant chaque jour.

Merci à mes amies pour leur soutien et en particulier à Euphrasie pour ses encouragements réguliers et ses relectures attentives.

Enfin, merci à Eliott pour sa confiance et nos projets futurs...

Résumé

Introduction : Les personnes transgenres, qui représentent environ 3% de la population générale, font face à des inégalités dans de nombreux domaines, notamment en matière de soins de santé (1–3). La littérature souligne que ces disparités sont en partie dues à un manque de connaissances des médecins généralistes (4,5). Dans le monde, peu d'études évaluent les connaissances et les pratiques des généralistes dans la prise en charge des personnes trans*. En Belgique, aucune étude qualitative n'a été identifiée à ce jour.

Méthodologie : Une recherche de littérature suivie d'une étude qualitative, basée sur des entretiens semi-dirigés avec dix médecins généralistes et médecins en formation en Belgique francophone.

Résultats : Certain·e·s médecins de l'étude étaient sensibilisé·e·s aux transidentités et avaient connaissance des bases de l'accueil inclusif, sans pour autant les appliquer systématiquement. Tou·te·s avaient peu, voire aucune, connaissance au sujet des traitements hormonaux et des procédures chirurgicales. Les principaux obstacles à une prise en charge de qualité identifiés par les médecins étaient le manque de connaissance et de formation ainsi que des barrières culturelles.

Discussion : Malgré l'échantillon restreint et les biais potentiels, l'étude a renforcé la littérature existante sur la méconnaissance des généralistes en matière de soins aux personnes trans*. Cette enquête a suggéré la nécessité d'intégrer ce sujet dans les programmes d'éducation médicale. Elle a également démontré que les médecins ayant suivi une formation d'introduction aux transidentités ont développé de meilleures compétences culturelles, soulignant ainsi l'impact positif de la formation sur leur pratique. Parmi les autres pistes d'amélioration évoquées figurent l'amélioration de l'accès aux ressources, le renforcement du travail pluridisciplinaire en réseau, ainsi que l'importance du rôle de la santé publique.

Conclusion : Ce travail apporte des pistes de solutions pour améliorer la prise en charge des personnes transgenres. Les médecins généralistes ont un rôle clé à jouer dans cette démarche pour favoriser l'accès aux soins et tendre vers une réduction des inégalités en santé.

Mots-clés : Patients transgenres (QC24), médecin généraliste (QS41), étude qualitative (QR31)

Terminologies (1,6–8)

Coming-out : Dévoiler volontairement à autrui son orientation sexuelle, son identité de genre, ses caractéristiques sexuées et/ou ses préférences sexuelles.

Dysphorie de genre / Incongruence de genre : Termes médicaux obsolètes issus de la psychiatrie ayant été utilisés pour pathologiser la transidentité et le mal-être parfois ressenti par les personnes transgenres tel un trouble mental ; ont été retirés de la CIM-11 de l'OMS.

Expression de genre : Manière dont une personne manifeste son genre au monde extérieur (tenues vestimentaires, comportements, expressions, ...).

Femme transgenre : Personne née avec des caractéristiques sexuées mâles, assignée « homme » à la naissance, qui a le sentiment profond d'appartenance à une identité de femme.

Genre : Concept dynamique selon les époques et les cultures qui définit l'ensemble des caractéristiques liées à l'homme et à la femme ne relevant pas de la biologie objective, mais bien de la construction personnelle et sociale.

Homme transgenre : Personne née avec des caractéristiques sexuées femelles, assignée « femme » à la naissance, qui a le sentiment profond d'appartenance à une identité d'homme.

Identité de genre : Perception profonde, intime et personnelle qu'a une personne de son propre genre (homme, femme ou autre - personne non-binaire), et ce, indépendamment de son sexe (caractéristiques biologiques dont hormonales, sexuées, ...) et de ses préférences sexuelles.

Iel – iels : Pronoms neutres et inclusifs de la troisième personne du singulier et du pluriel utilisés pour désigner une ou des personne(s) dont on ne connaît pas le genre, ou une ou des personne(s) transgenre(s) non binaire(s).

Mégenrage : Utilisation, pour s'adresser à une personne, d'un genre dans lequel elle ne s'identifie pas. (Action : mégenrer)

Personne cisgenre : Personne qui s'identifie au genre (femme, homme) qui lui a été assigné à la naissance sur la base de son sexe (femelle, mâle).

Personne intersexuée : Personne dont les caractéristiques sexuées présentes à la naissance ne correspondent pas à la définition type du masculin et du féminin. Ces caractéristiques peuvent concerner l'anatomie sexuelle, les organes reproducteurs ou la disposition des chromosomes.

Personne non-binaire : Personne dont le genre ne relève pas strictement de la catégorie des genres binaires (masculin ou féminin).

Personne transgenre ou trans* : Personne qui ne s'identifie pas au genre (femme, homme) qui lui a été assigné à la naissance sur la base de son sexe (femelle, mâle).

Sexe : Ensemble de caractéristiques (génétiques, phénotypiques, endocriniennes, chromosomiques, squelettiques) généralement utilisées pour distinguer les individus mâles et les individus femelles dans certaines espèces animales (dont l'humain) ou végétales.

Transidentité : Fait d'avoir une identité de genre qui n'est pas en concordance avec le genre assigné à la naissance sur la base du sexe.

Transition de genre : Ensemble de processus éventuels (traitements hormonaux, chirurgies, ...) visant à modifier l'expression de genre d'une personne transgenre pour les faire correspondre à son identité de genre.

Transphobie : Attitude et comportement malveillants à l'égard des personnes transgenres.

Transspécifique : Terme faisant référence à quelque chose de propre aux personnes trans*.

Traitement hormonal (féminisant ou masculinisant) : Prise d'hormones synthétiques sous surveillance médicale dans le but de modifier les caractéristiques sexuées pour adopter une expression de genre propre à l'identité de genre revendiquée par la personne.

Abréviations

ASBL	Association sans but lucratif	MT	Médecin traitant·e
BMI	Body Mass Index	ng	Nanogramme
CIM-11	Classification internationale des maladies, 11 ^{ème} version	OMS	Organisation mondiale de la santé
dL	Décilitre	pg	Picogramme
Dr	Docteur·e	PICO	Patient, Intervention, Comparaison, Outcome
FSH	Hormone folliculostimulante	PMG	Poste médical de garde
HbA1c	Hémoglobine glyquée	Réseau PMS T*/I*	Réseau psycho-médico-social Trans* et Inter* belge
IST	Infections sexuellement transmissibles	TA	Tension artérielle
LGBTQIA+	Lesbiennes, gays, bisexuel·le·s, transgenres, queers, personnes intersexuées, asexuel·le·s et plus	TH	Traitement hormonal
LH	Hormone lutéinisante	TFE	Travail de fin d'étude
mg	Milligramme	Trans*	Personne transgenre
MM	Maison médicale	UCL	Université Catholique de Louvain

1. Introduction

« Les personnes transgenres subissent un degré élevé de discrimination, d'intolérance et de violence. Leurs droits humains fondamentaux sont violés, notamment le droit à la vie, le droit à l'intégrité physique et le droit à la santé. » (9)

Prononcés par le Commissaire aux droits de l'Homme de l'Union européenne en 2009, ces propos mettent en lumière les graves inégalités subies par la population transgenre ; celle-ci représentant environ 3% de la population mondiale (1,3).

Au cours des quinze dernières années, la société a progressivement pris conscience de ces enjeux et s'est doucement sensibilisée à la question des transidentités (1). Malgré des progrès en termes de visibilité et de législations, de nettes disparités persistent et la situation reste problématique à l'échelle mondiale (2). En effet, les personnes transgenres continuent de faire face à un risque accru d'abus, de crimes haineux et sont victimes d'inégalités et de discrimination à l'accès à l'emploi, au logement et aux services de santé (7,10). Il a été démontré que les personnes transgenres sont en moins bonne santé que les personnes cisgenres. Elles sont notamment plus à risque de souffrir d'IST, de consommation abusive de substances, de maladies mentales et de suicide (4,11).

Tous les pays du monde ne sont pas égaux face à la protection des droits et des libertés pour les personnes trans*. La Belgique se distingue parmi les pays européens en leur offrant, entre autres, une visibilité et une reconnaissance juridique accrues (12). Cependant, le chemin à parcourir est encore long avant d'effacer totalement les inégalités, notamment dans le domaine de la santé.

La littérature scientifique met en évidence que l'une des causes principales de ces inégalités en termes de soins réside dans le manque de connaissances des médecins généralistes (4,5,13). Dans la littérature, peu d'études ont évalué concrètement la sensibilisation et les compétences des généralistes dans ce domaine. En Belgique, à ce jour, aucune étude qualitative interrogeant les médecins généralistes sur ce sujet n'a été trouvée.

Dans ma pratique, j'ai été amenée à rencontrer un patient trans* et je me suis sentie particulièrement démunie pour le prendre en charge de manière optimale. N'ayant pas été formée durant mon cursus universitaire, j'ai tenté de me tourner vers différent·e·s collègues

mais ceux-ci n'étaient pas plus informé·e·s que moi. À la suite de cette prise de conscience, je me suis interrogée : ***quel est l'état des lieux des connaissances et des pratiques des médecins généralistes concernant l'accueil et la prise en charge des personnes transgenres ?***

Pour répondre à la question de recherche, l'étude réalisée vise à répondre à deux objectifs. **L'objectif premier** de cette étude est d'établir un état des lieux de la littérature concernant les transidentités ainsi que les recommandations concernant l'accueil et la prise en charge médicale. **Le deuxième objectif** consiste à interroger les connaissances et les pratiques actuelles des médecins généralistes et assistant·e·s en Belgique francophone, en explorant également les freins rencontrés et les éventuelles demandes pour améliorer leur pratique.

En confrontant les données de la littérature avec les observations du terrain, cette recherche veut identifier les ajustements et les initiatives à mettre en œuvre pour améliorer l'accueil et la prise en charge des personnes transgenres en médecine générale, et ainsi renforcer leur santé globale en réduisant au mieux les inégalités dans les soins.

2. Méthodologie

2.1 Question PICO

P : Médecins généralistes et médecins généralistes en formation en Belgique francophone

I : Evaluation des connaissances et des pratiques des médecins généralistes dans l'accueil et la prise en charge des patient·e·s transgenres

C : Recherche de littérature

O : Pistes de solutions pour améliorer la prise en charge des personnes transgenres

2.2 Méthodologie de la recherche de littérature

Pour la première partie de ce travail, j'ai effectué des recherches approfondies sur les recommandations disponibles concernant l'accueil et la prise en charge des personnes transgenres.

À partir du mois d'octobre 2023, j'ai réalisé des recherches en m'appuyant sur la pyramide des connaissances disponible sur le site du Cebam Digital Library for Health (14). J'ai commencé

par le sommet de la pyramide, en consultant les guides de pratique clinique tels qu'Ebpracticenet, Dynamed et Uptodate. En descendant sur la pyramide, j'ai exploré les sites de revues systématiques et résumés de celles-ci comme Minerva et Cochrane Library. Ensuite, j'ai poursuivi mes recherches sur la base de données Pubmed. Les détails de ces recherches, incluant les mots-clés, les résultats obtenus et les articles retenus, sont disponibles en annexe (annexe 1).

Tout au long de la recherche, les articles ont été sélectionnés selon leur titre et leur résumé, en tenant compte des critères d'inclusion et d'exclusion détaillés dans le tableau 1.

Tableau 1 : Critères d'inclusion et d'exclusion

Critères d'inclusion

- Personnes transgenres adultes (plus de 18 ans)
- Soins de santé de première ligne
- Parution dans les dix dernières années
- *Full text* disponible en français ou en anglais

Critères d'exclusion

- Personnes transgenres mineures (moins de 18 ans)
- Articles concernant les personnes homosexuelles, bisexuelles et asexuelles
- Articles concernant les personnes intersexuées
- Articles concernant les soins de santé de seconde ligne

Enfin, j'ai beaucoup utilisé la littérature grise en consultant les sites du Conseil de l'Europe, du Moniteur belge et de l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes. Aussi, le site internet de l'ASBL Genres Pluriels m'a fourni des ressources intéressantes, notamment des articles de revues médicales et deux TFE de médecine générale sur les attentes des patient·e·s trans* vis-à-vis de leur médecin traitant·e lors de l'initiation et du suivi d'un traitement hormonal (8,15). Grâce à ma promotrice, j'ai également eu l'opportunité de consulter le TFE de la Dr Marine Debande qui explore les connaissances des médecins généralistes à travers une étude quantitative, bien que ce travail ne soit pas disponible en ligne (16).

Il est également à noter que j'ai pu utiliser les connaissances acquises lors du suivi du module facultatif "*Accueil et prise en charge de la patientèle LGBTQIA+*" en première année d'assistantat. Récemment, j'ai également participé à une formation sur les transidentités et les traitements hormonaux féminisants et masculinisants, donnée par l'association Genres Pluriels et supervisée par la Dr Hanna Ballout.

Toutes les données recueillies lors de cette recherche de littérature ont contribué à l'élaboration de la première partie des résultats (Section 3.1).

2.3 Méthodologie de l'étude qualitative

2.3.1 Choix de la méthode d'investigation

Pour répondre à la question de recherche, mon choix s'est porté sur la réalisation d'une étude qualitative via des entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes et assistant·e·s de Belgique francophone. La méthode qualitative m'a semblé la plus appropriée pour explorer en profondeur les expériences, perceptions et ressentis des médecins face à la patientèle transgenre. Cette approche peut également offrir une compréhension plus nuancée des défis et des obstacles rencontrés tout en générant des idées pour des améliorations futures.

2.3.2 Entretiens semi-dirigés

Pour réaliser mon étude, j'ai élaboré un guide d'entretien servant de canevas lors des échanges avec les généralistes (annexe 2).

Après une brève introduction, j'invite les participant·e·s à se présenter en précisant leurs prénom et pronom(s), âge, type de pratique et lieu de pratique. Dans un premier temps, l'objectif est de comprendre leur perception des différentes dimensions des transidentités, leurs préjugés éventuels, ainsi que les connaissances qu'ils ont acquises (de manière informelle ou formelle). Ensuite, l'enquête se concentre sur leurs compétences en termes de prise en charge médicale : accueil, traitements hormonaux, procédures chirurgicales et autres questions de santé globale. Enfin, l'étude examine les éventuels obstacles ou appréhensions que ces médecins pourraient rencontrer lors de la prise en charge de cette population, ainsi que les innovations qu'ils pourraient envisager.

À noter que le guide d'entretien a été adapté à la suite de chaque entretien pour approfondir certains points et aborder de nouveaux aspects. Les entretiens ont été réalisés en présentiel ou par visioconférence et ont duré en moyenne 30 minutes.

2.3.3 Echantillonnage

Pour assurer la diversité des participant·e·s, l'objectif était de constituer un échantillon varié en termes d'âge, de genre·s, d'expérience et de caractéristiques sociodémographiques

pertinentes. J'ai sélectionné des médecins exerçant dans des cadres variés (en solo, en association de médecins ou en maison médicale) et provenant de régions différentes (urbaines, rurales, etc.). L'expérience professionnelle a également été prise en compte, incluant des assistant·e·s, des jeunes médecins et des médecins plus âgé·e·s. L'échantillon a été considéré suffisant lorsque la saturation des données a été estimée atteinte.

Le recrutement des participant·e·s s'est effectué par plusieurs moyens : envoi de mails aux médecins répertorié·e·s dans la liste de différents PMG, via les différents canaux de l'ASBL Genres Pluriels (mails, site internet et réseaux sociaux) et par le bouche-à-oreille. Une partie des participant·e·s a été recrutée sur une base volontaire grâce à des appels à participation, tandis que l'autre partie a été sélectionnée en fonction de critères tels que l'emplacement géographique et/ou l'âge des médecins, afin d'assurer la variété de l'échantillon.

2.3.4 Analyse des données

Les entretiens semi-dirigés ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone, puis intégralement retranscrits en veillant à l'anonymisation complète des interlocuteurs·rices. Après la transcription, les fichiers audios ont été détruits pour garantir la confidentialité des participant·e·s.

L'analyse des données a été conduite de manière thématique et comprend deux dimensions : une analyse verticale pour examiner chaque entretien individuellement et une analyse horizontale pour comparer les thèmes entre les différent·e·s participant·e·s. Les citations pertinentes de certains entretiens ont été mises en lumière pour illustrer les thèmes identifiés et répondre à la question de recherche.

2.3.5 Comité éthique

Le 08 avril 2024, le Groupe d'Éthique Interuniversitaire pour la Médecine Générale (GEIMG) estime qu'il est nécessaire de soumettre le projet de TFE au Comité d'éthique de l'université. Le 03 juin 2024, le Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc – UCL donne un avis éthique favorable au projet (annexe 3).

3. Résultats

3.1 Résultats de la recherche de littérature

3.1.1 Généralités

Les différentes terminologies définies au début de ce travail sont essentielles pour comprendre ce chapitre. Pour rappel, une personne transgenre est une personne dont le genre assigné à la naissance ne correspond pas à son identité de genre réelle.

En Belgique et dans le monde, certaines études estiment qu'au moins 3% de la population est transgenre (1,3). Les personnes concernées subissent des inégalités et des discriminations dans divers domaines de leur vie : dans la rue, à l'école, au travail, au logement ainsi que dans le milieu médical (4,10).

En matière de santé, l'état physique et mental des personnes trans* est souvent inférieur à celui de la population générale. En effet, elles sont plus à risque de maladies sexuellement transmissibles, de dépendances, de maladies mentales (comme la dépression) et de suicide (4). Par exemple, l'étude « *Être une personne transgenre en Belgique, 10 ans plus tard* » de l'Institut pour l'Égalité des Femmes et des Hommes révèle que 77.1% des répondant·e·s ont déjà eu des pensées suicidaires et que 33,5% ont déjà tenté de se suicider, comparé à une moyenne belge de 4.2% (17,18).

Un peu d'histoire...

La plupart de ces disparités s'inscrivent dans un contexte historique de discriminations et de pathologisation. En effet, les transidentités ont très longtemps été considérées comme des maladies mentales (à l'instar des homosexualités avant elles) et figuraient dans les manuels de psychiatrie. Ce n'est qu'en 2019 que l'OMS a officiellement retiré les transidentités du chapitre des troubles mentaux dans la CIM-11 (1).

Avant 2007, année de publication de la loi belge « *relative à la transsexualité* », les personnes transgenres n'étaient pas légalement reconnues et n'avaient aucun droit (19). Or, cette législation violait sérieusement les droits humains des personnes trans* en conditionnant, par exemple, la modification de l'état civil à une procédure médicale impliquant la stérilisation. Depuis lors, la Belgique a fait des progrès significatifs dans la protection des droits des

personnes transgenres, notamment en facilitant le processus de changement d'identité légale et en renforçant la lutte contre la discrimination (20,21). Les réformes législatives et les plans d'action adoptés ces dernières années montrent une évolution vers une société plus inclusive et respectueuse des droits des personnes transgenres.

La transidentité... Un diagnostic à poser ?

Ces avancées vers la dépathologisation progressive des transidentités a permis d'éliminer l'exigence de diagnostic. En Belgique, un certificat psychiatrique de « dysphorie/d'incongruence de genre » n'est plus applicable à l'accès des soins médicaux transspécifiques. Grâce au droit à l'autodétermination et à la notion de consentement éclairé, chaque individu est désormais libre de se définir selon sa propre identité de genre, et continue à avoir le droit de disposer de son corps (22).

Quelle place pour la/le médecin généraliste ?

Les recommandations dans la littérature se rejoignent pour dire que les médecins traitant·e·s jouent un rôle clé dans la prise en charge des personnes trans* (1,4,7,23). Les généralistes devraient être en mesure de gérer la santé globale de leurs patient·e·s et donc de prodiguer des soins tant généraux que spécifiques. Cela inclut d'offrir un accueil respectueux et adapté, fournir des conseils et des informations, et, dans certains cas, de prescrire et suivre un traitement hormonal (1,7,24). « *La thérapie hormonale affirmante du genre peut être gérée par des prestataires de soins primaires possédant la formation et les compétences appropriées en matière de santé des personnes transgenres, en particulier lorsque l'accès à des prestataires plus spécialisés n'est pas facilement disponible.* » selon l'article « *Health Care for Transgender Men* » sur Dynamed (25).

Si le/la médecin se sent démuni·e, iel doit alors être capable de référer de manière appropriée vers d'autres professionnel·le·s de la santé compétent·e·s, comme, par exemple, ceux du Réseau psycho-médico-social Trans* et Inter* belge (Section 3.1.2) (1,22).

Quels obstacles aux soins ?

Cette prise en charge adéquate et non « médicalisante » n'est pas encore celle qui est généralement proposée aux personnes trans* (22). En effet, celles-ci rapportent fréquemment des expériences négatives avec les professionnel·le·s de la santé, ce qui les pousse à cacher leur identité de genre, voire à éviter de consulter (26). Il existe un lien significatif entre les

expériences discriminatoires et la santé générale des patient·e·s transgenres : plus ces expériences négatives sont nombreuses, moins les individus sont en bonne santé générale (17). Plusieurs obstacles entravent l'accès à des soins de qualité, notamment l'absence ou la méconnaissance des prestataires sur le sujet, la discrimination et la transphobie, mais aussi les barrières liées aux politiques d'assurance et le manque de services de prévention appropriés (13,22,27).

L'éducation face aux obstacles

Pour réduire les barrières aux soins de qualité et donc améliorer la santé des personnes trans*, l'éducation et la formation des professionnel·le·s à l'accueil et à la prise en charge de cette population sont donc primordiales (28).

3.1.2 Accueil

Pour accueillir et prendre en charge de manière adéquate une personne transgenre, il est crucial de comprendre qu'il n'existe pas de parcours de transition unique. Une transition peut inclure divers aspects : sociaux, médicaux, chirurgicaux, administratifs et juridiques. Toutefois, aucun de ces aspects n'est obligatoire et il n'y a pas d'ordre spécifique à suivre. Chaque personne a des besoins uniques qui doivent être pris en compte (6,29).

Les bases d'un accueil inclusif : (1,7,8,25,29)

En salle d'attente :

- Placer des affiches de type « LGBTQIA+ bienvenu·e·s ».
- Appeler les patient·e·s en évitant d'utiliser les titres « Madame » et « Monsieur ».
- Désigner les patient·e·s en utilisant le nom de famille plutôt que le prénom.

En consultation :

- Accueillir les personnes transgenres avec respect, bienveillance et empathie.
- Au premier rendez-vous, demander aux patient·e·s leurs prénoms et pronoms de choix. Les consigner dans leurs dossiers personnels et les utiliser strictement pendant le suivi médical afin d'éviter le mégenrage et toute utilisation du prénom de naissance.
- Utiliser un langage respectueux, non-discriminant et non-pathologisant. Par exemple, éviter les termes « transsexuel » et « dysphorie de genre » qui se réfèrent au langage psychiatrique.

- Éviter les questions indiscrètes et/ou intrusives non nécessaires.
- Prendre en considération les vulnérabilités dûes à la stigmatisation et la discrimination.

À l'issue du premier contact, si la personne souhaite entamer une transition médicale, la prise en charge se doit d'être multidisciplinaire. Pour garantir que les patient·e·s reçoivent toutes les informations nécessaires et puissent faire un choix éclairé, les médecins ont la possibilité de les orienter vers le Réseau Psycho-médico-social Trans* et Inter* belge, créé par Genres Pluriels (1,22). Ce réseau est le seul en Belgique à proposer une alternative à la psychiatisation des transidentités et regroupe des professionnel·le·s des secteurs psycho-médico-sociaux formé·e·s à l'accueil spécifique des personnes transgenres et/ou intersexuées. Lors d'un entretien organisé par ce réseau, le/la patient·e reçoit des informations complètes sur la transition médicale, ainsi qu'une évaluation holistique de sa situation psycho-sociale. Ensuite, une feuille de liaison attestant de la capacité de la personne à faire un choix éclairé est utilisée pour la diriger vers les soins de deuxième ligne, généralement auprès d'un·e généraliste / chirurgien·ne / psychiatre / psychothérapeute / logopède / sexologue / etc., spécifiquement formé·e (1,22).

3.1.3 Transition médicale

La place de la transition médicale est variable d'une personne à l'autre. Le but d'un traitement hormonal (TH) est d'atteindre le point de confort de la personne, il faut donc adapter le traitement à la demande (6,30). Les TH pour les personnes transgenres sont documentés et appuyés par des preuves solides. Les données actuelles montrent qu'ils sont sûrs à long terme, n'augmentant ni la morbidité ni la mortalité, sous réserve d'un suivi médical approprié. En particulier, ces traitements ne sont pas associés à un risque accru de cancer (7,23).

Bilan de base à réaliser avant l'initiation d'un TH : (30)

- **Anamnèse** : Antécédents personnels médicaux et chirurgicaux, traitements chroniques, consommations, situation sociale, familiale, professionnelle, soutien de l'entourage, antécédents familiaux (cardiovasculaires, cancers)
- **Examen clinique** : poids, taille, BMI, TA
- **Prise de sang** : hématologie, glycémie, lipides, enzymologie hépatique, fonction rénale, fonction thyroïdienne, hormones sexuelles (testostérone, testostérone libre, œstrogènes, FSH, LH), prolactine, dépistage IST

Aussi, même si des informations complètes sont données lors de la consultation de 1^{ère} ligne psycho-sociale au sein du Réseau PMS T*/I* belge, il reste crucial d'aborder la fertilité avec les patient·e·s avant de débiter tout traitement hormonal (23,30).

3.1.3.1 Traitement hormonal masculinisant

En Belgique, l'hormone la plus utilisée est de la testostérone sous forme injectable : le *Sustanon*®. Les injections sont administrées par voie intramusculaire, soit dans la fesse, soit dans la cuisse. Le rythme d'injection est généralement d'une fois toutes les 2 à 4 semaines, avec une dose variant de 0,5 à 1 ampoule de 1 ml en fonction du BMI et de la demande (30). Il est déconseillé de commencer directement par une ampoule entière. Bien que d'autres modes d'administration comme la voie transdermique ou orale soient disponibles en Belgique, ils sont moins voire peu recommandés (6,15).

Les contre-indications absolues au traitement par testostérone incluent la grossesse et l'allaitement, un cancer du sein sensible aux androgènes, une cardiopathie coronarienne non contrôlée, ou un cancer actif de l'endomètre (6).

Effets de la testostérone : (6,7,30)

Tableau 2 : Effets de la testostérone

Effets réversibles	Effets irréversibles
Corporels/cliniques : - Développement de la musculature - Répartition des graisses - Arrêt des cycles menstruels - Diminution des ovulations (sans d'effet contraceptif certain) - Peau : acné, majoration de la transpiration - Augmentation de la libido - Augmentation de la tension artérielle Biologiques : - Augmentation des globules rouges - Augmentation du taux de cholestérol - Majoration enzymologie hépatique (transitoire)	- Mue de la voix - Augmentation de la pilosité (faciale et corporelle) - Élargissement du clitoris - Implantation masculine des cheveux (parfois calvitie androgénique)

Le suivi doit être à la fois clinique et biologique, avec une attention particulière portée aux effets mentionnés dans le tableau 2. Au cours de la première année, il est recommandé de consulter tous les trois mois ; par la suite, une à deux consultations annuelles suffisent (23,25). Le suivi biologique d'un TH masculinisant inclut : hémocrite et globules rouges, urée et électrolytes, enzymes hépatiques, profil lipidique, Hb1Ac, testostérone, œstradiol et

prolactine (7). Le dosage cible de testostérone se situe entre 400 et 800ng/dL, pour atteindre les taux physiologiques mâles (15,30).

3.1.3.2 Traitement hormonal féminisant

Les œstrogènes constituent la base du traitement hormonal féminisant. La molécule comportant le moins de risque d'effets indésirables est le 17-bêta-oestradiol, administré par voie transdermique (gel ou patch) (31). Pour l'*Oestrogel*®, le plus utilisé, le dosage initial est de 1.25mg (= une dose pression) par jour, à adapter ensuite selon la tolérance et le point de confort de la personne (6,8,30).

Les contre-indications à un traitement par œstrogènes incluent : des antécédents de néoplasme sensible aux œstrogènes, des événements thrombotiques veineux liés à un trouble de la coagulation, une maladie hépatique chronique en phase terminale, ainsi que l'obésité et le tabagisme (contre-indications relatives) (31,32).

Les risques thromboemboliques associés aux œstrogènes sont similaires à ceux observés chez les personnes cisgenres mais doivent tout de même être pris en considération (32). En outre, les rares études réalisées dans ce domaine ne montrent pas d'augmentation du risque thromboembolique avec l'administration d'*Oestrogel*® (8).

Effets des œstrogènes : (7,8,23,30)

Tableau 3: Effets des œstrogènes

Effets réversibles	Effets irréversibles
Corporels/cliniques : - Diminution de la musculature - Répartition des graisses - Peau : diminution de la transpiration - Diminution de la tension artérielle Biologiques : - Majoration des triglycérides - Augmentation de la prolactine	- Développement des seins - Élargissement des aréoles - Vergetures (parfois)

Le TH initial à base d'œstrogènes peut être complété par d'autres molécules selon les besoins et/ou demandes. Par exemple, la progestérone peut potentialiser les effets de ceux-ci mais elle est controversée, peu étudiée et donc peu utilisée (30). Il existe également des anti-androgènes comme la spironolactone, le finastéride et l'acétate de cyprotérone (*Androcur*®). L'utilisation de cette dernière molécule est également très controversée en raison de ses

nombreux effets secondaires, de ses risques d'hépatotoxicité et de méningiome à long terme (6,8,30,32).

Le suivi d'un traitement hormonal féminisant comprend un examen clinique ainsi que des analyses biologiques, effectués à la même fréquence que pour le traitement hormonal masculinisant (17). Les paramètres biologiques à surveiller sont : la testostérone (pour atteindre les taux femelles), l'œstradiol (qui doit rester inférieur à 200 pg/ml), la prolactine, le profil lipidique et le potassium (en cas de prise de spironolactone) (8,30).

3.1.4 Transition chirurgicale

Contrairement aux idées reçues, toutes les personnes transgenres ne souhaitent pas entreprendre de transition chirurgicale. En réalité, la chirurgie n'est ni nécessaire ni obligatoire pour se sentir en adéquation avec son identité de genre-s (6). De plus, étant donné l'irréversibilité de nombreuses interventions, il est essentiel de fournir des informations détaillées à celles et ceux qui envisagent la chirurgie (1,8).

Tableau 4: Chirurgies masculinisantes et féminisantes

Chirurgies masculinisantes (1,6,7)	Chirurgies féminisantes (1,6,7)
Chirurgies faciales - Plastie du front, implants de pommettes, rhinoplastie, génioplastie (chirurgie du menton)	Chirurgies faciales - Chirurgie maxillofaciale : réduction des bosses frontales et des arcades orbitaires, rhinoplastie, génioplastie - Réduction de la Pomme d'Adam
Chirurgies du torse - Torsoplastie	Chirurgies de la poitrine - Mammoplastie
Chirurgies génitales - Phalloplastie : néopénis grâce à un lambeau de peau prélevé sur une autre zone - Métoïdioplastie : alternative moins onéreuse et moins invasive à la phalloplastie associée à moins de risque de perte de sensibilité nerveuse, néopénis à partir du clitoris - Hystérectomie	Chirurgies génitales - Orchidectomie - Vulvoplastie - Vaginoplastie

3.1.5 Prévention

La prise en charge des personnes transgenres est similaire à celle des personnes cisgenres, mais avec certaines spécificités à prendre en compte. Il est crucial de reconnaître que la stigmatisation historique et la discrimination affectent la santé de cette population (25).

Santé mentale

Les personnes transgenres présentent un risque accru de consommation de substances addictives, de dépression, d'anxiété et d'idées suicidaires (8,24). Cependant, il est important de noter que les pathologies mentales et la souffrance ne sont pas systématiques (3). La prévention est alors essentielle et doit être adaptée aux besoins individuels. Si un accompagnement psychologique est nécessaire et demandé par la personne, il s'agit de traiter les problèmes liés à la perception de la société, et non la transidentité en elle-même (29).

Dépistages de cancers

Quel que soit le stade de transition, il est essentiel d'inclure les personnes transgenres dans les programmes nationaux de dépistage. Le principe fondamental est de cibler spécifiquement l'organe à dépister, indépendamment de l'identité de genre (7,24,31).

Sexualité

Comme pour la population générale, discuter de la sexualité des personnes transgenres est primordial pour recueillir leur ressenti et évaluer les risques éventuels liés à leurs pratiques. Bien que les recommandations de dépistage des IST soient semblables à celles de la population générale, il est essentiel de noter que les personnes transgenres sont plus susceptibles de contracter ces infections. Ce phénomène est en partie attribué au manque d'information accessible pour cette population ainsi qu'à son exclusion sociale, économique et juridique (33). Tout en reconnaissant l'importance de ces discussions, il est primordial de respecter l'intimité et la confidentialité de la vie sexuelle en les abordant uniquement dans un contexte médical approprié.

3.2 Résultats de l'étude qualitative

3.2.1 Caractéristiques socio-démographiques

Les données socio-démographiques de l'échantillon sont reprises dans le Tableau 5. Une carte représentant la répartition géographique des participant·e·s de l'étude en Belgique francophone est disponible en annexe (annexe 4).

Tableau 5: Caractéristiques socio-démographiques des participant·e·s

Médecins	Genre Pronom(s)	Âge	Lieu de pratique	Type de pratique
Médecin 1 (Assistante)	Femme « Elle »	27 ans	Milieu semi-rural	MM au forfait
Médecin 2 (Assistante)	Femme « Elle »	26 ans	Milieu rural	MM à l'acte
Médecin 3	Femme « Elle »	44 ans	Milieu urbain	MM au forfait
Médecin 4	Femme « Elle »	28 ans	Milieu semi-rural	Association de médecins
Médecin 5 (Assistant)	Homme « Il »	28 ans	Milieu urbain	MM à l'acte
Médecin 6 (Assistante)	Femme « Elle »	28 ans	Milieu urbain	MM au forfait
Médecin 7	Homme « Il »	29 ans	Milieu semi-rural	Association de médecins
Médecin 8	Homme « Il »	48 ans	Milieu rural	Solo
Médecin 9	Homme « Il »	42 ans	Milieu semi-rural	MM à l'acte
Médecin 10	Femme « Elle »	30 ans	Milieu urbain	MM au forfait

3.2.2 Principaux résultats

3.2.2.1 Connaissances générales des médecins généralistes

Terminologies

Cinq médecins interrogé·e·s sur dix répondent correctement à la question « Qu'est-ce qu'une personne transgenre ? » et peuvent distinguer le sexe du genre. Cependant, certain·e·s ne comprennent pas bien cette distinction et tendent à réduire la transidentité à un simple désir de changer de sexe.

Médecin 2 : « *Pour moi, une transidentité, c'est une personne qui est née avec un sexe masculin ou féminin et qui ressent le besoin de changer de sexe.* » ... « *Alors.. genre et sexe... Pour moi, il n'y a pas de subtilité entre les deux.* »

Médecin 3 : « *C'est vouloir changer de genre et changer de sexe.* »

Visibilité des personnes transgenres en Belgique

Tou·te·s les médecins interrogé·e·s expriment des doutes quant à la proportion des transidentités en Belgique. Deux estiment que le nombre de personnes concernées dans la population générale est **très faible**. A contrario, deux autres médecins l'évaluent assez **élevé**.

Médecin 7 : « *Je ne sais pas. On a une patientèle de trois milles patients et on en a juste un seul. Donc un sur trois mille...* »

Médecin 4 : « *Je dirais 15% de la population ? 15 à 20% ...* »

Toutefois, 4 des 10 interviewé·e·s s'accordent à dire qu'il y a probablement **plus de personnes transgenres que l'on ne le pense**. Certain·e·s mentionnent que celles-ci pourraient craindre de révéler leur identité de genre en raison du **tabou** persistant dans la société.

Médecin 1 : « *Je dirais qu'il y en a plus que l'on pense, que ce n'est pas encore assez bien intégré dans la société.* »

Médecin 2 : « *... un peu biaisée par le fait que c'est encore un sujet peut-être tabou dans la société et que certains n'osent pas dire qu'ils ont envie de changer, même s'ils le pensent.* »

Vision de la santé des personnes trans*

Tou·te·s les répondant·e·s estiment que la santé générale des personnes transgenres est **moins bonne** que celle de la population générale. La **santé mentale** est un sujet majeur dans les réponses des médecins : 7 sur 10 l'abordent directement et la jugent probablement moins bonne que celle des personnes cisgenres. Trois médecins soulignent que ces patient·e·s sont peut-être moins bien pris·es en charge, et donc en moins bonne santé, en raison de la **discrimination**, de la peur de se confier ou de la difficulté à trouver un environnement de confiance.

Médecin 9 : « *... j'imagine qu'il doit y avoir potentiellement une somatisation et une santé un peu plus précaire ? En tout cas psychologiquement, plus de complications et difficultés*

rencontrées, de stigmatisation. Oui, si je dois l'évaluer, la santé psy doit être moins bonne que celle d'une personne cisgenre. »

Un médecin met également en avant le manque de disponibilité ou de remboursement de certains traitements, ce qui peut également impacter la santé générale.

Ressenti personnel face à la patientèle transgenre

Tou·te·s les médecins affirment être **ouvert·e·s** à cette patientèle et prêt·e·s à offrir une écoute sans jugement. Deux d'entre eux admettent toutefois avoir **quelques préjugés**, mais s'efforcent de ne pas les montrer et de ne faire aucune distinction avec les autres patient·e·s.

Médecin 9 : *« Probablement que mon éducation judéo-chrétienne et médicale classique (...) me fait avoir des... comment dirais-je... je ne vais pas dire des freins mais heu... comme si (...) C'est vrai qu'instinctivement j'ai toujours l'impression que : 'ben non, ils doivent se tromper'... L'impression parfois que ça cache autre-chose et que le message est ailleurs et que c'est juste un malaise, un mal-être. »*

3.2.2.2 Connaissances médicales des médecins généralistes

Accueil

À leur connaissance, les praticien·ne·s ont **très peu de contacts** avec les personnes trans* dans leur pratique. Neuf sur dix ont entre 0 et 2 patient·e·s transgenres au sein de leur patientèle.

Difficultés ressenties

Lorsqu'il s'agit de les accueillir, la moitié des médecins se sent **démunie et peu à l'aise**. Le malaise exprimé par les répondant·e·s est principalement dû à un **manque d'expérience**, de **connaissances** et à la **peur** de commettre des **erreurs**.

Médecin 1 : *« Parfois, en voulant faire bien, on fait pire que mieux (...) il faudrait que j'aie, soit plus d'expérience ou que je continue à me former peut-être pour me sentir vraiment à l'aise. »*

Médecin 3 : *« En fait, je manque de formation donc pour l'instant je suis un peu gênée car il faut s'y connaître... »*

Médecin 10 : *« (...) j'ai peur de me tromper, de mégenrer la personne... Il y a des questions que je n'ose pas poser, alors que ce serait essentiel pour le suivi, parce que j'ai peur d'offenser la*

personne ou que ce ne soit pas vraiment utile ou autre. (...) Même si j'ai l'habitude, je suis quand même toujours super stressée, je n'arrive pas à ce que ce soit fluide... »

Bases d'un accueil inclusif

Cinq médecins sur dix évoquent des **procédés d'accueil inclusif**, tels que l'utilisation du nom de famille (avec ou sans le prénom) en évitant les termes « Monsieur/Madame » et l'emploi du pronom choisi par la personne. Certain·e·s appliquent ces pratiques quotidiennement, d'autres les trouvent plus difficiles à mettre en œuvre.

Médecin 5 : *« ... je ne pose pas la question systématiquement même si je sais que je pourrais le faire avec tout le monde mais, je ne demande pas avec quels pronoms et comment ils voudraient que je m'adresse à eux. Ça, je ne le fais pas mais... c'est peut-être en chemin, peut-être que je le ferai d'ici un petit moment mais il y a plusieurs choses sur le feu. »*

Médecin 6 : *« ... je dis rarement 'monsieur madame' en général ... heu... si, en fait si... (rires) je ne fais pas attention... Mais en général, je regarde le sexe qui est déterminé sur ma fiche. (...) C'est peut-être une erreur de ma part... »*

Pour un accueil optimal, les autres médecins disent suivre leur **instinct** et traiter les personnes trans* comme les autres, en leur offrant une **écoute active, empathique et un soutien**.

Médecin 2 : *« Je ne pense pas qu'il y ait de techniques particulières, c'est l'instinct... C'est, je pense, une écoute empathique, comme ça s'applique un peu à toute la médecine générale. »*

Médecin 8 : *« Je fais comme avec les autres patients et ça se passe bien comme ça. »*

Formation à l'accueil

Parmi les médecins interrogé·e·s, cinq ont suivi une **formation sur l'accueil** des personnes transgenres. Pour quatre d'entre eux/elles, cette formation était proposée en tant que **cours optionnel** durant leur assistantat en médecine générale et dispensée par l'ASBL Genres Pluriels. Pour la cinquième médecin, le sujet a été abordé dans son **cours de psychiatrie** durant son cursus universitaire, et elle a également reçu une courte formation durant son assistantat, donnée par un généraliste spécialisé sur le sujet.

Transition médicale

Presque tou·te·s les médecins affirment n'avoir **aucune connaissance** des traitements hormonaux. Quelques-un·e·s peuvent citer approximativement certaines molécules utilisées comme la testostérone et les œstrogènes, mais sans plus de détails.

Médecin 8 : « *Alors, je n'en ai pas du tout ! (rires). J'ai simplement appliqué les recommandations de l'endocrinologue.* »

Initiation d'un traitement hormonal

N'ayant pas suivi de formation sur les TH, 9 médecins sur 10 se sentent **incapables d'initier** un tel traitement et préfèrent donc référer les patient·e·s. Cependant, 6 d'entre eux/elles estiment qu'un·e MT peut tout à fait jouer le **rôle de prescripteur·rice**, à condition d'être bien formé·e et à l'aise avec la procédure.

Médecin 7 : « *... si quelqu'un est bien formé dans des structures, qu'il a un réseau bien développé, il n'y a pas de raison que ce soit le généraliste ou l'endocrino ou le gynéco. (...) Evidemment, il faut être humble là-dedans et connaître son cadre de fonctionnement. (...) La médecine générale évolue vers une micro-spécialité...* »

Médecin 9 : « *Je me sens mal formé et je ne l'ai jamais fait, d'initier de moi-même. Je trouve que c'est quelque chose de tellement spécifique, de spécialisé que j'attendrais qu'un endocrinologue initie (...) Donc j'étais le bras armé mais pas du tout la tête pensante.* »

La seule médecin formée aux TH estime qu'il est préférable que ce soit le/la MT qui initie le traitement, car iel est mieux placé·e pour connaître ses patient·e·s dans leur globalité et établir un lien de confiance.

Référer, mais vers qui ?

Presque tou·te·s les médecins évoquent la **nécessité de référer** en raison de leur manque de compétence. Cependant, à la question « vers qui référeriez-vous ? », très peu donnent une réponse concrète. Quelques-un·e·s mentionnent **Genres Pluriels** sans vraiment savoir quelle prise en charge offre l'ASBL ni comment celle-ci fonctionne ; d'autres évoquent les **endocrinologues de Liège** de manière vague et peu détaillée.

Médecin 7 : « *En fait non... je dis que je référerais mais je ne sais même pas chez qui...* »

Médecin 8 : « *... je n'avais pas les réponses toutes faites, je ne savais pas vers qui l'orienter.* »

Suivi d'un traitement hormonal

Concernant le suivi d'un TH, toutes les personnes interrogées estiment que les médecins traitant·e·s jouent un **rôle crucial**. Elles soulignent l'importance de la relation de confiance établie avec les patient·e·s et l'avantage de les connaître dans leur globalité avec leur histoire, leur environnement social, etc.

Médecin 2 : « (...) il a un rôle dans le suivi qui est super important. Il y a une relation de confiance aussi avec le médecin généraliste qui parfois n'est pas présente avec les spécialistes. Donc je pense que l'on arrive à parler de choses parfois un peu plus taboues. »

Médecin 3 : « Il a un rôle important, oui. Surveiller les facteurs de risques, voir si les patients connaissent bien les effets secondaires, ajuster le traitement, ... »

Cependant, une fois de plus, beaucoup se sentent démuni·e·s et peu capables en raison du manque d'informations et de connaissances. Six médecins soulignent donc l'importance de **collaborer** avec des spécialistes. Iels sont prêt·e·s à assurer un suivi à condition d'être encadré·e·s, guidé·e·s et de pouvoir bénéficier d'un soutien si nécessaire, par téléphone par exemple.

Médecin 4 : « Si par contre, il n'y a pas de document, (...) il n'y a pas de communication entre les deux et que je ne sais pas ce que je dois faire.... Je vois le patient, pas de souci, mais pour être à l'aise, je téléphonerais peut-être au médecin référent pour pouvoir faire les choses correctement. »

Médecin 9 : « Au niveau biologique, maintenant je pense qu'on pourrait. Mais j'ai l'impression qu'on ne fait bien que ce que l'on fait souvent et, il faut être honnête, on en voit relativement peu et je me sens mal formé du coup, donc si vraiment il y avait eu un souci, j'aurais pris mon téléphone pour sonner à son endocrinologue. »

Transition chirurgicale

Les médecins attestent n'avoir presque **aucune connaissance** des procédures chirurgicales pouvant être réalisées lors d'une transition.

Quel rôle pour le/la médecin traitant·e ?

Quatre médecins sur dix estiment que le rôle des MT est d'**informer** sur les procédures chirurgicales et leurs implications. Pour les six autres, le discours est plus nuancé : iels

soulignent plutôt un rôle de sensibilisation à l'**existence** de ces procédures, d'**écoute** sans jugement et surtout de **réorientation** vers des spécialistes compétent·e·s.

Médecin 4 : « *Dire que ça existe, orienter vers les centres qui le font, leur faire un petit courrier expliquant les choses, aider le patient dans sa démarche pour trouver les bonnes personnes et le bon endroit où il se sentira bien entouré.* »

Médecin 7 : « *... important d'avoir un comportement non jugeant (...) Après, il y a un rôle de réorientation, ça, c'est essentiel je pense.* »

Médecin 8 : « *Donc, que l'on ait un rôle d'accueil, d'écoute, de réassurance, de réinterprétation du discours des spécialistes par exemple, ça, ça peut vraiment être très utile. (...) intéressant pour eux de pouvoir revenir et rediscuter et que l'on décortique les propositions du spécialiste. Ça, c'est le job du médecin traitant.* »

Encore une fois, les personnes interrogées reviennent sur la nécessité de **référer**, mais la question "**vers qui ?**" reste persistante. Plusieurs ne savent pas vers qui orienter leurs patient·e·s. Deux médecins mentionnent cependant l'ASBL Genres Pluriels. Un médecin connaît le nom d'un chirurgien à Gand.

Médecin 7 : « *Je ne sais même pas concrètement quel spécialiste fait ça ? Est-ce un urologue ? Est-ce un gynéco ? Est-ce un chirurgien plastique ou esthétique ? Je n'en sais rien en fait.* »

Place de la chirurgie pour les personnes trans*

Tou·te·s soutiennent que la chirurgie n'est **pas obligatoire**. Pour trois médecins, elle occupe malgré tout une place centrale dans le parcours des personnes en transition, symbolisant souvent « **l'étape finale** ».

Médecin 7 : « *Dame Nature nous a donné ce truc-là et on change ce que Dame Nature nous a donné, c'est un peu la médaille d'or aux jeux olympiques.* »

Médecin 9 : « *C'est toute une gradation et la chirurgie est un peu pour moi, je ne vais pas dire « finale » mais une des dernières étapes. Et je pense que oui, symboliquement, c'est hyper important. (...) un peu le graal j'ai l'impression.* »

Pour les autres, la chirurgie est vue comme une **démarche personnelle** et non comme un objectif en soi, occupant une place moins centrale que souvent supposée.

Médecin 4 : « Certains ont besoin de cette opération pour se sentir pleinement eux-mêmes et d'autres n'en ont pas besoin. Chacun met le curseur où il le sent dans son changement, il n'y a aucune obligation, c'est vraiment en fonction de son ressenti. »

Santé globale et prévention

À la question « Voyez-vous d'autres questions de santé spécifiques à aborder avec une personne transgenre en consultation ? », sept médecins mentionnent la **santé sexuelle**, en mettant particulièrement l'accent sur le **risque d'IST**. Cependant, deux d'entre eux hésitent à aborder ce sujet de peur de catégoriser leurs patient·e·s ou de les mettre mal à l'aise, craignant que cela puisse être perçu comme intrusif ou voyeuriste.

Médecin 1 : « Je ne parlerais pas des infections sexuellement transmissibles car ça fait très cliché je trouve, donc je dirais non. (...) J'aurais peur de catégoriser la personne. »

La moitié des médecins aborde également la **santé mentale**, parmi lesquelles trois se concentrent exclusivement sur celle-ci dans leurs réponses. Plusieurs ont connaissance de la **stigmatisation** vécue par les personnes trans* et des disparités en matière de santé psychologique qui en résultent. Il est dès lors primordial de faire preuve de vigilance quant au **soutien de l'entourage** et d'évaluer les **comportements à risque**, y compris la consommation de **psychotropes**. D'autres médecins évoquent aussi l'**anxiété** liée à la transition et la notion de gros changements incluant le deuil d'une « ancienne vie ».

Médecin 2 : « Alors, c'est peut-être un peu dommage ce que je vais dire, mais j'aurais plus tendance à me focaliser sur la santé psychologique et essayer de comprendre pourquoi ils veulent changer parce qu'il y a une cause en particulier. (...) J'aimerais bien changer ma manière de penser, dans le sens où quelqu'un qui change de sexe est forcément malheureux ou déprimé, ou qui ne s'aime pas. »

Médecin 3 : « Heu.. Je pense qu'il peut y avoir une stigmatisation de ces personnes au niveau social, donc être vigilant à ça, s'assurer qu'ils sont bien entourés, etc.. »

Médecin 4 : « Souvent des soucis au niveau mental, des choses comme ça, avec de l'anxiété, car il y a (...) des annonces à faire, des coming-out à faire, ... Je ressens donc beaucoup de stress dans ces cas-là. Après, une fois que c'est fait, c'est souvent apaisé. »

D'autres sujets sont amenés par différentes personnes : les **dépistages des cancers** selon le sexe biologique, la **contraception**, la **procréation** et les **problèmes post-opératoires** des chirurgies de transition.

3.2.2.3 Freins à la prise en charge

Tout au long des interviews, les médecins abordent différents freins et difficultés auxquels iels font face dans leur pratique.

Premièrement, le frein le plus souvent évoqué par les répondant-e-s est le **manque de connaissance**. En effet, beaucoup de médecins ne sont pas informé-e-s sur ce sujet spécifique et ignorent donc comment aborder et prendre en charge les personnes transgenres. Par exemple, une médecin souligne qu'elle ne sait pas quels traitements prescrire ni quels effets secondaires surveiller.

Médecin 1 : *« C'est une chose de savoir qu'ils se sentent comme ça mais il faut aussi savoir comment les aider et les accompagner à faire leur transition. »*

Médecin 4 : *« ... on ne sait parler bien que de ce que l'on connaît. Sans ça, on peut faire des erreurs, avoir un discours qui n'est pas forcément correct et causer de la confusion chez les gens. »*

En plus d'entraver la prise en charge, cette méconnaissance peut également engendrer un malaise ou une certaine frustration chez les MT lorsqu'ils se retrouvent face à des patient-e-s qui en savent plus qu'eux sur le sujet.

Médecin 10 : *« ... souvent j'ai des personnes en face de moi qui savent mieux que moi (...) j'ai toujours l'impression d'être nulle... »*

Dans la même idée, sept médecins sur dix mentionnent un **manque de formation**. L'absence de réelle filière formatrice est mise en avant comme un frein majeur à la prise en charge appropriée de la patientèle trans*. En effet, 9 médecins sur 10 affirment ne pas avoir eu de cours sur le sujet durant leur parcours universitaire et beaucoup n'ont pas connaissance des formations proposées en dehors du cursus de base.

Médecin 4 : *« Le manque de formation, c'est clair. Nous n'avons aucun cours dans le cursus classique (...) donc il y a des médecins qui n'ont jamais entendu parler de ces choses-là. »*

Médecin 7 : « *C'est le manque de formation, donc en fait les gens ne savent pas où ni comment ils peuvent se former si ça les intéresse. »*

Ensuite, la moitié des médecins pensent que les **freins culturels** peuvent entraver une bonne prise en charge des personnes trans*. Ils soulignent les **croyances personnelles**, le manque de **tolérance**, voire la **transphobie** de certain·e·s praticien·ne·s. Deux d'entre eux mentionnent spécifiquement que le manque d'ouverture d'esprit en **milieu rural** peut également impacter la prise en charge de ces personnes, les amenant à « se cacher ».

Médecin 2 : « *Une chose qui est compliquée à gérer pour les médecins généralistes est déjà d'accepter d'avoir ce genre de personnes dans sa patientèle. Il faut avoir l'ouverture d'esprit...* »

Médecin 9 : « *Cette possibilité, elle est nouvelle, donc je pense aussi qu'il y a un frein probablement culturel comme on peut avoir un frein à l'euthanasie ou pour les PMA. »*

Une autre difficulté vécue par plusieurs médecins est de **ne pas savoir où réorienter** les patient·e·s. Il existe un manque de connaissance des structures médicales et associatives existantes vers lesquelles référer les patient·e·s. Pour les MT qui connaissent certaines de ces structures, d'autres défis incluent les **longs délais** pour obtenir un rendez-vous et les **distances** parfois considérables à parcourir, particulièrement pour les personnes vivant en **zone rurale**.

Médecin 2 : « *Je n'ai pas du tout été formée, je ne connais rien, je ne sais pas vers qui référer en plus. Donc ma connaissance est nulle ! »*

Médecin 4 : « *Dans les petites villes comme chez nous, il n'y a pas grand-chose pour aider. (...) Les gens sont parfois obligés de bouger loin... »*

Pour 4 médecins sur 10, **la peur de mal faire** constitue une difficulté majeure dans les soins. Les MT craignent de ne pas adopter un comportement approprié et d'offusquer les patient·e·s. Plusieurs considèrent le sujet comme tabou et n'osent pas poser certaines questions par crainte qu'elles ne soient perçues comme intrusives. De plus, la méconnaissance des molécules utilisées et de leurs effets secondaires alimente la peur de commettre des erreurs médicales.

Médecin 1 : « *Et ensuite, en le sachant, ce serait d'avoir le bon comportement pour qu'il se sente à l'aise et pas jugé. »*

Médecin 7 : « *Une peur des médecins à affronter ça car, mine de rien, on en parle un peu dans la presse, dans les réseaux, etc. mais je pense que c'est quand même une épreuve pour laquelle on n'est pas amenés à vivre ça tous les jours.* »

De plus, selon deux médecins, **ignorer** que la personne en face de nous est transgenre constitue également un obstacle à une prise en charge adéquate.

Médecin 5 : « *La difficulté de ne pas le savoir en fait. Si l'on ne le sait pas, la prise en charge est bien moins bonne.* »

Quelques médecins déplorent également un **manque de soutien et de retour de la part des spécialistes** et évoquent également certaines difficultés rencontrées dans les contacts avec les structures associatives, et ce, en raison de leur surcharge de travail.

Médecin 3 : « *Nous n'avons pas de 'répondant' au niveau des spécialistes. Personnellement, (...) j'avais essayé d'avoir les informations, mais je n'ai rien pu obtenir, on m'a même un peu remballée.* »

Médecin 10 : « *Genres Pluriels, c'est chouette mais comme ce sont les seuls sur la Belgique (...) ils sont tout le temps full (...) et c'est dommage parce que même si on a une question, c'est difficile.* »

Enfin, deux autres obstacles sont mentionnés : le **manque de temps** et le **manque d'intérêt personnel** pour le sujet. Des médecins évoquent que chacun-e a des thématiques qui les intéressent moins ou par lesquelles iel ne se sent pas trop concerné-e. Dès lors, ces dernier-e-s ne prendraient peut-être pas le temps de s'informer ou de se former.

Médecin 9 : « *Ce qui est horrible c'est que, si ça [une formation] existait, je ne pense pas que je me formerais parce que je pense que l'on doit rester médecin généraliste et aussi probablement par manque de temps* »

Médecin 10 : « *Et le temps de se former aussi. Et puis l'envie, parce qu'il y a des personnes qui n'ont pas envie.* »

3.2.2.4 Pistes d'amélioration

Pour tou-te-s les médecins interrogé-e-s, l'amélioration de la prise en charge des personnes transgenres passe avant tout par la **formation**. La quasi-totalité estime qu'il serait nécessaire

d'intégrer un **cours** sur ce sujet **dans le programme universitaire**. Qualifiant parfois cette formation d'initiation ou de sensibilisation, iels estiment que sa durée devrait se situer entre une et quelques heures. Brève mais centrée sur les bases essentielles. En effet, la plupart des médecins considèrent que le cours devrait inclure les définitions et terminologies spécifiques, les principes de l'accueil et de la communication et les points médicaux et psychosociaux auxquels être attentif·ve. D'autres MT suggèrent également d'y ajouter des informations sur les traitements hormonaux et les chirurgies disponibles ainsi que sur les examens de santé à réaliser en premier plan. Ce qui revient chez la totalité des médecins est l'importance d'être informé·e·s des points-relais vers lesquels référer les patient·e·s. A savoir, les différentes associations, les centres spécialisés, les spécialistes médicaux (chirurgiens, endocrinologues, psychologues, ...).

Médecin 1 : *« En fait, je trouve que la formation que j'avais eue durant ma première année d'assistantat¹ était super, donc je trouve que l'on devrait l'intégrer directement dans le cursus. (...) C'est quelque chose de basique mais je pense que juste le fait de mieux définir et de mieux comprendre c'est aussi un peu mieux accompagner. »*

Médecin 2 : *« Nécessaire d'être formé directement à l'université. Parce qu'en fait, on en aura toujours à soigner et de plus en plus je pense. (...) Même les personnes qui ne sont pas intéressées auront quand-même un back-up. »*

Les généralistes s'accordent également pour dire que des **formations plus approfondies** devraient être proposées pour les MT souhaitant améliorer leurs connaissances et compétences dans le domaine. Certain·e·s suggèrent d'intégrer des « moments infos » ou des « modules de sensibilisation » dans les **groupes de pratiques cliniques et les formations continues** tels que les GLEM, les colloques, les cercles des médecins, etc. Des **formations accréditées** pourraient, selon un répondant, encourager les médecins moins intéressé·e·s à les suivre. Aussi, ayant connaissance de formations déjà existantes, plusieurs MT questionné·e·s estiment qu'il serait essentiel d'**augmenter leur visibilité**, voire d'en ajouter de **nouvelles**.

Médecin 2 : *« Tout le monde ne peut pas être sensibilisé à la même chose mais qu'il y ait des formations un peu plus poussées pour les gens qui sont intéressés. »*

¹ Cours à option proposé durant le master complémentaire en médecine générale et donné par l'ASBL Genres Pluriels

En plus de la formation, plusieurs médecins demandent d'avoir **accès à différentes ressources** pour les aider dans la prise en charge des personnes trans*. Iels mettent l'accent sur la nécessité de disposer de **supports clairs et concis** ; comme des **fiches** sur les bases de l'accueil ou des traitements hormonaux, ainsi que des carnets d'adresses regroupant les différentes structures vers lesquelles orienter leurs patient·e·s, telles que les associations, les spécialistes et les psychologues sensibilisé·e·s et formé·e·s.

Médecin 5 : « ... *une petite fiche avec les éléments les plus simples à comprendre (...) en gros, comment bien accueillir. (...) Et indiquer aussi où pouvoir les orienter...* »

Médecin 7 : « ... *to-do list de quels centres, quels bilans à faire, comment aborder la problématique...* »

Une autre piste d'amélioration évoquée est de favoriser la **coordination avec les associations et les spécialistes**. Pour ce faire, il leur semble crucial de rendre ces structures plus visibles et d'améliorer la communication entre chaque acteur·rice dans le suivi des patient·e·s.

Médecin 4 : « *Les structures dans le domaine sont très bien formées et fonctionnent très bien, mais il faudrait augmenter leur visibilité et savoir comment travailler avec elles.* »

Pour améliorer la prise en charge, des médecins soulignent l'importance **de témoigner clairement de la bienvenue de la patientèle trans*** en cabinet. Les idées proposées pour favoriser l'accueil incluent, par exemple, l'installation d'**affiches** dans les salles d'attente, l'adoption de **logiciels médicaux inclusifs** et la création de campagnes de **santé communautaire**. Un médecin propose de **donner la parole aux personnes trans*** en mettant à disposition un questionnaire en salle d'attente pour collecter leurs attentes envers leur généraliste.

De manière plus générale, plusieurs estiment qu'il est primordial de **sensibiliser les généralistes** à ce sujet. Iels reconnaissent l'importance de la sensibilisation des professionnel·le·s de santé et ont conscience que cela va de pair avec une amélioration de la santé des personnes trans*. Cependant, iels ont du mal à proposer de nouvelles idées pour y parvenir, en dehors des formations déjà mentionnées. Un répondant suggère néanmoins d'organiser des **rencontres avec des personnes trans*** pour que les MT puissent mieux comprendre leur réalité.

Médecin 7 : « Mais si on veut élargir un peu le panel, et que l'information se diffuse un peu mieux, c'est peut-être aller vers le généraliste. Le généraliste ne viendra pas si ça ne l'intéresse pas. Du coup, ça demande des structures adéquates, de la logistique, etc., ce n'est pas facile. »

Pour finir, selon quelques médecins, la **Santé Publique** a également un rôle important à jouer. D'abord, en améliorant la **sensibilisation de la population générale** pour espérer favoriser la tolérance envers cette minorité. Une médecin souligne aussi la nécessité d'améliorer les conditions de **remboursement** des médicaments et d'augmenter le nombre de **molécules disponibles** en Belgique.

Médecin 2 : « Je pense aussi que c'est le rôle de la Santé Publique de dire aux gens : « Nous sommes ouverts, venez, nous vous accompagnerons. (...) La transidentité, c'est aussi la normalité ». En parler pour que, dans les têtes de tout le monde, ça existe. (...) et peut-être d'ouvrir un peu plus les gens. »

4. Discussion

4.1 Biais et limitations de l'étude

Biais de diffusion, de sélection et de participation : Il est important de préciser qu'une partie de la diffusion a été faite via les canaux de l'ASBL Genres Pluriels (mails, page web et réseaux sociaux). Cela a donc pu atteindre des médecins déjà intéressé·e·s, sensibilisé·e·s ou formé·e·s sur le sujet, les rendant ainsi plus susceptibles de participer. En raison du faible nombre de médecins ayant répondu à l'appel à participation, il a été nécessaire de recruter via le bouche-à-oreille pour compléter l'échantillon. L'accent a alors été mis sur la diversification de celui-ci (genre·s, âge, milieu et type de pratique). Cependant, une grande partie des répondant·e·s ont 30 ans ou moins.

Biais de désirabilité sociale : En interrogeant directement les médecins sur leurs connaissances et leur prise en charge, il est possible qu'ils aient, de manière inconsciente, cherché à se présenter sous un jour favorable. De plus, certain·e·s médecins ont pu hésiter à exprimer ouvertement leur ressenti envers cette patientèle, tandis que d'autres ont pu être réticent·e·s à admettre un manque d'intérêt pour les formations.

Biais d'interprétation/de subjectivité : L'élaboration du guide d'entretien, l'ordre des questions, le déroulement des entretiens et l'analyse des résultats ont été réalisés de manière individuelle et peuvent avoir influencé les conclusions, entraînant ainsi un biais dans cette étude.

Biais d'information : Puisque les médecins étaient informé·e·s du thème de mon TFE, il est possible qu'ils se soient renseigné·e·s sur le sujet avant l'entretien.

Conflit d'intérêt : Ce TFE a été encadré par des membres de l'ASBL Genres Pluriels. Je n'ai bénéficié d'aucun financement pour la réalisation de ce travail et je n'ai pas non plus financé l'ASBL pour sa participation au projet.

4.2 Qualité des résultats

L'étude a permis de répondre à la question de recherche en évaluant les connaissances et les pratiques des médecins généralistes en matière d'accueil et de prise en charge des personnes transgenres. L'objectif de l'étude était de proposer des pistes d'amélioration basées sur la recherche de littérature et les réponses des participant·e·s. L'amélioration de la prise en charge des personnes trans* représente un enjeu de santé publique. Aucune étude qualitative belge explorant la perception des généralistes sur le sujet n'a été trouvée dans la littérature. Le choix d'une étude qualitative était pertinent, car il a permis d'interroger directement les médecins sur leur pratique, d'approfondir la compréhension des difficultés rencontrées et d'explorer leurs demandes. La méthodologie décrite a été scrupuleusement respectée, tant dans le recrutement des participant·e·s que dans l'analyse des données. Les résultats reflètent fidèlement les informations recueillies au cours des interviews.

4.3 Discussion des résultats

4.3.1 Évaluation des connaissances des médecins

Sensibilisation et accueil

La sensibilisation constitue le premier pas vers une meilleure tolérance et une acceptation des transidentités dans la société. Cependant, la recherche montre que le milieu médical manque encore de sensibilisation à ce sujet. De nombreux·ses patient·e·s rapportent des expériences négatives avec leur MT et beaucoup n'osent pas consulter par crainte de préjugés (17,26).

Dans notre étude, le niveau de sensibilisation et de connaissances sur les transidentités varie parmi les généralistes, indépendamment de leur genre et de leur milieu de pratique. Cette variabilité semble plutôt liée à leur formation et à leur âge. Les médecins ayant suivi une formation d'introduction aux transidentités possèdent une meilleure compréhension des terminologies spécifiques ainsi que des discriminations et disparités auxquelles les personnes transgenres font face. De même, les répondant·e·s ayant connaissance des recommandations sur l'accueil inclusif sont ceux qui ont suivi des formations durant leur assistantat. Cependant, ce n'est pas parce qu'ils savent qu'il faut agir ainsi qu'ils le font toujours. Même parmi les médecins sensibilisé·e·s, l'application des principes d'accueil inclusif n'est pas systématique. Bien que changer ses habitudes de pratique soit difficile, cela reste important, car, comme le montre l'étude « *Être une personne transgenre en Belgique, dix ans plus tard* », l'expérience négative la plus fréquemment rapportée par les personnes trans* est de ne pas être abordées avec le prénom et/ou le pronom choisis (17).

Lors des interviews, les jeunes médecins de 30 ans ou moins montrent une meilleure sensibilisation et une meilleure connaissance générale que ceux de plus de 40 ans. Cette corrélation entre âge et formation peut s'expliquer par l'introduction relativement récente de cours optionnels sur le sujet, notamment avec les formations proposées par Genres Pluriels. L'augmentation de la visibilité des personnes transgenres ces dernières années, notamment dans les médias et sur les réseaux sociaux, peut également contribuer à une meilleure sensibilisation des jeunes médecins.

Indépendamment de leur niveau de sensibilisation, la totalité des médecins interrogé·e·s prône un rôle d'écoute active, de soutien et de non-jugement. Il est également encourageant de voir qu'ils manifestent tou·te·s une volonté de bien faire et sont ouvert·e·s à accueillir des personnes trans*. Cette attitude est corroborée par une étude quantitative réalisée en 2023 par la Dr Debande auprès de 315 médecins francophones, dans laquelle 83% des répondant·e·s affirment ne pas avoir de réticence à traiter des patient·e·s trans* (16).

Il est également intéressant de noter que les médecins se remettent en question et réfléchissent à leurs ressentis, préjugés et pratiques tout au long des interviews. Cette démarche montre que le fait de simplement discuter de ces sujets est crucial pour initier une réflexion personnelle et collective, pouvant à terme conduire à un changement de regard et d'habitudes.

Connaissances médicales

La méconnaissance des médecins sur les soins transspécifiques ressort particulièrement de cette étude, confirmant les prédictions issues de la recherche de littérature (4,5,13,26). Une seule médecin sur les dix a suivi une formation complémentaire sur l'introduction aux TH.

Six médecins sur dix savent que les MT peuvent **initier un TH** en évoquant la nécessité d'être formé-e au préalable. La médecin formée considère même les généralistes comme les mieux placé-e-s pour ce faire. En revanche, les autres estiment que le MT ne joue pas de rôle dans la prescription. Cependant, la littérature suggère que cette prescription peut être réalisée par le personnel de soins de première ligne (1,7,25). Concernant le **suivi d'un TH**, tou-te-s les répondant-e-s estiment que le MT joue un rôle majeur. Toutefois, leur niveau de connaissance est particulièrement faible. Bien qu'ils puissent citer les deux hormones de base, la testostérone et l'œstrogène, iels ignorent les autres molécules existantes, les doses appropriées et le type de suivi recommandé.

Au sujet des **procédures chirurgicales**, aucune connaissance concrète n'est observée parmi les médecins interrogé-e-s. Iels voient leur rôle comme celui d'informer de l'existence des options chirurgicales et de réorienter les patient-e-s. La totalité sait que la chirurgie n'est pas une condition obligatoire pour la transition. Cependant, certain-e-s ont encore une vision erronée de la chirurgie comme étant une étape finale de la transition, contrairement à ce que suggère la littérature (1,6).

En termes de **prévention**, les médecins questionné-e-s s'accordent avec la littérature (7,8,25). Conscient-e-s de l'analogie entre les sujets à aborder avec les personnes cisgenres, iels mentionnent néanmoins quelques spécificités à prendre en compte. Le domaine de la **santé mentale** est particulièrement mis en avant par les répondant-e-s, notamment par 3 d'entre eux qui se focalisent essentiellement sur ce thème. Bien que certain-e-s reconnaissent l'existence de la stigmatisation « chronique » et son impact négatif sur la santé psychologique des personnes trans*, d'autres semblent lier intrinsèquement la fréquente souffrance psychique à la transidentité en elle-même. Or, il reste important de rappeler que la transidentité n'est pas synonyme de souffrance ni de trouble mental (1,3).

4.3.2 Discussion autour des freins évoqués par les médecins

Tout au long des entrevues, les médecins déplorent leur **manque de connaissance** sur le sujet. Ceux-ci se sentent démuni·e·s, stressé·e·s, frustré·e·s ou gêné·e·s, n'osent pas aborder le sujet ou craignent de commettre des erreurs. La littérature souligne que cette méconnaissance est une des principales causes du manque d'accès aux soins de santé pour les personnes trans*(13,18,22).

Ce manque de connaissances découle principalement d'un **manque de formation**. En effet, dans notre étude, une seule médecin sur dix a reçu un cours sur le sujet dans le cadre du programme universitaire de base ; intégré au cours de psychiatrie. Cela concorde avec l'étude quantitative réalisée par la Dr Debande en 2023. Selon son enquête, seulement 16.2% d'entre eux ont eu un cours à l'université (16). Durant nos entretiens, plusieurs généralistes affirment également ne pas savoir si des formations complémentaires existent. Pourtant, des formations sont disponibles, mais selon la même étude, près de 40 % des répondant·e·s n'en ont jamais entendu parler (16). Un obstacle majeur réside donc dans leur manque de visibilité.

Conscient·e·s de ces lacunes en matière d'information et de formation, les MT interrogé·e·s respectent leurs limites et se voient contraint·e·s de **réorienter** leurs patient·e·s. Dès lors, ils se heurtent à plusieurs obstacles. Le premier étant de savoir vers qui les rediriger. Selon le TFE de ma consœur, 52% des médecins n'ont pas connaissance des associations existantes (16). Pourtant, la littérature indique qu'un·e médecin traitant·e devrait savoir référer ses patient·e·s vers des personnes ou des structures compétentes (1,7). Pour rappel, quelques participant·e·s à notre étude envoient ou enverraient leurs patient·e·s vers les spécialistes de l'hôpital de Liège. En effet, il existe deux « **cliniques de genres** » en Belgique, à Gand et à Liège. Dans celles-ci, il est important de savoir qu'un diagnostic psychiatrique est nécessaire pour accéder aux traitements hormonaux ; ce qui est contradictoire au droit à l'autodétermination, pourtant considéré comme fondamental en Belgique (18). Aussi, pour l'obtention d'une consultation, ces services spécialisés contraignent parfois le/la patient·e à un délai d'attente démesuré ainsi qu'à de longs déplacements. D'autres médecins de l'étude suggèrent d'orienter vers **Genres Pluriels**. En effet, le Réseau Psycho-médico-social Trans* et Inter* belge, mis en place par cette association, est un autre modèle de prise en charge pluridisciplinaire qui permet d'éviter la psychiatisation et de proposer des soins basés sur le consentement libre et éclairé. Cependant, deux généralistes interrogé·e·s soulèvent également de longs délais et quelques

difficultés de contact avec cette structure. Il est important de noter que, bien que cette association soit la seule à proposer cette approche en Belgique et puisse donc être saturée en raison de la forte demande, elle offre des délais d'attente nettement plus courts que les services hospitaliers. Constituant également un obstacle majeur, les **délais d'attente** sont cités comme une des raisons pour lesquelles les personnes trans* ne sollicitent pas l'assistance (17). Ce facteur est particulièrement préoccupant considérant le taux élevé de suicide observé chez les patient·e·s en attente de soins de transition (13). Aussi, certain·e·s patient·e·s perçoivent la réorientation vers d'autres services comme un **rejet de la part de leur médecin**, ce qui peut altérer la relation thérapeutique (8).

La méconnaissance est souvent la porte ouverte à la **discrimination** (22). Le domaine de la santé n'est pas épargné par ce problème comme le reconnaissent les généralistes lors de nos discussions. En effet, la littérature confirme que la transphobie joue un rôle non négligeable dans le manque d'accès aux soins pour les personnes trans* (5,13). À plusieurs reprises, les médecins soulignent que la transidentité reste un sujet encore très **tabou** dans notre société. Parfois, mal à l'aise avec le sujet ou craignant de brusquer leurs patient·e·s, iels hésitent à aborder le sujet ou à poser certaines questions essentielles. Pourtant, une étude canadienne montre que les personnes trans* apprécient que leur médecin pose des questions et manifeste un intérêt pour mieux comprendre leur situation (13).

Plusieurs médecins considèrent la **ruralité** comme un facteur pouvant impacter défavorablement la prise en charge des personnes trans*. Des articles de littérature confirment que les disparités en matière de santé peuvent être exacerbées par le fait de vivre en milieu rural. Plusieurs raisons peuvent être identifiées. La première est le manque de prestataires de soins adapté·e·s à cette patientèle dans les communes rurales (34). Ensuite, des difficultés financières et pratiques peuvent être rencontrées par les personnes trans* pour effectuer les déplacements vers les services nécessaires, souvent situés dans les grandes villes (35). De plus, la faible visibilité de la communauté trans* en milieu rural peut provoquer chez une personne un isolement social et une tendance à dissimuler son identité de genre.

Enfin, il est intéressant de noter que la plupart des freins évoqués par les médecins sont en lien avec la méconnaissance et qu'ils pourraient alors être levés en grande partie par l'information et la formation.

4.3.3 Pistes d'amélioration

Accès aux soins

Au fil des années, les transidentités sont de mieux en mieux acceptées par la société (1). Les professionnel·le·s de la santé se joignent à cette avancée, ce qui permet une amélioration de l'accès aux soins pour les personnes trans*. Les expériences vécues avec les généralistes s'améliorent prudemment et ceux-ci sont de plus en plus considéré·e·s comme « *informatifs et utiles* », selon l'enquête « *Être une personne transgenre en Belgique, dix ans plus tard* » (17). Dans notre étude et dans la littérature, il est évident que les médecins souhaitent bien faire (13). Cependant, malgré cette bonne volonté, les chiffres montrent que 35,1 % des médecins n'ont pas d'information et se trouvent tout à fait démuni·e·s (17).

Une place centrale pour les généralistes

La clé de voûte de l'amélioration de la prise en charge des personnes transgenres par les médecins généralistes repose avant tout sur la **formation** (1,7,13,22). Les MT en ont conscience et expriment un besoin de formation, tant dans ces interviews que dans les études.

L'objectif est donc de rendre les médecins « capables » pour que ceux-ci puissent adopter une **place centrale dans la prise en charge des personnes transgenres**. En effet, plusieurs caractéristiques des généralistes les rendent particulièrement adapté·e·s pour initier et suivre une transition médicale : leur disponibilité, leur proximité, leur écoute active, leur rôle de « premier contact », leur vision globale de la santé des patient·e·s, ainsi que la création d'une relation de confiance dans un cadre plus familial et intimiste (8,18).

En plus de libérer les médecins de ces sentiments d'impuissance et de malaise, cela répondra aux attentes des personnes concernées, souhaitant que la première ligne puisse inclure des soins transspécifiques de qualité (8,15,18).

Renforcer les compétences des généralistes permettra de proposer une prise en charge transspécifique **décentralisée**. En d'autres termes, un·e médecin formé·e n'aura plus comme premier réflexe de référer systématiquement. Cela permettra de « *favoriser l'accès au soin, le libre choix des médecins et des traitements, ainsi qu'une meilleure implication des médecins au sein de la communauté* » (18).

Un cours à l'université

Les médecins interrogé·e·s et la littérature s'accordent pour proposer l'intégration d'un **cours** dans tous les **programmes universitaires de base en médecine** (1,13,16,27).

Sur la base de notre étude et de la recherche de littérature, ce cours aborderait :

- Les terminologies appropriées
- Un aperçu général de la santé des personnes transgenres
- Un aperçu rapide des traitements hormonaux et des chirurgies existants
- Les structures de référence pour la prise en charge des personnes transgenres
- Les bases de l'accueil inclusif

Pour ne pas surcharger le cursus universitaire déjà conséquent, le cours durerait entre deux et trois heures et serait plutôt destiné aux étudiants en Master ou en Master complémentaire de Médecine générale. L'objectif principal de ce cours serait d'informer et de sensibiliser les étudiant·e·s sur ces questions, sans qu'il soit nécessaire qu'ils deviennent des expert·e·s.

Des études menées dans des professions paramédicales ont révélé des changements positifs dans la prise en charge des personnes transgenres après l'introduction de cours similaires (13).

Des formations complémentaires

Pour les généralistes souhaitant se spécialiser dans ce domaine, des **formations complémentaires** devraient aborder plus en profondeur les transidentités, incluant l'initiation et le suivi médical des traitements hormonaux ainsi que les procédures chirurgicales. Il existe une demande pour des formations pratiques, concrètes et dynamiques, avec des sessions de partage et de questions/réponses. Ces formations devraient être proposées en présentiel, lors de GLEM, de colloques et/ou de formations accréditées. Il serait également bénéfique d'intégrer des rencontres avec des personnes transgenres pour mieux comprendre leur réalité.

Différentes formations sont déjà proposées en Belgique, et certaines peuvent être adaptées à la demande. Il est donc essentiel d'augmenter leur **visibilité**. Par exemple, continuer à proposer ces formations durant l'assistantat sous forme de cours optionnels et à les diffuser via les canaux disponibles pour les généralistes semble être une approche efficace.

Favoriser l'accès aux ressources

En plus de la formation, il est primordial que les médecins puissent se baser sur des recommandations claires et précises. La demande est alors d'avoir accès à un **carnet d'adresses** reprenant les structures de référence ainsi que des **fiches pratiques** sur les bases de l'accueil, les lignes directrices pour l'initiation et le suivi des traitements hormonaux, et les chirurgies avec leurs implications.

Au cours de mes recherches, j'ai découvert l'existence de certaines fiches, dont certaines ciblées pour les généralistes et créées par des assistant·e·s durant leur TFE, qu'il serait pertinent de rendre plus visibles (annexe 5). Une piste d'amélioration pourrait être de regrouper toutes ces informations dans une **brochure spécialement destinée aux médecins généralistes**. Ce livret pourrait alors être distribué à l'issue des cours et formations sur le sujet.

Renforcer la pluridisciplinarité et le travail en équipe

Accorder une place centrale aux médecins traitant·e·s ne signifie en aucun cas négliger les structures existantes, au contraire. Les patient·e·s doivent bénéficier d'une prise en charge globale, ce qui implique de valoriser le travail pluridisciplinaire et de renforcer la **communication** ainsi que le **partenariat** avec les instances déjà en place. En particulier, l'association Genres Pluriels, qui, avec la création de son Réseau PMS T*/I* belge, joue un rôle essentiel. Il semble primordial, dans un premier temps, d'étoffer ce réseau pour améliorer l'efficacité et la coordination des soins.

Une piste d'amélioration serait de créer un **réseau de médecins traitant·e·s** sensibilisé·e·s en Wallonie. Ce réseau réunirait des généralistes, plus ou moins expérimenté·e·s, souhaitant améliorer la prise en charge des personnes transgenres. Les membres du réseau pourraient se consulter par téléphone ou par mail, facilitant les échanges d'informations et offrant un soutien, en particulier aux praticien·ne·s en milieu rural. L'objectif principal de ce réseau serait de renforcer les compétences des médecins et de simplifier les échanges entre praticien·ne·s de différents niveaux de formation. Les membres seraient invité·e·s à des réunions trimestrielles en visioconférence, qui serviraient de plateforme pour le partage d'expérience, la résolution de questions et la mise à jour des connaissances. Ce réseau compléterait l'initiative de Genres Pluriels en offrant un soutien plus ciblé et direct aux médecins

traitant·e·s. Il permettrait de réduire les délais et les difficultés de contact, tout en incluant des médecins de toute la Wallonie, afin d'améliorer l'accès aux soins.

Le rôle de la santé publique

Pour améliorer la prise en charge et la santé des personnes transgenres, il serait important de sensibiliser davantage la population générale. Il est donc nécessaire d'intégrer des campagnes de sensibilisation dans les programmes d'éducation à la santé afin de lutter contre la stigmatisation et de favoriser l'acceptation des personnes transgenres dans la société. De plus, il serait pertinent de revoir les conditions de remboursement des soins de santé pour les personnes transgenres en Belgique : d'une part les soins de santé transspécifiques, et d'autre part les soins de santé sexospécifiques après changement du marqueur de genre sur la carte d'identité (ex : dépistage du col de l'utérus ou de la prostate). Actuellement, ce remboursement est conditionné par le diagnostic de « dysphorie de genre » posé par un·e psychiatre, rendant le parcours de soins pathologisant, complexe et contraignant.

5. Conclusion

Les personnes transgenres sont confrontées à de nombreuses inégalités en matière de santé, en raison de discriminations chroniques ainsi que d'un accès limité aux soins, tant généraux que spécifiques. Malgré des progrès en termes de visibilité et de sensibilisation, la prise en charge de cette population reste un enjeu de santé publique majeur.

Bien que la taille restreinte de l'échantillon limite la généralisation des résultats, l'étude apporte des preuves supplémentaires des insuffisances dans les connaissances et les pratiques des généralistes en matière de soins aux personnes trans*. L'enquête souligne également un manque de formation et exprime le souhait des médecins d'intégrer ces questions dans les programmes d'éducation médicale. De plus, elle démontre que les médecins ayant reçu une formation spécifique possèdent de meilleures compétences culturelles, confirmant l'impact positif de la formation sur leur pratique.

Tôt ou tard, chaque médecin sera amené·e à prendre en charge une personne transgenre. Il est donc essentiel qu'il soit préparé·e à lui prodiguer des soins adaptés. Par conséquent, augmenter le nombre de médecins formé·e·s sur les transidentités est un réel défi de santé publique. Les soins de première ligne présentent des avantages significatifs par rapport aux

services hospitaliers, notamment en termes d'accessibilité et de personnalisation. En collaborant étroitement avec les structures associatives, les médecins généralistes peuvent jouer un rôle clé dans la prise en charge des patient·e·s transgenres, leur offrant des soins pluridisciplinaires de qualité dans un environnement respectueux, bienveillant et non pathologisant.

6. Références bibliographiques

1. Dufrasne A, Vico P. Les patient.e.s transgenres: une actualité et une réalité méconnues. Rev Med Brux. 2020;41(6):470-6.
2. Commissioner for Human Rights [Internet]. 2024. Human rights of trans people: increased visibility and legal recognition contrast with lived experience of discrimination, violence - Commissioner for Human Rights - www.coe.int. Disponible sur: https://www.coe.int/en/web/commissioner/news/2024/-/asset_publisher/aa3hyyf8wKBn/content/human-rights-of-trans-people-increased-visibility-and-legal-recognition-contrast-with-lived-experience-of-discrimination-violence [Consulté le 8 juin 2024]
3. Dufrasne A. Être et ne pas naître femme ou homme : Les tenants et aboutissants de la dépathologisation des transidentités. Neurone. 2022;27(6):18-20.
4. Crowley D, Cullen W, Van Hout MC. Transgender health care in primary care. British Journal of General Practice. 2021;71(709):377-8.
5. Holland D, White LC, Pantelic M, Llewellyn C. The experiences of transgender and nonbinary adults in primary care: A systematic review. European Journal of General Practice. 2024;30(1):2296571.
6. Dufrasne A, Luchthiste L, Nisol M, Werler A. Transidentités : accueil, droits, santé, jeunesse, tous.tes bien informé.es. 4e édition [Internet]. 2019. Disponible sur : <https://www.genrespluriels.be/Brochure-d-information-Trans-de-GPs> [Consulté le 20 janvier 2024]
7. Joseph A, Cliffe C, Hillyard M, Majeed A. Gender identity and the management of the transgender patient: a guide for non-specialists. Journal of the Royal Society of Medicine. 2017;110(4):144-52.
8. Jansen F. Attentes des personnes transgenres vis-à-vis de leur médecin généraliste lors de la mise en place ou du suivi d'un traitement hormonal féminisant : étude qualitative auprès de personnes transgenres majeures et francophones prenant un traitement hormonal dans le but d'avoir une expression de genre plus féminine. UCLouvain; 2021.
9. Commissioner for Human Rights [Internet]. 2009. "Transgender persons should have their human rights fully respected" says Commissioner Hammarberg - Commissioner for Human Rights - www.coe.int. Disponible sur: https://www.coe.int/en/web/commissioner/news/2009/-/asset_publisher/VltR1cajvnCL/content/-transgender-persons-should-have-their-human-rights-fully-respected-says-commissioner-hammarberg [Consulté le 8 juin 2024]
10. Assemblée Parlementaire. APCE - Doc. 13742 (2015) - La discrimination à l'encontre des personnes transgenres en Europe [Internet]. Disponible sur : <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-FR.asp?fileid=21630&lang=FR> [Consulté le 8 juin 2024]

11. Mattila A. Guide de pratique clinique étranger 'Transgenre' (2002), mis à jour le 25.08.2017 et adapté au contexte belge le 20.06.2019. Ebpracticenet [Internet]. 2002. Disponible sur : <https://ebpnet.be/fr/ebsources/1026> [consulté le 7 octobre 2023]
12. Trans Health Map 2022: The State of Trans Healthcare in the EU - TGEU - Transgender Europe TGEU – Transgender Europe [Internet]. 2022. Disponible sur : <https://www.tgeu.org/trans-health-map-2022/> [consulté le 9 juin 2024]
13. McPhail D, Rountree-James M, Whetter I. Addressing gaps in physician knowledge regarding transgender health and healthcare through medical education. Canadian Medical Education Journal. 2016 ;7(2):e70.
14. CDLH.be | Comment rechercher ? [Internet]. Disponible sur : <https://www.cdlh.be/fr/aide/comment-rechercher> [Consulté le 7 octobre 2023].
15. Ballout H. Quelles sont les attentes que les hommes transgenres ont vis-à-vis de leur médecin généraliste lors de l'initiation ou du suivi d'un traitement hormonal masculinisant ? Revue narrative de littérature et étude qualitative auprès de personnes transgenres en masculinisation hormonale en Belgique francophone. UCLouvain ; 2021.
16. Debande M. La prise en charge des patient·e·s transgenres en médecine générale : Étude quantitative auprès des médecins généralistes et des assistant·e·s de Belgique francophone en 2022-2023. UCLouvain ; 2023.
17. Motmans J, Wyverkens E, Defreyne J. Être une personne transgenre en Belgique - Dix ans plus tard. Brussels : IGVM-IEFH. 2017.
18. Ouafik M. L'initiation et le suivi du traitement hormonal d'affirmation de genre en médecine générale. Université de Liège ; 2022.
19. Loi du 10/05/2007 relative à la transsexualité [Internet]. Moniteur Belge ; 2007. Disponible sur : https://etaamb.openjustice.be/fr/loi-du-10-mai-2007_n2007009570.html [consulté le 9 juin 2024]
20. Loi du 25/06/2017 réformant des régimes relatifs aux personnes transgenres en ce qui concerne la mention d'une modification de l'enregistrement du sexe dans les actes de l'état civil et ses effets [Internet]. Moniteur Belge ; 2017. Disponible sur : https://etaamb.openjustice.be/fr/loi-du-25-juin-2017_n2017012964.html [consulté le 9 juin 2024]
21. Loi du 22/05/2014 modifiant la loi du 10 mai 2007 tendant à lutter contre la discrimination entre les femmes et les hommes en vue de l'étendre à l'identité de genre et l'expression de genre [Internet]. Moniteur Belge ; 2014. Disponible sur : https://etaamb.openjustice.be/fr/loi-du-22-mai-2014_n2014000613.html [consulté le 9 juin 2024]
22. Dufrasne A. Les personnes transgenres et intersexes. Santé conjugulée. 2019;(86):27-30.

23. Coleman E, Radix AE, Bouman WP, Brown GR, De Vries AL, Deutsch MB, et al. Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. *International journal of transgender health*. 2022;23(sup1):S1-259.
24. Klein DA, Paradise SL, Goodwin ET. Caring for transgender and gender-diverse persons: what clinicians should know. *American family physician*. 2018;98(11):645-53.
25. Tangpricha V. Health Care for Transgender Men [Internet]. Disponible sur : <https://www.dynamed.com/management/health-care-for-transgender-men#GUID-37E83861-3734-4B8D-9516-3F0D2D6978AB> [consulté le 7 octobre 2023]
26. Shires DA, Stroumsa D, Jaffee KD, Woodford MR. Primary care clinicians' willingness to care for transgender patients. *The Annals of Family Medicine*. 2018;16(6):555-8.
27. Paradiso C, Lally RM. Nurse practitioner knowledge, attitudes, and beliefs when caring for transgender people. *Transgender health*. 2018 ;3(1):48-56.
28. Genres Pluriels ASBL. Rapport d'activités 2022 [Internet]. 2022. Disponible sur : https://www.genrespluriels.be/IMG/pdf/genres_pluriels_rapport_d_activites_2022.pdf [consulté le 20 janvier 2024]
29. Le planning familial de la Réunion. Charte pour une prise en charge bienveillante des personnes transgenres [Internet]. 2023. Disponible sur : <https://www.planning-familial.org/fr/le-planning-familial-de-la-reunion-974/lgbtqi/charte-pour-une-prise-en-charge-bienveillante-des> [consulté le 15 juin 2024]
30. Hanna Ballout, Alessandra Dr Moonens. Approche des traitements médicaux des personnes transgenres. Formation professionnelle sur les traitements hormonaux donnée par Genres Pluriels ; 2023 ; Bruxelles.
31. Tangpricha V, Safer J. Transgender women: Evaluation and management [Internet]. 2023. Disponible sur: https://www.uptodate.com/contents/transgender-women-evaluation-and-management?search=transgenres&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1#H1 [consulté le 7 octobre 2023]
32. Sivanandy M. Hormone Therapy for the Adult Female Transgender Patient [Internet]. 2023 Disponible sur : <https://www-dynamed-com.gateway2.cdih.be/management/hormone-therapy-for-the-adult-female-transgender-patient#GUID-6EE839DE-4D8B-40EC-BA27-642D53850C10> [consulté le 7 octobre 2023]
33. Genres Pluriels. Guide de santé sexuelle pour personnes trans* et leurs amant·e·s [Internet]. 2016. Disponible sur : <https://www.genrespluriels.be/Guide-de-sante-sexuelle> [consulté le 20 janvier 2024]
34. Scheim A, Lopez C, Bauer, G. Santé et bien-être des personnes trans et non binaires vivant en milieu rural ou dans de petites villes. [Internet]. 2024 avr. Disponible sur : <https://transpulsecanada.ca/fr/results/rapport-sante-et-bien-etre-des-personnes-trans->

et-non-binaires-vivant-en-milieu-rural-ou-dans-de-petites-villes/ [consulté le 13 juillet 2024]

35. Easpaig BNG, Reynish TD, Hoang H, Bridgman H, Corvinus-Jones SL, Auckland S. A systematic review of the health and health care of rural sexual and gender minorities in the UK, USA, Canada, Australia and New Zealand. *Rural and Remote Health*. 2022;22(3):1-16.