



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

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



Dr Hervé PICARD

Simon JUTANT

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

Janvier 2022

SYNTHÈSE

[1] Le présent rapport répond à une saisine du ministre des Affaires sociales et de la Santé faite à deux acteurs de terrain de la prise en charge des personnes trans¹, le Dr Hervé Picard, médecin généraliste et médecin de santé publique et Simon Jutant de l'association ACCEPTESS-T, avec l'appui de Geneviève Gueydan de l'IGAS. Ce rapport intervient un moment qui laisse espérer des progrès possibles ; **si la situation et les parcours de soins des personnes trans ont été, et restent encore trop, marqués du sceau de la pathologisation de la transidentité et de sa stigmatisation, des évolutions majeures du contexte peuvent en effet contribuer à de profonds changements.**

[2] Au niveau international, la CIM 11 qui entre en vigueur en janvier 2022, dépsychiatrise « l'incongruence de genre » en la transférant du chapitre des affections psychiatriques, vers celui de la santé sexuelle². Les standards de soins de la World Professional Association for Transgender Health (WPATH) dans leur dernière version en cours de finalisation, prennent acte de cette « dépsychopathologisation » et mettent l'accent sur la participation active des patients aux décisions qui les concernent.

[3] Au niveau national, les rapports de la HAS en 2009 et de l'IGAS en 2011 ont contribué à faire évoluer l'approche du sujet³. Surtout, la loi du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXIème siècle ne conditionne plus le changement de sexe à l'état civil à une intervention chirurgicale ou à une stérilisation, tout en introduisant l'identité de genre dans la liste des critères de discrimination prohibés. Plus largement, l'évolution du regard sur les questions de genre et l'émergence d'associations trans plus nombreuses, contribuent à rendre plus visibles et audibles les attentes des personnes trans en matière de facilitation des parcours de transition, qu'ils soient juridiques, sociaux ou médicaux⁴.

[4] C'est dans ce contexte que le ministre en charge des solidarités et de la santé a fait une double saisine : d'une part celle de la HAS en vue de l'édiction en 2022 de recommandations de bonnes pratiques concernant l'organisation des parcours de transition médicale et d'autre part celle en vue de l'élaboration du présent rapport, pour dresser un état des lieux de la santé des personnes trans et des parcours de transition médicale, repérer de bonnes pratiques et faire des recommandations, avec aussi pour perspective d'éclairer les travaux à venir de la HAS.

[5] Dans des délais relativement contraints, la mission a pu rencontrer une grande diversité d'acteurs concernés par le sujet (institutions, acteurs associatifs et du soin implantés dans de différentes régions) que la mission tient à remercier chaleureusement (cf liste en annexe). Ces

¹ Les personnes « trans » ou « transgenres » sont des personnes qui s'identifient à un genre différent de celui correspondant à leur sexe de naissance.

² Un décret du 8 février 2010 avait amorcé en France la dépsychiatrisation en transférant la prise en charge des soins relatifs au « transsexualisme » de l'ALD 23 (affection psychiatrique de longue durée) à l'ALD 31 (autre liste), mais sans impact réel sur les conditions requises pour y accéder (maintien d'une évaluation à dimension psychiatrique).

³ Rapport sur la "situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge médicale du transsexualisme en France" HAS 2009; Rapport « Evaluation des conditions de prise en charge médicale et sociale des personnes trans et du transsexualisme » DAHAN Muriel, ZEGGAR Hayet, IGAS décembre 2011 <https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article253>

⁴ La transition sociale se traduit dans le changement de prénom d'usage, une vie sociale dans le genre choisi ; la transition médicale passe par un parcours de soins qui vise réduire les caractéristiques physiques du sexe de naissance et à développer celles du genre auquel s'identifie la personne (hormonothérapie et/ou interventions chirurgicales ...) ; la transition juridique consiste dans le changement de prénom et de sexe à l'état civil.

entretiens ont notamment permis d'identifier des pratiques de terrain qui montrent la voie pour de nouvelles approches des parcours de soins. La mission a recueilli également des données issues du PMSI et du SNIIRAM⁵, éclairantes malgré leurs limites. Elle s'est également appuyée sur les données de la littérature, sans avoir toutefois l'ambition de faire une revue de littérature.

[6] Les principaux constats de la mission tendent à montrer que l'accès aux soins des personnes trans en général et leurs parcours médicaux de transition en particulier, restent semés d'embûches, même si des évolutions positives sont à l'œuvre.

[7] Les parcours médicaux de transition restent une question centrale pour les personnes trans, parfois une question de survie, dans un contexte de sur-suicidalité dans cette population. En forte progression, ils sont de plus en plus « modulaires » et diversifiés dans leur contenu (transition hormonale ou pas, chirurgie ou pas, diversité des interventions chirurgicales), leur séquençage et leurs modalités (au sein d'équipes hospitalières pluridisciplinaires, ou pour partie en ville et pour partie à l'hôpital ou en clinique).

[8] **Les parcours de transition pâtissent à la fois des aléas dans les décisions de prise en charge par les CPAM et des lacunes de l'offre de soins. Ces difficultés compliquent l'accès aux traitements hormonaux et à la chirurgie d'affirmation et génèrent de l'incertitude, des délais et de fortes inégalités géographiques.**

[9] Les soins de transition peuvent, contrairement à ce qu'on observe dans d'autres pays, être pris en charge par la sécurité sociale, pour certains à 100% en cas d'accès à l'ALD (affection de longue durée). **Le nombre de bénéficiaires de l'ALD au titre d'un diagnostic de transidentité ou dysphorie de genre a fortement augmenté depuis 10 ans, tout en restant relativement modeste : 9 000 personnes sont concernées en 2020 dont 3 300 admises dans l'année** (soit 10 fois plus d'admissions qu'en 2013 selon la CNAM). 70 % des bénéficiaires ont entre 18 et 35 ans. En 2019, le nombre de demandes et d'avis favorables d'ALD concernant des hommes trans (FtM) a rejoint celui des femmes trans (MtF)⁶.

[10] **Les personnes trans et leurs associations se plaignent du caractère obsolète et aléatoire des conditions d'accès à l'ALD et à la chirurgie d'affirmation de genre, en particulier mammaire et pelvienne**⁷. L'accès à l'ALD est ainsi souvent conditionné à la fourniture d'un certificat psychiatrique et les soins couverts par l'ALD varient d'une CPAM à l'autre (prise en compte ou pas de l'épilation définitive, de l'orthophonie...).

[11] En application d'une lettre réseau de 2010 jamais publiée et donc non opposable, l'accès à la chirurgie pelvienne et mammaire relève d'une décision du médecin conseil national de la CNAM. Cet avis, se fonde sur la base d'un protocole de 1989 et des orientations du rapport de la HAS de 2009 pour requérir une évaluation pluridisciplinaire de l'ordre de deux ans (par un psychiatre, un endocrinologue et un chirurgien) et un certificat tripartite. **Les demandes traitées ont été multipliées par 4 entre 2012 et 2020, avec de l'ordre de 70 % d'avis favorables** (547 accords en 2020). Cette procédure est toutefois contestée (y compris par des équipes médicales) : les référentiels semblent désormais obsolètes, par rapport à la dépsychopathologisation consacrée par la CIM 11 ; la CCAM, qui seule a valeur réglementaire, ne prévoit pas de demande d'entente préalable

⁵ Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) décrit l'activité médicale des établissements de santé, le système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM) est une base de données regroupant des informations issues des remboursements effectués par l'assurance maladie

⁶ Female to Male (FtM) désigne une femme qui devient homme ; Male to Female (MtF), un homme qui devient femme.

⁷ La chirurgie d'affirmation de genre recouvre des interventions de féminisation (création d'un néo-vagin, augmentation mammaire, féminisation du visage ...); la chirurgie de masculinisation recouvre des interventions des organes génitaux (hystérectomie, métaoïdioplastie, phalloplastie ...) ou de la poitrine mastectomie.

pour la plupart des actes mobilisés dans le cadre de la chirurgie d'affirmation ; les protocoles utilisés par la CNAM semblent décalés par rapport à la réalité des parcours de transition de plus en plus modulaires et diversifiés.

[12] **Les traitements hormonaux de féminisation ou de masculinisation constituent une dimension majeure des parcours de transition mais l'accès à ces derniers est fragilisé par un cadre de prescription inadapté.** Les prescriptions se font hors autorisation de mise sur le marché (AMM). Dans les faits, les traitements sont le plus souvent pris en charge par les CPAM. En revanche, l'absence d'AMM dissuade nombre de généralistes et d'endocrinologues de s'impliquer dans les traitements hormonaux de transition. Face aux difficultés d'accès aux endocrinologues, les personnes trans se tournent vers des médecins généralistes, encore peu nombreux à prescrire ; or ces derniers ne peuvent pas être primo-prescripteurs de testostérone, principal traitement masculinisant. Les produits les plus utilisés sont par ailleurs pour certains mal adaptés dans leur format aux besoins des personnes trans. Ces difficultés d'accès se traduisent par des pratiques d'automédication hors cadre légal (achats de produits à l'étranger sur internet, partage de prescriptions...), qui peuvent se révéler préjudiciables à la santé des personnes concernées.

[13] **L'accès à la chirurgie d'affirmation se développe sur le territoire national, mais reste difficile, avec des délais qui se comptent en années (de 2 à 5 ans), du fait d'une offre de soins trop limitée et mal répartie géographiquement.** Le nombre de séjours hospitaliers avec pour diagnostic principal le « transsexualisme » a triplé entre 2011 et 2020⁸. Ils concernent pour plus des 2/3 des personnes de 18 à 35 ans. Si un petit nombre d'équipes (à Lyon, Paris, Bordeaux) concentrent une part prépondérante de l'activité en chirurgie pelvienne, la plus complexe, on note l'émergence récente de nouvelles équipes hospitalières qui contribuent à diffuser géographiquement l'offre (Lille, Limoges, Rennes). Mais les équipes restent fragiles car reposant sur l'implication d'un petit nombre de chirurgiens, et débordées à peine créées. Le secteur privé, présent sur la chirurgie d'affirmation mammaire et maxillo-faciale, était jusqu'à très récemment, quasiment absent de la chirurgie pelvienne, les principaux actes correspondant aux vaginoplasties et aux phalloplasties, faute de tarification dans la classification commune des actes médicaux (CCAM), ne pouvant faire l'objet d'honoraires. Une offre a toutefois émergé dans une clinique lyonnaise, financée uniquement par la tarification à l'activité.

[14] **L'accompagnement des mineurs apparaît comme un sujet particulièrement délicat. Face à un nombre croissant depuis 10 ans de mineurs en interrogation de genre et en demande de transition, les réponses apparaissent insuffisantes et géographiquement mal réparties.** L'accompagnement des mineurs appelle des réponses fines, globales et réactives, adossées à des recommandations scientifiquement étayées. Il s'agit d'abord d'accueillir sans a priori les questionnements d'identité de genre de ces mineurs, tout en les resituant dans une approche globale de leurs problématiques adolescentes et de permettre à ces jeunes de s'orienter, ou non, vers un parcours de transition. Il s'agit aussi de prendre en compte les facteurs de sur-vulnérabilité qui concernent nombre d'adolescents trans (déscolarisation, comportements suicidaires, troubles psychiques, troubles du spectre autistiques...). Or les consultations spécialisées sont saturées et dans de nombreuses régions, les jeunes et leurs parents peinent à trouver une maison des adolescents ou des professionnels libéraux (psychiatres, psychologues, endocrinologues) accueillants et sensibilisés aux recommandations internationales de bonnes pratiques.

[15] Les parcours de transition relèvent le plus souvent du schéma suivant : accompagnement psycho-social, traitement hormonal d'affirmation de genre amorcé à une âge variable selon la

⁸ Soit 1615 séjours en 2020 contre 536 en 2011, ces séjours recouvrant les différentes formes de chirurgie d'affirmation et les « reprises » de ces dernières,

situation du jeune (souvent autour de l'âge d'entrée au lycée vers 15 ans), recours à la chirurgie exceptionnel avant la majorité, comme l'attestent les chiffres du PMSI⁹ ; le recours aux bloqueurs de puberté au tout démarrage de cette dernière (stade tanner 2) semble concerner un petit nombre de mineurs. Si des travaux internationaux vont dans le sens d'un bénéfice des traitements sur le bien-être global des jeunes concernés, des questions mériteraient toutefois plus amples études : un état des lieux de l'accompagnement des mineurs en France, sur l'impact des traitements hormonaux au long cours, sur le consentement éclairé des mineurs et sur les enjeux de préservation de leur fertilité, notamment.

[16] **Au-delà des seuls parcours de transition, les personnes trans rencontrent des difficultés d'accès aux soins, d'autant plus préjudiciables que ces personnes sont surexposées à des situations de grande vulnérabilité sociale et à certains risques sanitaires associés.** De très nombreuses études nationales et internationales attestent d'un non-recours ou d'un recours trop tardif aux soins, même primaires, du fait d'un accueil souvent inadapté et parfois discriminant (mégenrage, questions déplacées, refus de prises en charge). Ces difficultés sont d'autant plus préjudiciables que la précarité matérielle et l'isolement liés aux discriminations vécues au quotidien, renforcent l'éloignement aux soins, et que les problèmes de santé mentale et sexuelle sont sur-représentés dans la population trans. Le défenseur des droits comme le contrôleur des lieux privés de liberté, ont pointé également le non-accès aux traitements hormonaux pour les personnes trans incarcérées ou prises en charge en hôpital psychiatrique.

[17] **Si les constats témoignent de difficultés encore importantes malgré des progrès, la mission a pu observer des pratiques de terrain inspirantes qui ouvrent la voie à des nouvelles approches.** Les associations de personnes trans jouent désormais un rôle important dans l'accès à l'information sur les traitements et les ressources médicales, le soutien entre pairs et la médiation dans l'accès aux soins, en particulier pour les plus précaires. L'accompagnement des parcours de transition par la médecine de premier recours, dans le cadre d'un travail en réseau, est pratiqué de façon probante dans quelques territoires. Les équipes hospitalières se diversifient et adaptent leurs réponses à l'évolution des besoins, comme les CECOS qui s'impliquent davantage dans la préservation de la fertilité des personnes trans engageant des traitements.

[18] **Les nombreux échanges réalisés par la mission, les évolutions du contexte international (CIM 11) l'ont convaincue qu'un changement de paradigme dans les parcours de soins des personnes trans est à la fois nécessaire, attendu et possible.** Les changements doivent reposer sur des principes éthiques et politiques : dépathologisation de la transidentité, autodétermination des personnes seules à même de définir leur identité de genre, non-discrimination, égalité géographique et sociale d'accès aux soins. Les travaux à venir de la HAS doivent par ailleurs contribuer à intégrer l'état des connaissances, dans les pratiques de soins.

[19] **L'enjeu prioritaire est de renouveler l'organisation des parcours de transition, avec pour principes clefs l'autodétermination, le consentement éclairé, la reconnaissance de la diversité des parcours, une place renforcée des professionnels de santé de premier recours, un travail en réseau et un repositionnement du rôle de la psychiatrie.**

- L'engagement des parcours doit reposer à l'avenir sur l'**autodétermination** des personnes et non plus sur l'évaluation psychiatrique d'un trouble de l'identité de genre. Cela suppose de revoir les conditions de prise en charge actuellement appliquées par l'assurance maladie en

⁹ 294 mineurs bénéficient de l'ALD pour « transidentité » ; 1% des séjours hospitaliers avec un diagnostic principal de « transidentité » concernent des mineurs.

matière d'ALD ou d'accès à la chirurgie d'affirmation de genre, sur la base d'un référentiel de bonnes pratiques prenant pleinement en compte la CIM 11.

- L'autodétermination des personnes doit être articulée à la **responsabilité médico-légale** des professionnels de santé impliqués dans les parcours. En cas d'interrogations sur la balance bénéfiques/risques d'un traitement, le praticien doit en informer la personne, rechercher des avis experts complémentaires et l'orienter le cas échéant vers d'autres praticiens susceptibles d'apporter des réponses adaptées. Le recours à la chirurgie pelvienne, lourde et irréversible, doit s'inscrire dans une approche collégiale permettant d'éclairer la situation globale de la personne et les éventuels facteurs de risques, mais selon des modalités ouvertes et variées (avis des praticiens de ville qui suivent le patient ou passage en réunion de concertation pluridisciplinaire en cas de situation complexe ou requérant des expertises complémentaires).
- A toutes les étapes, le **consentement éclairé** doit pouvoir s'exercer pleinement, grâce à une bonne information délivrée par les professionnels de santé et rendue accessible sur plusieurs supports, y compris les sites institutionnels d'Ameli.fr et Santé.fr.
- La **modularité et diversité des parcours**, dans leur contenu et leurs modalités (en Ville et/ou au sein d'équipes hospitalières spécialisées) doit être reconnue et facilitée par l'évolution des conditions d'accès à la prise en charge financière, le développement de l'offre de soins et la formation des professionnels de santé aux bonnes pratiques.
- La **place de la médecine de premier recours doit être renforcée** pour permettre des accompagnements de transition, en proximité et inscrits dans une approche globale de la santé de la personne. Cela suppose que les praticiens puissent s'appuyer sur des recommandations de bonnes pratiques et des informations facilement accessibles, qu'ils aient accès à des formations adaptées à leurs contraintes (webinaires) et qu'ils puissent faire appel à des ressources expertes et de spécialités quand nécessaire, d'où l'intérêt d'un travail en réseau.
- La personne trans doit pouvoir être suivie dans son parcours de transition, par **un médecin « fil rouge »** de son choix, idéalement son médecin traitant, ayant une vision globale de sa situation et faisant l'interface avec les autres praticiens impliqués dans son parcours.
- Les **équipes hospitalières pluridisciplinaires** conservent toute leur place à la fois comme équipes « ressources » expertes et pour proposer des parcours intégrés aux personnes qui le souhaitent.
- Les **parcours de soins doivent être dépsychiatisés sans être « apsychiatisés »**. Si un diagnostic de « dysphorie de genre » n'a plus à être posé, les éventuelles co-occurrences de problèmes de santé mentale doivent pouvoir être prises en charge. Les formations Sentinelle à la prévention du suicide, gagneraient à intégrer des dimensions populationnelles, notamment concernant les personnes trans. Plus largement, dans un contexte de parcours de transition souvent éprouvants, les personnes trans devraient aussi pouvoir accéder, si elles le souhaitent, à un accompagnement par des psychologues ; cela suppose de pouvoir aller plus loin que la prise en charge de 10 séances par l'assurance maladie, qui constitue un réel progrès mais peut se révéler parfois insuffisante.

- **L'expertise des personnes trans et de leurs associations**, doit être mieux reconnue et soutenue (y compris financièrement) : dans le travail en réseau, dans la consolidation de fonctions de médiation en santé, ou comme ressource d'information.

[20] Pour **rendre possibles ces nouvelles organisations de parcours, des évolutions doivent intervenir dans les cadres de prise en charge et dans l'offre de soins.**

- S'agissant de **la prise en charge par l'assurance maladie**, l'accès à l'ALD doit pouvoir se faire sur la seule base de l'évaluation du médecin traitant, et l'accès à la chirurgie d'affirmation de genre, ne plus relever d'un avis du médecin conseil national. Il s'agit également d'harmoniser les décisions de prise en charge des CPAM, grâce à la définition, sur la base des recommandations de bonne pratique à venir, d'un « panier » des soins susceptibles de contribuer aux parcours de transition (hormonothérapie, chirurgies de réassignation mais aussi épilation définitive, orthophonie, accompagnement psychologique ou conservation des gamètes).
- Le cadre de prescription de **l'hormonothérapie** doit être sécurisé pour les personnes et pour les médecins prescripteurs. Cela suppose de surmonter l'absence actuelle d'autorisation de mise sur le marché, en explorant deux voies : l'extension de l'AMM sur la base d'un « usage bien établi » ou bien la reconnaissance par l'ANSM d'« un cadre de prescription compassionnel » sur la base d'une balance bénéfices/risques favorable. Dans les deux cas, la production de recommandations de bonnes pratiques sera nécessaire. L'ouverture de la primo-prescription de testostérone aux médecins généralistes permettrait par ailleurs de faciliter l'accès aux traitements, et réduire les risques liés à des pratiques d'automédication « hors cadre ».
- L'offre de **chirurgie d'affirmation de genre** doit être renforcée, dans des conditions qui garantissent la qualité des soins, en particulier dans le cas de la chirurgie pelvienne. Pour réduire les délais d'accès à la chirurgie d'affirmation et mieux mailler le territoire, il convient de favoriser une montée en puissance du nombre d'équipes pratiquant cette dernière mais le développement de l'offre doit s'accompagner de conditions permettant de garantir une qualité des soins (seuil minimal d'activité à définir par la HAS, formation des équipes, travail en réseau, organisation des soins post opératoires). L'ensemble des chirurgiens rencontrés plaident également pour une révision de la nomenclature afin de définir des actes spécifiques à la chirurgie d'affirmation. Enfin, l'introduction d'une tarification pour les cinq actes de chirurgie pelvienne actuellement codés comme spécifiques au « transsexualisme » permettrait de faire émerger une offre privée, soumise bien sûr aux mêmes conditions de qualité que l'offre publique.
- Développer la formation, initiale et continue, des professionnels de santé aux « problématiques trans » (accueil adapté, contenu des traitements) est une condition pour améliorer l'accès aux soins des personnes trans. Améliorer les pratiques passe aussi par la production des données (épidémiologiques et sur les parcours de soins), le soutien aux travaux de recherche, ainsi qu'une meilleure diffusion des connaissances et des bonnes pratiques établies au niveau international et national.

[21] En conclusion, améliorer de façon effective l'accès aux soins des personnes trans et leurs parcours de transition, suppose de d'élaborer une stratégie globale, déclinée en une série d'actions et mobilisant une grande diversité d'acteurs, institutionnels (DGOS, DGS, DSS, CNAM, ANSM, HAS ...), du soin (hôpital et Ville, santé scolaire ...), de la recherche, et bien sûr les personnes trans et leurs associations. Cela justifie pleinement, l'élaboration concertée **d'un plan d'action pour la santé des**

personnes trans, dans le prolongement du présent rapport et de l'édition des recommandations de bonnes pratiques par la HAS, et la mise en place d'un comité de suivi permettant d'associer tous les acteurs concernés par sa mise en œuvre.

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

n°	Recommandations
Thème 1 : recommandation transversale	
1	Elaborer, en concertation avec toutes les parties prenantes, un plan d'action pluriannuel global pour la santé des personnes Trans, dans le prolongement des recommandations du présent rapport et de l'adoption des recommandations de bonnes pratiques de la HAS ; instaurer un comité de suivi associant tous les acteurs concernés.
Thème 2 : Renouveler/réformer l'organisation des parcours de transition médicale	
2	Fonder les parcours de transition sur les principes cardinaux suivants : reconnaître l'autodétermination des personnes, permettre un choix éclairé en améliorant l'accès à l'information, rendre possibles des parcours de transition médicale diversifiés dans leur contenu et leurs modalités en faisant une plus grande place à la médecine de 1 ^{er} recours et au travail en réseau, dépsychiatriser l'entrée dans les parcours, tout en permettant un accompagnement en santé mentale quand nécessaire.
3	Ne plus conditionner l'accès à l'ALD 31 pour incongruence de genre, à la production d'un certificat psychiatrique ; en permettre l'accès sur la base de seul protocole de soins établi par le médecin traitant.
4	Clarifier, sur la base des recommandations de bonne pratique à venir, l'ensemble des soins susceptibles d'être pris en charge dans le cadre de l'ALD, au titre des dimensions possibles des parcours de transition (hormonothérapie, différentes chirurgies d'affirmation, accompagnement psychologique, épilation définitive, orthophonie, conservation des gamètes ...) ; harmoniser les décisions des CPAM sur cette base.
5	Supprimer l'avis du médecin conseil national sur les demandes de chirurgie d'affirmation de genre.
6	Rendre facilement accessibles aux assurés et aux professionnels de santé toutes les informations concernant les parcours de soins des personnes Trans : conditions de prise en charge, panier de soins, tarifs, recommandations de bonnes pratiques (dossier sur Ameli.fr, sante.fr ...).
7	Adapter la nomenclature des actes aux problématiques trans en définissant des codes spécifiques à certains actes, notamment chirurgicaux, propres aux parcours de transition ; permettre la prise en charge de tous les actes de la CCAM indépendamment du genre du patient à l'état civil pour faciliter la prise en charge gynécologique et obstétricale des hommes trans.
9	Faciliter et sécuriser l'accès à l'hormonothérapie d'une part en autorisant les médecins généralistes de primo-prescrire la testostérone et d'autre part en consolidant le cadre de prescription (extension de l'AMM dans le cadre d'un « usage bien établi » ou reconnaissance par l'ANSM d'un cadre de prescription compassionnel, sur la base de recommandations de bonnes pratiques) ; former les pharmaciens et les biologistes aux recommandations de bonnes pratiques en matière d'hormonothérapie.

11	Favoriser la montée en puissance du nombre des équipes pratiquant la chirurgie pelvienne et d'autres dimensions de la chirurgie d'affirmation de genre, dans des conditions permettant de garantir une bonne qualité des soins (atteinte d'un seuil minimal d'activité après montée en charge, formation, prise en compte de la dimension d'éducation thérapeutique et des soins post-opératoires, travail en réseau) ; reconnaissance d'équipes de référence thématiques assurant une fonction de recherches et de diffusion des connaissances et des bonnes pratiques cliniques.
12	Fixer à l'occasion de la révision de la CCAM des tarifs pour la chirurgie pelvienne d'affirmation (5 actes spécifiques à la transidentité), afin de faire émerger une offre de soins supplémentaire dans les établissements privés respectant les conditions de qualité requises pour ce type d'interventions.
10	Intégrer dans tous les parcours de transition, une information sur l'impact des traitements sur la fertilité et les démarches de préservation de cette dernière, à adapter dans le cas des mineurs, Développer dans tous les CECOS les démarches d'accompagnement de la préservation des gamètes pour les personnes trans.
13	Conduire une enquête auprès des services (hospitaliers, MDA) et des professionnels libéraux pour établir un état des lieux de l'accompagnement des mineurs trans et en exploration de genre ; veiller à un maillage territorial de l'offre d'accompagnement des mineurs, en consolidant les équipes spécialisées et en soutenant la formation et le travail en réseau des autres professionnels impliqués (en MDA, en Ville...).
14	Saisir le comité national consultatif d'éthique sur les questions d'un consentement éclairé des mineurs et la préservation de leur fertilité.
15	Veiller à ce que les personnes trans soient prises en compte dans les campagnes de prévention et de dépistage (cancers, santé sexuelle notamment) quelle que soit l'évolution de leur genre à l'état civil ; fiabiliser le recueil de l'identité de genre dans les récoltes de données des enquêtes en santé.
16	Dans le prolongement des mesures en cours de déploiement, permettre une prise en charge par l'assurance maladie de l'accès aux psychologues, allant au-delà de la limite actuelle de 10 séances, quand des accompagnements de plus longue durée sont requis.
17	Engager de façon urgente des actions de prévention de suicide dans la population trans, avec trois priorités : un accueil positif au sein des établissements scolaires et des structures de santé afin de prévenir les discriminations ; le soutien par les ARS de projets de formation « Sentinelle » impliquant les associations trans et les acteurs de la santé trans ; le développement des liens entre associations trans et structures de santé mentale pour faciliter les réponses en urgence.
18	Mieux reconnaître le travail de médiation en santé par les pairs, d'une part par la valorisation de l'expérience de bénévolat et d'autre part par le financement de postes de pairs médiateurs dans des projets portant sur la santé trans. Renforcer la représentation des associations Trans dans instances régionales de démocratie en santé, sur le modèle des COREVIH.
19	Sensibiliser les travailleurs sociaux à la transidentité comme facteur de discriminations et de vulnérabilité, et les former aux bonnes pratiques d'accueil ; renforcer les liens entre les structures d'accueil et d'hébergement des personnes précaires et les associations trans.

Thème 4 : Développer la recherche, la production de données et la formation

8	Exploiter les données du système national des données de santé (SNDS) sur les soins concernant les personnes Trans pour éclairer l'évolution des parcours de transition et produire des données épidémiologiques sur la santé des personnes trans.
21	Intégrer dans la formation initiale des professionnels de santé et dans les formations continues reconnues au titre du de développement professionnel continu (DPC) des éléments de sensibilisation sur l'accueil des personnes trans et de formation sur les traitements de transition.
20	Développer la recherche clinique concernant les soins de transition ainsi que les travaux sur les déterminants de la santé des personnes trans ; intégrer la problématique trans à des thèmes de recherches concernant la population générale et financer des recherches sur des problématiques plus spécifiques aux populations trans ; soutenir une meilleure diffusion et accessibilité des connaissances scientifiques.

SOMMAIRE

SYNTHESE	3
RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	11
RAPPORT	16
1 DES PARCOURS DE TRANSITION PLUS DIVERSIFIES MAIS ENCORE SEMES D'EMBUCHES, UN ACCES GLOBAL AUX SOINS QUI RESTE DIFFICILE	20
1.1 MEME SI LE NOMBRE DE PRISES EN CHARGE A FORTEMENT AUGMENTE, LES CONDITIONS ACTUELLES DE SOLVABILISATION DES SOINS COMPLIQUENT DES PARCOURS DE TRANSITION QUI RESSEMBLENT TROP SOUVENT A DES PARCOURS D'OBSTACLES	20
1.1.1 Une forte croissance du nombre de personnes prises en charge au titre d'un parcours de transition	21
1.1.2 Un cadre de prise en charge financière qui permet une solvabilisation effective des parcours de transition mais sur des base obsolètes, génératrices d'inégalités et de flou	22
1.2 DES PARCOURS DE TRANSITION ESSENTIELS EN TERMES DE SANTE GLOBALE, PLUS DIVERSIFIES MAIS QUI SE HEURTENT A DES PROBLEMES D'ORGANISATION DES REPONSES	27
1.2.1 Un cadre d'initialisation des parcours de transition en pleine évolution, sur fond de dépsychiatisation partielle et d'affirmation du principe d'autodétermination	28
1.2.2 L'hormonothérapie, une dimension essentielle du parcours, fragilisée par un cadre de prescription inadapté	30
1.2.3 Une offre de chirurgie de réassignation en développement mais inférieure à la demande avec de longs délais d'accès aux interventions	31
1.2.4 Un accompagnement psychologique de la transition parfois/souvent nécessaire mais qui se heurte à la saturation de l'offre de soins et des questions de solvabilisation	38
1.2.5 Une préservation éventuelle de fertilité en cours de structuration	38
1.2.6 Face à des mineurs plus nombreux à souhaiter engager des parcours de transition, les réponses adaptées apparaissent insuffisantes	39
1.3 AU-DELA DES PARCOURS DE TRANSITION, DES FACTEURS DE VULNERABILITES ET DES PROBLEMATIQUES SPECIFIQUES QUI PESENT SUR L'ACCES AUX SOINS	43
1.3.1 Des difficultés d'accès aux soins primaires et à la prévention, dans un contexte de méconnaissance voire de rejet, des réalités Trans.	43
1.3.2 Des facteurs accrus de vulnérabilité psycho-sociale	43
1.3.3 Un accès à la parentalité encore mal reconnu	46
1.4 DES TENSIONS DEONTOLOGIQUES ET ETHIQUES PARCOURENT LA QUESTION DE L'ACCES AUX SOINS DES PERSONNES TRANS, QUI PEUVENT TROUVER DES POINTS D'EQUILIBRE	46
1.4.1 Tension entre autodétermination et responsabilité médicale	46
1.4.2 Tension entre savoir et pouvoir des personnes concernées et /savoir et pouvoir médical	47
1.4.3 Tension entre développement de réponses spécialisées et adaptation des réponses de droit commun	48
2 DES PRATIQUES DE TERRAIN INSPIRANTES QUI AMELIORENT L'ORGANISATION DES SOINS	50
2.1 DE L'IMPORTANCE DES APPROCHES EN SANTE COMMUNAUTAIRE POUR ACCOMPAGNER LES PERSONNES TRANS DANS L'ACCES A L'INFORMATION, AUX DROITS ET AUX SOINS ET ADAPTER LES PRATIQUES DE SOINS	50
2.1.1 Le partage et la diffusion d'informations comme outils d'autonomisation	51
2.1.2 Les groupes de parole comme espaces de rencontres et de lutte contre la stigmatisation	51
2.1.3 REST un réseau initié par une association Trans, fédérant des professionnels de santé au-delà de la Bretagne	51
2.1.4 La médiation par les pairs : la mobilisation de savoirs expérientiels pour l'amélioration de la qualité des soins	52
2.2 COMMENT LA MEDECINE DE PREMIER RECOURS S'ORGANISE POUR ACCOMPAGNER LES PARCOURS DE TRANSITION MEDICALE	54
2.2.1 Le « protocole de santé trans » de la maison dispersée de santé de Lille-Moulins	54
2.2.2 Un exemple de coopération étroite entre une association de santé communautaire (RITA) et un planning familial (celui de Grenoble) pour faciliter l'accès aux soins et les des parcours de transition en Ville	56
2.2.3 Un réseau de médecins franciliens impliqués dans la prescription des traitements hormonaux et le suivi des patients trans, en lien étroit avec des associations communautaires	57
2.3 DES INITIATIVES HOSPITALIERES POUR MIEUX REPONDRE AUX BESOINS	57

2.3.1	<i>Améliorer le travail en réseau autour des mineurs, diffuser les connaissances, l'exemple de la plateforme de coordination « Trajectoires trans : enfants, adolescent-e-s et jeunes adultes » portée par La Pitié Salpêtrière</i>	57
2.3.2	<i>Créer une activité nouvelle de chirurgie d'affirmation et structurer une équipe pluridisciplinaire : les exemples de Rennes, Limoges et Lille</i>	58
2.3.3	<i>Un partenariat émergent entre association/hôpital dans le champ de la prévention du suicide (CTAI de Grenoble)</i>	59
2.3.4	<i>La prise en compte par les CECOS des problématiques de préservation de la fertilité en parcours de transition ; exemple du partenariat entre le CECOS Jean Verdier et l'équipe de la consultation Trans mineurs et jeunes adultes de La Pitié-Salpêtrière</i>	59
3	DES PRECONISATIONS POUR UN PARCOURS DE SOINS PLUS ACCESSIBLE ET PLUS RESPECTUEUX DES PERSONNES	61
3.1	DES PRINCIPES POUR ORGANISER LES PARCOURS DE SOINS SUR DE NOUVELLES BASES ET NOURRIR UN PLAN D'ACTION GLOBAL ..	62
3.1.1	<i>Élaborer un plan d'action global pour la santé des personnes Trans, assorti d'un comité de suivi associant tous les acteurs concernés</i>	62
3.1.2	<i>Des principes pour fonder pour une approche nouvelle de l'organisation des soins dans les parcours de transition : choix éclairé, individualisation des parcours, place renforcée des professionnels de premier recours, dépsychiatisation sans a-psychiatisation, qualité des soins</i>	63
3.2	CLARIFIER ET HARMONISER LE CADRE DE PRISE EN CHARGE DES SOINS PAR LA SECURITE SOCIALE POUR RENDRE POSSIBLES DES PARCOURS PLUS OUVERTS	67
3.2.1	<i>Un cadre de prise en charge du parcours de transition fondé sur la santé et plus sur la pathologie</i>	67
3.2.2	<i>Les évolutions attendues : un panier de soins adapté à la diversité des parcours, des règles connues de tous et appliquées de façon harmonisée, des procédures simplifiées</i>	67
3.2.3	<i>Adapter la nomenclature des actes médicaux aux problématiques trans</i>	69
3.2.4	<i>Produire des données sur l'accès aux soins des personnes Trans</i>	69
3.3	DEVELOPPER UNE OFFRE DE SOINS PLUS ACCESSIBLE ET MIEUX ADAPTEE EN QUANTITE ET QUALITE AUX BESOINS DES PERSONNES TRANS	70
3.3.1	<i>Un accès à l'hormonothérapie sécurisé pour les patients et pour les prescripteurs</i>	70
3.3.2	<i>Renforcer l'offre de chirurgie d'affirmation de genre dans des conditions qui permettent de conjuguer qualité des soins et plus grande accessibilité géographique et financière</i>	73
3.3.3	<i>Une priorité : renforcer les parcours de soins adaptés aux mineurs</i>	75
3.3.4	<i>Mieux prendre en compte les facteurs de vulnérabilités de la population trans, dans les politiques prévention, de santé mentale et par l'articulation entre réponses sanitaires et réponses sociales</i>	76
3.4	CHANGER D'ECHELLE EN MATIERE DE RECHERCHE ET DE FORMATION, MIEUX DIFFUSER LES CONNAISSANCES.....	79
3.4.1	<i>Soutenir la recherche sous différentes formes</i>	79
3.4.2	<i>Renforcer la formation des professionnels de santé</i>	82
	LETTRES DE MISSION	85
	LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	91
	SIGLES UTILISES	95
	ANNEXE 1: QUELQUES ELEMENTS DE TERMINOLOGIE	97

RAPPORT

Introduction

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

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

Dans les années 2010, des premiers jalons n'ont pas permis de réformer le parcours de soins des personnes trans, même si des changements ont contribué à de premières évolutions.

[23] **Le rapport de novembre 2009 de l'HAS sur la "situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge médicale du transsexualisme en France" a constitué une première étape inaboutie.** Ce rapport apportait, pour la première fois, des éléments d'éclairage larges sur le « transsexualisme » et sur le parcours de soins de personnes trans et faisait des propositions qu'il restait à approfondir dans une seconde étape pour leur donner le statut de recommandations de bonnes pratiques. La HAS préconisait notamment, d'une part la création de centres de références animant des réseaux de soins multidisciplinaires et d'autre part la définition d'un parcours de soins de transition, à plusieurs étapes, à adapter au cas par cas. Les préconisations de ce rapport apparaissent toutefois désormais en partie obsolètes compte tenu des évolutions des recommandations internationales et de la problématique transidentitaire globale, en France et au-delà.

[24] La Société française d'études et de prise en charge du transsexualisme (SOFECT) s'est créée dans la foulée du rapport de la HAS pour regrouper des équipes hospitalières revendiquant une légitimité particulière dans le domaine et souvent présentées comme "équipes officielles" même si aucun processus de reconnaissance institutionnelle ne les validait comme telles. Les relations entre cette société savante et de nombreuses associations de personnes trans se sont révélées houleuses, voire franchement conflictuelles. Ce contexte a conduit à l'interruption des travaux engagés par la DGOS dans le prolongement du rapport de la HAS, puis une saisine de l'IGAS.

[25] **Le rapport IGAS de décembre 2011 sur « l'évaluation des conditions de prise en charge médicale et sociale des personnes trans et du transsexualisme » a dressé un état des lieux approfondi dont sont ressorties 31 recommandations.** Si ses conclusions ont été saluées par l'ensemble des parties et ont contribué à faire évoluer l'approche du sujet, très peu des recommandations concernant directement les parcours de soins, n'ont été mises en œuvre dans les années qui ont suivi.

[26] Les principales recommandations du rapport IGAS de 2011 portaient sur : le changement de regard social, l'association systématique aux consultations futures des représentants du monde associatif, l'établissement d'un nouveau référentiel d'évaluation psychiatrique visant à valider non pas un diagnostic de transsexualisme mais à poser l'absence d'opposition à l'engagement d'un traitement, la désignation de deux centres spécialisés de référence en chirurgie, le développement

de la formation continue et initiale des professionnels de santé, l'établissement de listes territoriales de professionnels de santé formés, un site internet d'information, l'intégration d'un module sur la transidentité dans la formation initiale et continue des médecins et pharmaciens, saisir la HAS d'une demande d'avis sur l'hormonothérapie des personnes trans, établir un nouveau référentiel fondant la prise en charge de l'assurance maladie en remplacement du protocole de 1989.

[27] **Un premier pas vers la dépsychiatisation est intervenu toutefois dès février 2010, bien avant l'évolution de la classification internationale des maladies (CIM) :** la prise en charge à 100 % des soins au titre des « troubles de l'identité de genre » ne relève plus depuis cette date de l'ALD 23 (classée dans les affections psychiatriques de longue durée) mais de l'ALD 31 (hors liste). Toutefois ce changement, important symboliquement, est resté d'une portée plus limitée s'agissant des conditions concrètes de l'accès aux droits, faute de travaux permettant d'en tirer toutes les conséquences pratiques. Ainsi, des CPAM exigent encore un certificat psychiatrique pour l'accès à l'ALD, et l'avis du médecin conseil national (requis pour la prise en charge de la chirurgie de réassignation) se fonde, à défaut de recommandations de bonne pratique actualisées, sur un protocole de soins datant de 1989 et sur les propositions du rapport de la HAS de 2009, lesquels exigent une évaluation de 2 ans permettant de poser le diagnostic psychiatrique de « dysphorie de genre », dans le cadre d'une approche pluridisciplinaire.

[28] La reprise des travaux à travers le présent rapport et la saisine de la HAS s'inscrit dans un contexte en profonde transformation.

[29] Des évolutions majeures du contexte national et international contribuent à une meilleure reconnaissance des droits des personnes trans et à une plus grande diversité en termes de contenu et de modalités, des parcours de soins sur fond d'évolution du regard sur les questions de genre et sur la transidentité :

- **La CIM 11 adoptée en 2019 pour une application en janvier 2022 abandonne la notion de « trans-sexualisme » et dépsychiatrise « l'incongruence de genre »¹⁰.** Cette dernière est transférée du chapitre des affections psychiatriques, vers celui de la santé sexuelle. Le manuel de diagnostic en santé mentale (DSM V) adopté en 2013 distingue par ailleurs la « dysphorie de genre qui s'accompagne d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social », de « l'incongruence de genre [qui] n'est pas en soi un trouble mental».
- **Les standards de soins World Professional Association for Transgender Health (WPATH) dans leur version 7 en date de 2012 et leur version 8 en cours de finalisation¹¹** situent la réalité « trans » comme un choix d'identité de genre en prenant acte de la « dépsychopathologisation » reconnue par la CIM 11, mettent l'accent sur la participation active des patients aux décisions qui concernent leur santé, et soulignent l'importance de la formation des professionnels de santé pour conduire les évaluations nécessaires et délivrer des soins adaptés.

¹⁰ Selon le CIM 11, « L'incongruence de genre se caractérise par une incongruence marquée et persistante entre le genre vécu par l'individu et le sexe qui lui a été assigné. Le comportement et les préférences en matière de genre ne constituent pas à eux seuls une base pour l'attribution des diagnostics de groupe. »

¹¹ Les standards de soins version 8 de la WPATH ont été mis en ligne en vue de recueillir des commentaires jusqu'au 16 janvier 2022 ; ils comportent 20 chapitres thématiques ; ils se veulent fondés sur les données les plus récentes de la science et le respect des droits humains.

- **Suite à des procédures en cours devant la Cour européenne des droits de l'homme, la loi du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXIème siècle ne conditionne plus le changement de genre à l'état civil à une chirurgie ou une stérilisation.** Ces dispositions favorisent une plus grande diversité des parcours de transition et font émerger plus fortement certaines questions, notamment concernant la parentalité.

La loi n°2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXIème siècle a modifié les conditions de changement d'état civil (articles 60 et 61-5 à 8 du code civil). Le changement de prénom relève de l'officier d'état civil sur la base d'un intérêt légitime. Le changement de sexe à l'état civil relève du tribunal de grande instance. Le demandeur doit faire état de son consentement libre et éclairé et produire tout élément de preuve au soutien de sa demande : se présenter publiquement comme appartenant au sexe revendiqué, être connu par son entourage sous le sexe revendiqué, avoir obtenu du changement de prénom afin qu'il corresponde au sexe revendiqué. Le fait de ne pas avoir subi de traitements médicaux, une opération chirurgicale ou une stérilisation ne peut motiver le refus de faire droit à la demande.

- **L'évolution sociétale de la perception des problématiques de genre aide à changer le regard sur les personnes trans, tandis que l'émergence d'associations trans plus nombreuses permet une auto-organisation des personnes concernées et une plus grande visibilité de leurs revendications. La problématique trans commence également à émerger dans des plans d'action nationaux¹².** Toutefois malgré des progrès sensibles, de nombreux travaux, dont ceux de l'OCDE, attestent de la persistance de formes d'incompréhension voire de comportements transphobes¹³.
- **Les parcours de transition sont de plus en plus diversifiés dans leur contenu et leurs modalités, même s'ils restent semés d'embûches :** les équipes hospitalières engagées dans ces parcours sont en évolution (émergence de nouvelles équipes, diversification des pratiques), des médecins généralistes s'impliquent. La SOFECT s'est transformée fin 2020 en Trans Santé France – FPATH, qui se veut en rupture avec les pratiques antérieures, adhère au principe de dépathologisation et a ouvert ses instances aux associations de personnes trans, sans toutefois avoir réussi à ce jour à convaincre l'ensemble du mouvement associatif.

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

[31] **Compte tenu du besoin de diversité des parcours et de dé-psychiatriation effective suite aux évolutions internationales, le ministre en charge de la santé a saisi la HAS en vue d'actualiser en 2022 ses recommandations de 2009.** Il s'agit notamment d'évaluer les conséquences des modifications introduites par la CIM 11 sur les parcours de soins, d'élaborer un nouveau protocole en lien avec les professionnels de santé et les associations dans le but d'améliorer l'organisation des soins, leur qualité et leur sécurité, et de préciser la place de la médecine de ville et de premier recours dans les parcours de soins, en articulation avec les réponses spécialisées. L'élaboration de nouvelles recommandations de bonne pratique par la HAS est très soutenue également par la CNAM, soucieuse de clarifier les fondements de sa prise en charge financière des soins de transition.

¹² Plan national d'actions pour l'égalité des droits, contre la haine et les discriminations anti LGBT+ 2020-2023.

¹³ Le panorama de la société 2019 : les indicateurs sociaux de l'OCDE- Chapitre Le défi LGBT : comment analyser l'intégration des minorités sexuelles et de genre ». OCDE

[32] **En amont des travaux de la HAS, le ministre a également chargé deux acteurs de terrain, M. Simon Jutant (de l'association ACCEPTESS-T) et le Dr Hervé Picard (médecin généraliste prenant en charge des personnes transgenres), de faire un état des lieux et des propositions concernant la santé des personnes trans, objet du présent rapport** (cf. lettres de mission en annexe). Il leur a été demandé, avec l'appui de l'IGAS, de traiter un champ vaste : les problématiques de santé des personnes trans, leurs difficultés d'accès aux soins, la réalité de leurs parcours de transition, en identifiant les bonnes pratiques de terrain.

[33] Le présent rapport vise à apporter un éclairage préparatoire aux travaux de la HAS, ce qui correspond à une démarche inédite. **Il ne s'agit pas d'un rapport administratif, dont il ne revendique ni la forme ni l'exhaustivité, mais il ambitionne de donner à voir les difficultés comme les bonnes pratiques, et à poser les principes susceptibles de guider les changements nécessaires, avec une attention forte donnée aux enjeux sociétaux, éthiques et déontologiques du sujet.**

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

- Des entretiens avec des acteurs nombreux et diversifiés (acteurs institutionnels, associatifs, du soin de différentes régions) que la mission tient à remercier chaleureusement de s'être rendus disponibles (cf. liste en annexe). Ces entretiens ont notamment permis d'identifier des pratiques de terrain inspirantes, qui montrent la voie pour de nouvelles approches des parcours de soin et de leurs modes d'organisation.
- Une exploitation de données quantitatives tirées du PMSI et du SNIIRAM, avec les limites de ces dernières.
- Une prise en compte de données de la littérature, sans avoir toutefois l'ambition de faire une revue systématique de littérature qui relève du futur travail de la HAS
- Du fait de contraintes de temps, la mission n'a pu aborder les comparaisons internationales.

1 Des parcours de transition plus diversifiés mais encore semés d'embûches, un accès global aux soins qui reste difficile

[35] Il est très difficile de quantifier le nombre de personnes trans en France comme au niveau international, faute d'études robustes sur le sujet. En revanche, il est indiscutable que les personnes trans ont des profils variés, en termes d'âge, de milieu social, de parcours de vie, de lieu de résidence, et donc aussi de santé ; pour autant, certaines problématiques d'accès aux soins les concernent toutes.

[36] Le parcours médico-chirurgical de transition, qui permet d'adapter l'apparence physique à l'identité de genre vécue, reste un enjeu majeur pour les personnes trans. L'accès aux soins de transition ne constitue pas un « confort » mais un enjeu vital en termes de bien être, d'image de soi, de vie personnelle, de santé globale et aussi de vie sociale, le « passing »,¹⁴ associé au changement d'état civil, pouvant contribuer à réduire la stigmatisation. Cela constitue en cela un enjeu de survie au sens propre, agissant sur la sur-suicidalité des communautés trans. La population des mineurs trans requiert à ce titre une attention renforcée.

[37] Les parcours de transition sont de plus en plus nombreux à être pris en charge par la sécurité sociale et ils sont aussi des plus en plus diversifiés, loin du modèle ancien d'un parcours-type identique pour toutes et tous. Pour autant, ils s'apparentent encore souvent à des parcours d'obstacles, pour s'informer, accéder à une offre de soins adaptée, entrer dans les cadres de prise en charge. Les associations de personnes trans qui se sont développées ces dix dernières années jouent un rôle très important en termes d'information, de soutien entre pairs et de plaider pour faire évoluer les droits.

[38] Par-delà le parcours de transition, la santé des personnes trans se ressent de leurs difficultés d'accès aux soins primaires, liées à un accueil qui n'est pas toujours adapté. Les facteurs de vulnérabilité psycho-sociale, sur-représentés chez une partie des personnes trans, ont des répercussions en termes d'accès aux soins, de santé sexuelle et de santé mentale notamment, avec une adaptation des réponses encore très inégale.

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

[39] Les soins de transition sont globalement pris en charge par l'Assurance maladie en France, ce qui est un point positif par rapport à la situation d'autres pays. On note sur ces dix dernières années une forte croissance du nombre de bénéficiaires de l'ALD 31 au titre de la « transidentité » ainsi que du nombre d'actes liés à la chirurgie de réassignation en établissements de soin.

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

¹⁴ Le « passing » se réfère au fait pour une personne d'être vue, de par son apparence, dans le genre auquel elle s'identifie, par son entourage ou son environnement social ; il ne s'agit pas d'un critère existant en soi, de façon fixe, tant l'apparence d'une femme ou d'un homme est sanctionnée différemment dans chaque contexte, positivement ou négativement. Toutefois, il s'agit d'une notion permettant de penser la visibilité subjective d'une personne trans, dans l'espace public ou privé, et les discriminations ou violence pouvant y être associées.

les accompagnent, car faute de clarté sur les « règles du jeu », les réponses de l'Assurance Maladie varient fortement dans le temps l'espace, générant incertitude et délais.

[41] **Ce manque de clarté tient pour beaucoup à l'obsolescence du protocole de soins retenu comme référence par la CNAM pour conditionner la prise en charge, en particulier de la chirurgie de réassignation, à défaut de recommandations de bonnes pratiques à jour.** Le protocole de soins de 1989, repris dans ses grands principes par le rapport de 2009 de la HAS, est considéré, à juste titre, par les associations de personnes trans et par certains praticiens, comme doublement obsolète : par rapport aux cadres de références internationaux (CIM 11 et recommandations de la World Professional Association for Transgender Health - WPATH), compte tenu de la réalité des parcours de transition de plus en plus diversifiés dans leur contenu (il n'y a plus de parcours linéaire univoque) et leurs modalités de réalisation (recours aux praticiens de ville comme aux équipes hospitalières). Le Défenseur des Droits a recommandé la modification du protocole de la HAS concernant la prise en charge du parcours de soins des personnes trans¹⁵.

[42] La CNAM et les CPAM sont placées dans une situation inconfortable, qui ne saurait se prolonger davantage : chargées d'organiser la solvabilisation des soins dans un cadre garantissant une pertinence de ces derniers, elles ne peuvent pas s'appuyer sur des référentiels médicaux actualisés pour mettre à jour et harmoniser les règles applicables.

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

[43] Les acteurs de terrain rencontrés pointent tous l'augmentation de la demande de soins de transition chez les adultes et les mineurs, ce qui peut probablement s'expliquer par une moindre « autocensure » dans l'affirmation par les personnes de leur identité de genre, associée à un contexte social où la visibilité des personnes trans est plus importante, ainsi qu'à un contexte administratif ayant, depuis 2016, délié l'accès au changement de la mention de sexe à l'état civil d'une exigence d'intervention chirurgicale et de stérilisation. S'émancipant d'une catégorie diagnostique, d'un regard social encore plus réprobateur qu'aujourd'hui, et d'actes médicaux contraints et invasifs, les personnes trans se « déclarent » probablement aujourd'hui davantage qu'hier.

[44] **Les données administratives attestent elles aussi d'une croissance forte du nombre de personnes trans prises en charge par la sécurité sociale,** même si leur nombre global reste relativement limité et donc d'un poids « marginal » sur les dépenses de l'Assurance-Maladie.

[45] Selon la CNAM, le nombre de personnes admises à l'ALD pour « transidentité » (admissions annuelles) a été multiplié par 10 entre 2013 et 2020, et **8 952 personnes bénéficient en 2020 d'une ALD pour « transidentité »**¹⁶. Il s'agit d'une population jeune puisque que près de 70 % des bénéficiaires ont entre 18 et 35 ans, tant en termes du flux d'admission que de la population prévalente. **Selon la CNAM, en 2019, pour la première fois, le nombre de demandes et d'avis favorables concernant des hommes trans (FtM) a rejoint celui des femmes trans (MtF).**

¹⁵ Décision-cadre du Défenseur des droits n°2020-136 du 18 juin 2020, recommandation n°6 : « Le Défenseur des droits recommande au ministère des solidarités et de la santé de modifier le protocole de la HAS concernant la prise en charge des parcours de transition afin que les frais médicaux liés à la transidentité soient pris en charge sur l'ensemble du territoire, que ce soit le parcours de soins choisi par la personne transgenre ».

¹⁶ ALD pour diagnostic F64 de « transsexualisme »

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

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

source des données : CNAM - période : année 2020

[46] Ces données restent incomplètes pour cerner la demande et l'accès aux soins de transition. Certaines personnes trans ne demandent pas l'ALD. On ne dispose pas de données sur les interventions chirurgicales réalisées à l'étranger sans prise en charge par l'assurance maladie, qui sont l'écrasante majorité de ces dernières¹⁷.

[47] Ces chiffres permettent encore moins de rendre compte du nombre de personnes trans dans la population. Il s'agit d'ailleurs d'un constat global. Les données internationales de « prévalence »¹⁸ renvoient à des fourchettes très larges et peu récentes. Ces données varient considérablement selon la méthode employée : enquêtes centrées sur des personnes prises en charge dans des centres spécialisés ou enquêtes déclaratives sur le genre d'appartenance. A titre d'exemple :

- Le rapport de la HAS de 2009 indique : « *les données épidémiologiques actuelles et en particulier les données françaises sont insuffisantes pour obtenir une estimation fiable de la prévalence et de l'incidence des personnes transsexuelles. Néanmoins à partir des données les plus récentes, l'approximation d'une prévalence entre 1/10 000 et 1/50 000 pourrait être faite, ce qui indiquerait que le transsexualisme n'est pas un phénomène exceptionnel* ». Ces chiffres concernaient des personnes impliquées dans un traitement.
- Des études évaluant l'identité de genre auto-déclarée font ressortir une estimation de prévalence de 355 pour 100 000 avec de très fortes variations selon les études (1 à 4).¹⁹
- Des études en auto déclaration feraient état d'une prévalence de 0,2 à 1,3 % chez l'adulte.

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

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

- L'accès à l'ALD 31 dite « hors liste » qui permet une prise en charge à 100 % de certains soins au titre du « transsexualisme » selon la terminologie de la CCAM²⁰.

¹⁷ Selon des données CNAM, en 2020 17 avis ont été donnés pour des soins réalisés à l'étranger dont 11 concernaient la Belgique et les autres l'Espagne, le Luxembourg, le Canada, la Thaïlande et l'Espagne.

¹⁸ Même si la transidentité n'est pas une pathologie, le terme de prévalence continue d'être utilisé pour indiquer la part de personnes trans dans la population.

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

²⁰ La prise en charge au titre de l'ALD 31 se fait selon des critères définis à l'article R.322-6 du code de la sécurité sociale : la souffrance exprimée par le patient a un fort retentissement sur la qualité de vie, le traitement est d'une durée supérieure à 6 mois, et les soins, notamment les interventions chirurgicales, sont très coûteux.

- Des règles de prises en charge des actes contribuant au parcours de transition, qui relèvent pour une part d'une lettre réseau de février 2010 jamais publiée et des éléments partiels figurant dans la CCAM.

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

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

[50] **Depuis 2010, les soins de transition relèvent de l'ALD 31 dite « hors liste » qui permet de bénéficier d'une exonération du ticket modérateur en raison de critères de gravité et de coût des soins.** Les demandes d'ALD sont traitées par les services médicaux placés auprès des CPAM, sur la base d'un diagnostic de « transsexualisme » ou « transidentité » ou "dysphorie de genre", établi par le médecin traitant, lequel remplit le formulaire de "protocole de soins" comprenant le diagnostic ainsi que le plan de prise en charge (actes et prestations envisagés).

[51] Si globalement les personnes trans parviennent à obtenir une ALD « hors liste », les délais, les conditions d'attribution et les soins couverts semblent très variables d'une CPAM à l'autre, voire au sein d'une même CPAM. Selon les témoignages recueillis par la mission, certaines CPAM délivrent un accord sur la base du seul protocole de soin rempli par le médecin traitant ; d'autres exigent le certificat d'un psychiatre, avec parfois l'exigence d'une certaine durée de suivi pour attester du diagnostic de « trouble de l'identité sexuelle », quand d'autres encore réclament un ou des certificats attestant d'un suivi pluridisciplinaire (psychiatre et endocrinologue).

[52] Par ailleurs, concernant les actes et prestations pris en charge, il n'existe pas de « paniers de soins de référence » pour orienter les décisions des CPAM, du fait de l'absence de recommandations de bonne pratique. À titre d'exemple, certaines CPAM refusent la prise en charge des traitements hormonaux si la demande n'est pas accompagnée d'un certificat psychiatrique ; l'épilation définitive, du visage ou du corps, est rarement prise en compte, bien qu'elle soit très importante pour le bien-être et la vie sociale de nombreuses femmes trans.

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

[53] **S'agissant de la chirurgie de réassignation, pelvienne et mammaire, la lettre réseau de février 2010 conditionne sa prise en charge à un avis favorable du médecin conseil national,** pris sur la base du protocole d'organisation de soins élaboré en 1989, en l'attente d'un protocole national de soins validé par la HAS. Dans les faits, les demandes sont transmises par les CPAM à la CNAM (département des prestations et des pathologies chroniques). Les services de la CNAM fondent leur analyse sur des principes tirés du protocole de 1989, mais aussi sur les orientations plus récentes du rapport HAS de 2009, même si celles-ci n'ont pas le statut de recommandations de bonnes pratiques. Ces textes font référence à deux points majeurs :

- Une phase d'évaluation de l'ordre de 2 ans conduite par une équipe spécialisée comportant un psychiatre, un endocrinologue et un chirurgien pour confirmer le diagnostic de "trouble de l'identité de genre", écarter les diagnostics différentiels et informer la personne sur les bénéfices-risques des traitements ;

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

[54] **L'équipe médicale de la CNAM traite un nombre croissant de demandes (multiplication par plus de 4 entre 2012 et 2019), qui dans 2/3 à ¾ des cas font l'objet d'un accord (tableau 5).** Les refus résultent de protocoles de soins considérés comme ne remplissant pas les conditions requises (absence de certificat tripartite, absence d'attestation du suivi de deux ans...).

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

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

source CNAM

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

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

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

source CNAM

[56] **Comme souligné par les rapports de l'HAS et de l'IGAS, ce dispositif est fragile juridiquement.** La lettre réseau qui le fonde n'ayant jamais été publiée, elle n'est donc pas opposable. Cette procédure de validation au niveau national s'apparente de facto à une forme

d'entente préalable, alors même que la CCAM ne prévoit pas d'entente préalable pour la grande majorité des actes concernés²¹. Pour les cinq actes spécifiques du «transsexualisme»²², la partie « notes » de la CCAM précise uniquement que « *le diagnostic de transsexualisme doit avoir été fait par une équipe multidisciplinaire, après une période d'observation du patient de plusieurs années, au minimum de deux ans à ce jour. Il est recommandé que les indications soient décidées par un comité national, avec mise en place d'un suivi à long terme de cette chirurgie* »²³.

[57] Certains chirurgiens qui se fondent uniquement sur la CCAM ne demandent donc pas d'entente préalable pour ces cinq actes et s'en tiennent au recueil de l'avis collégial d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP).²⁴.

[58] **Le Défenseur des Droits a rappelé à plusieurs reprises²⁵ le caractère superfétatoire et discriminant de conditions particulières (certificat tripartite), exigées des personnes trans pour accéder à certaines interventions, en particulier celles non spécifiques à la transidentité (chirurgie mammaire):** « *La production de documents supplémentaires pour les femmes transgenres par rapport aux femmes cisgenres pour une même opération chirurgicale est constitutive d'une inégalité de traitement en matière de santé et d'une discrimination à raison de l'identité de genre conformément à l'article 225-1 du code pénal* ». Le tribunal des affaires de sécurité sociale de Quimper a statué dans le même sens dans un arrêt récent concernant une mammectomie²⁶ : « *seules deux conditions doivent être réunies pour que la prise en charge de la personne transsexuelles soit assurée, à savoir : (...) que soit reconnu le caractère thérapeutique des actes réalisés d'une part, que les actes pratiqués figurent sur la nomenclature générale des actes professionnels d'autre part (...)* ».

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

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

²¹ La CCAM prévoit une entente préalable pour la mastoplastie bilatérale d'augmentation, avec pose d'implant prothétique (QEMA004) et la capsulotomie mammaire avec changement de loge de l'implant prothétique (QEMA001).

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

²³ La fiche d'acte abrégée pour les 5 actes spécifiques au «transsexualisme» dans la partie « notes » fait également référence dans la partie « environnement » à des « centres habilités et contrôlés » et précise que le recueil prospectif de données est nécessaire ; deux précisions non suivies d'effet.

²⁴ « *Le défenseur des droits constate, dans le cadre des réclamations dont il est saisi, que les personnes transgenres se voient refuser leur inscription en affection de longue durée hors liste (ALD HL) au motif de non-conformité au protocole de soins de la HAS, ou bien se voient refuser la prise en charge d'acte chirurgical par les organismes de sécurité sociale, dans le cadre d'une affection de longue durée hors liste* » dans Décision-cadre du 18 juin 2020 et décision n° 2020-258 du 9 décembre 2020.

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

²⁶ Jugement n° 248-18 du 21 mai 2018

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

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

source CNAM

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

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

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

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

[63] Le flou né du décalage entre les références officielles et une tolérance de fait sur certaines pratiques, conduit à une grande diversité dans le temps et l'espace de l'application des règles de prise en charge. Les témoignages recueillis par la mission attestent de cet état de fait et des difficultés qu'il génère : difficultés d'accès à une information stabilisée, incertitudes pour les personnes trans sur la prise en charge de leur parcours de soins, hétérogénéité dans l'application des règles, délais dans les décisions de prise en charge qui peuvent conduire à repousser de plusieurs mois des interventions chirurgicales planifiées de longue date.

[64] Les praticiens pointent également l'insécurité dans laquelle ils interviennent parfois, notamment lorsqu'ils démarrent une nouvelle activité de chirurgie de transition dans un cadre plus ouvert que celui du protocole de 1989 (par exemple parcours et certificats non intégralement hospitaliers).

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

Défenseur des Droits, contentieux. Bien souvent ces démarches conduisent à des changements de décision, compte tenu de la fragilité du cadre juridique dans lequel opère l'assurance maladie, mais ils induisent un sentiment d'usure et des délais. Ces difficultés expliquent que la CNAM ait formellement demandé l'élaboration par la HAS de nouvelles recommandations de bonnes pratiques, pour permettre une clarification de son cadre de prise en charge.

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

[66] **Il n'existe pas de « parcours type » de transition : pour les personnes trans comme pour les personnes cis, les parcours de vie sont marqués par des priorités individuelles, et propres à chacun et chacune.** Ainsi les parcours de transition se déclinent-ils dans l'ensemble des sphères de vie de la personne, de façon simultanée ou non, dans un temps relativement réduit, ou non :

- On qualifie ainsi de « **transition sociale** » le fait de vivre au sein de ses relations sociales, de son environnement familial, amical, affectif, professionnel, dans un genre social autre que son genre de naissance. Les contraintes propres à chaque personne, liées à un contexte familial spécifique, un contexte professionnel, rythment souvent les moments de coming-out.
- **La « transition administrative »** porte sur la modification du prénom et/ou de la mention de sexe à l'état civil : il s'agit depuis 2016 de procédures démedicalisées. Ces procédures peuvent être importantes pour accéder à un emploi, à un logement, et éviter de nombreuses discriminations liées à la révélation d'une identité trans ; cependant, elles ne sont ni obligatoires ni souhaitées par toutes personnes trans. Elles restent par ailleurs peu ou pas accessibles aux personnes étrangères n'ayant acquis ni la nationalité ni un statut de réfugié, ainsi qu'aux personnes sans domicile.
- **La « transition médicale »** concerne l'ensemble des soins médicaux liés à la transition de genre : accès à un traitement hormonal féminisant ou masculinisant, accès à des chirurgies d'affirmation de genre (féminisation du visage, masculinisation du torse), accès à des chirurgies génitales (vaginoplasties, phalloplasties, etc). Là encore, la notion de choix est essentielle à la compréhension du déroulement des parcours de transition médicale : il est possible pour les personnes de ne souhaiter qu'un traitement hormonal ou qu'un acte chirurgical sans traitement hormonal, et il est possible que ces choix évoluent au cours de la vie. La singularité des parcours ne minimise en rien l'importance de la demande d'accès à un acte médical lorsqu'elle survient, et la nécessité qu'elle soit envisagée avec sérieux par les professionnels de santé. Pour ceux-ci, l'enjeu n'est désormais plus d'interroger la demande de soins comme une éventuelle « confirmation » ou infirmation d'un questionnement de genre, mais plutôt de s'assurer de l'information pleine et entière des personnes, et de la possibilité pour celles-ci d'un choix libre, éclairé, et informé.

[67] **Ainsi, la notion de *parcours de soins* ne se superpose que partiellement avec la notion de *parcours de transition*.** Cette dernière est plus large que la première en cela qu'elle comporte des éléments sociaux, de mode de vie, juridiques et administratifs.

[68] **Si les façons d'amorcer un parcours de transition sont plurielles, il en va de même pour les possibilités et contraintes faisant la réalité des parcours des personnes.** Dans cette mise en réalité du projet de transition, plusieurs facteurs jouent :

- L'existence ou non de ressources autour de la personne (pairs transgenres, associations de santé communautaire, professionnels de santé acceptant de prendre en charge des personnes transgenres), permettant l'accès à une information adaptée
- Les outils et capacités dont dispose la personne : ses compétences psycho-sociales liées à la santé, sa littératie en santé et ses capacités d'orientation au sein d'un système de soins et de prévention et d'un parcours administratif,
- Des représentations et craintes, construites souvent sur des expériences préalables de discrimination, liées au contexte social dans lequel évolue la personne, et à ses propres stratégies d'intériorisation ou de rejet des discriminations, pouvant conduire les personnes à préférer s'orienter vers l'automédication et au non-recours au soin,

[69] Ainsi certains patients parlent pour la première fois à un médecin de leur souhait de transitionner alors même qu'ils n'ont encore entamé de démarche d'aucune sorte ; d'autres patients auront déjà amorcé ou réalisé une transition sociale ; d'autres parfois ont commencé une hormonothérapie auto-administrée.

[70] **Nous parlons ici de *parcours transition médicale* pour désigner le parcours au sein du système de santé d'une personne transgenre, visant à d'obtenir les modifications corporelles souhaitées, à l'aide de soins délivrés par des médecins** (hormonothérapie, épilation laser) et/ou chirurgiens (plasties de la poitrine, réassignation génitale, etc.) et/ou d'autres professionnels de santé (orthophonie pour féminisation de la voix).

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

[71] **Le rapport de 2009 de la HAS prévoyait explicitement une première étape de nature diagnostique et fondamentalement psychiatrique dans ce parcours** : « *comme pour toute situation nécessitant des soins, l'établissement d'un diagnostic positif est un préalable nécessaire (...) dans cette étape diagnostique, le rôle du psychiatre est essentiel* » [HAS 2009, page 90]. Ceci impliquait qu'avant le démarrage du parcours médical de transition, la personne doit être en quelque sorte « reconnue comme authentiquement transgenre » par l'autorité médicale représentée par le psychiatre. Le cadre dans lequel était pensée une telle reconnaissance ne laissait d'ailleurs quasiment pas de place aux personnes non-binaires. Les mêmes recommandations précisait que cette étape de reconnaissance par le psychiatre devrait s'inscrire dans la durée : « (...) *le diagnostic d'un trouble de l'identité sexuelle nécessite plusieurs entretiens (2 à 10) étalés sur quelques mois (...) habituellement cette phase diagnostique dure de 6 à 9 mois* » [ibid pages 94 et 97]

[72] Par ailleurs, ces recommandations subordonnaient l'accès aux traitements à une « *expérience en vie réelle (durant laquelle) le patient est censé vivre en permanence dans le rôle du sexe désiré dans les activités quotidiennes sociales et professionnelles ; les membres de la famille doivent être informés (...)* » [ibid page 98]. L'accès à l'hormonothérapie n'y était envisagé, au mieux que concomitamment à cette expérience en vie réelle, voire à l'issue d'une période de plusieurs mois ou années d'expérience en vie « réelle » sans hormones. Quant à l'accès à la chirurgie, il n'était envisagé qu'après au moins un an d'expérience en vie « réelle ».

[73] **Les pratiques actuelles des professionnels de santé que nous avons interrogés et la réalité du vécu quotidien des parcours par les patients s'inscrivent de plus en plus en très profonde rupture par rapport aux propositions de 2009 et au protocole ancien.**

[74] Concernant la notion « d'expérience en vie réelle », il est clair que de nombreuses personnes transgenres ne souhaitent pas se vêtir, ou se faire prénommer « selon le genre désiré », ou informer leur entourage avant que certaines modifications corporelles aient été obtenues. Il s'avère par ailleurs que la pondération d'une demande d'accès aux traitements hormonaux à l'appréciation d'un temps « de réflexion » a des effets néfastes pour la santé des personnes : en plus de les exposer à de possibles violences sociales, le temps d'attente de traitements souhaités constitue un moment de sur-risque suicidaire pour les personnes trans.

[75] Les pratiques actuellement les plus répandues paraissent être la mise en place de traitements (notamment hormonothérapie, épilation, orthophonie, chirurgie de féminisation du visage ou de virilisation du torse) indépendamment de toute « expérience en vie réelle ». Chaque personne peut ainsi choisir d'avancer à son rythme dans son parcours de transition, en mettant en œuvre des éléments de transition sociale (vêtements etc.) lorsqu'elle s'y sent prête – parfois dès le début mais parfois plus tard.

[76] **Concernant le point, encore plus central, de la « validation psychiatrique » de la transidentité, tant les professionnels que les personnes concernées s'accordent à y voir une mesure inappropriée.** Ceci procède d'une part d'un mouvement de fond qui est venu remettre au centre la notion d'autodétermination du genre. Dans cette lecture des choses, le genre d'une personne est tout simplement le genre dans lequel cette personne déclare se situer. **Par ailleurs, des professionnels de la santé mentale ont fait part à la mission de leur inconfort face à un dispositif qui les *instrumentalisait* (selon leurs propres termes),** en leur "*demandant de valider le genre de la personne, c'est à dire de faire une chose qui n'est pas du domaine de compétence des professionnels de la santé mentale* ».

[77] Les pratiques des professionnels interrogés sont actuellement diverses, en matière de « validation psychiatrique » : certains s'en dispensent tout simplement, d'autres demandent un certificat psychiatrique avant d'entamer des soins, dans ce cas davantage dans le but de respecter les préconisations des textes réglementaires que par conviction de l'intérêt clinique d'une telle évaluation psychiatrique. Les pratiques varient ici en fonction des enjeux thérapeutiques : il semble que la majorité des équipes chirurgicales demandent ce certificat psychiatrique dans un souci médico-légal, tandis que certains généralistes, gynécologues ou endocrinologues s'en dispensent pour l'hormonothérapie.

[78] En clair, nous passons à **un modèle dans lequel la personne détermine librement et elle-même son genre ainsi que le recours à tel ou tel traitement, informée des bénéfices attendus mais également des risques et du caractère réversible ou non de ce dernier.** Il s'agit donc à ces étapes de décision thérapeutique, de savoir identifier d'éventuelles contre-indications²⁷ et de partager cette évaluation de la balance bénéfices-risques avec la personne, afin d'identifier des solutions alternatives qui puissent lui convenir le cas échéant, et de lui permettre de poursuivre des choix éclairés par toutes ces informations.

[79] On évolue depuis une dizaine d'années, d'un modèle dans lequel la personne transgenre devait être « validée en tant que telle » par un psychiatre et « prouver » son identité de genre par une « expérience en vie réelle », à un modèle dans lequel la personne détermine librement son genre et où l'enjeu s'est reporté pour les soignants sur le fait de créer les conditions d'un « libre choix éclairé » quant aux options thérapeutiques.

²⁷ Par exemple portage d'un gène BRCA2 prédisposant au cancer du sein et projet d'hormonothérapie féminisante)

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

1.2.2.1 Les produits prescrits

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

- Les œstrogènes, qui permettent une féminisation de l'apparence physique (notamment pousse de la poitrine, modification de la répartition des graisses corporelles),
- Les anti-androgènes, qui soit empêchent la sécrétion d'hormones masculines, soit empêchent ces hormones d'agir sur leurs récepteurs,
- La progestérone, parfois prescrite à visée anti-androgène mais également parfois pour compléter l'action des œstrogènes.

[81] Ces médicaments sont de maniement relativement simple, la prescription initiale se faisant à faible dose et l'adaptation posologique étant guidée par le résultat clinique et les dosages hormonaux sanguins. Toutefois ils présentent certains risques, notamment les œstrogènes (risque de thrombose en cas de surdosage ou de prescription sur un terrain à risque thrombotique ; risque de cancer du sein chez les sujets génétiquement prédisposés).

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

[83] Certains endocrinologues rencontrés par la mission ont formé l'hypothèse que les gynécologues (qui utilisent couramment œstrogènes et progestérone notamment dans le cadre de traitements hormonaux substitutifs de la ménopause) seraient de tous les spécialistes, ceux qui maîtrisent le mieux ces médicaments.

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

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

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

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

Les difficultés d'accès aux traitements hormonaux relèvent de :

- Des traitements hors AMM, ce qui génère une prise de risque pour les médecins de nature à renforcer les réticences à la prescription et induit théoriquement un non remboursement ; dans les faits, les traitements sont remboursés dans le cadre de l'ALD.
- Un manque de médecins, spécialistes et généralistes, acceptant de prescrire (cf encadré sur le testing réalisé par OUTrans en Ile-de-France), ce qui pose particulièrement problème en cas de

situations complexes avec des pathologies associées ;des médecins prescripteurs vite débordés par l'afflux de patients, venant de loin alors qu'il s'agit de traitements de proximité, du fait de leur faible nombre.

Un phoning réalisé en 2021 par l'association OUTrans auprès de 62 endocrinologues franciliens, demandant un rendez-vous dans la perspective d'une prescription de traitement hormonal dans le cadre d'un parcours de transition, a donné les résultats suivants : 6 endocrinologues n'acceptaient plus de nouveaux patients, 18 n'ont jamais rappelé suite au message laissé, 33 ont décliné la demande de rendez-vous (incompétence, refus ou renvoi), 5 ont accepté dont 2 sous conditions (pas de primo-prescription, certificat psychiatrique).

- Un cadre de prescription qui reconnaît imparfaitement la place des médecins généralistes, pourtant souvent en première ligne dans le suivi et la primo-prescription des traitements hormonaux ; ils ne peuvent ainsi être primo-prescripteurs de testostérone. Dans la pratique, un certain nombre de médecins généralistes rencontrés par la mission ont fait le choix de passer outre le cadre réglementaire et de primo-prescrire la testostérone, facilitant ainsi l'accès à l'hormonothérapie des hommes transgenres qu'ils suivent, mais s'exposant sur le plan médico-légal.
- Des pratiques de prescription qui débordent parfois du cadre légal de prescription (pas d'inscription « hors AMM » sur les ordonnances, primo-prescription de testostérone) dans le cadre d'une approche visant à éviter l'automédication et sécuriser l'accès aux soins des patients.
- Des « formats » de produits remboursés mal adaptés aux besoins de l'hormonothérapie ; par contre les personnes font par exemple état d'un besoin d'œstrogènes injectables, non remboursés en France.
- Un recours important à l'automédication hors cadre légal (partage de médicaments et d'ordonnances avec des pairs, achat sur internet de produits à l'étranger, y compris non autorisés en France) avec les risques sanitaires induits.
- Des connaissances encore perfectibles sur l'impact des traitements dans la très longue durée, et surtout l'absence d'études cliniques engagées par les laboratoires pour changer l'AMM.

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

1.2.3.1 Les types de chirurgie

[87] **Dans les parcours féminisants, la chirurgie d'affirmation de genre²⁸ recouvre** : des interventions de chirurgie pelvienne (création d'un néo-vagin par vaginoplastie), des interventions sur la poitrine (plasties d'augmentation mammaire), des interventions de féminisation du visage, du cou, ou de la silhouette.

²⁸ Le terme de chirurgie d'affirmation de genre semble désormais privilégié sur celui de « chirurgie de réassignation ».

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

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

[89] **Compte tenu des problèmes de codage, il est relativement complexe de tracer de façon précise le recours à la chirurgie d'affirmation dans ses différentes dimensions** (masculinisantes ou féminisantes, pelvienne ou autres formes de chirurgie). Plusieurs approches sont possibles. En 2020, l'assurance maladie a donné 344 accords à des demandes d'entente préalable pour des chirurgies d'affirmation pelvienne et mammaire mais il s'agit d'une estimation basse car plusieurs équipes chirurgicales interrogées par la mission ont signalé qu'elles ne demandaient pas d'entente préalable pour la chirurgie pelvienne. Dans le même temps, 1615 séjours en MCO ont été enregistrés avec un code diagnostic F64 (transsexualisme). La CNAM a par ailleurs compté en 2020, 1260 actes rattachables à une forme de chirurgie d'affirmation de genre (pelvienne, mammaire, du visage...) pour des personnes bénéficiant de l'ALD au titre de la transidentité. **L'ordre de grandeur du nombre de chirurgies d'affirmation réalisées en 2020 se situe donc vraisemblablement autour du millier.**

[90] Pour approcher le nombre d'interventions chirurgicales réalisées dans le cadre d'un parcours de transition, la mission s'est basée sur le nombre de séjours en établissements MCO pour lesquels le code diagnostique est F64 ("transsexualisme"). Ces séjours regroupent très vraisemblablement des interventions chirurgicales d'affirmation (vaginoplastie, phalloplastie, plastie mammaire d'augmentation, mastectomie, chirurgie du visage...) mais aussi des séjours plus brefs motivés notamment par la gestion des possibles complications chirurgicales. Il est également aussi possible qu'à la marge le codage mentionne un diagnostic de "transsexualisme" sans que le séjour ne corresponde directement à une chirurgie d'affirmation.

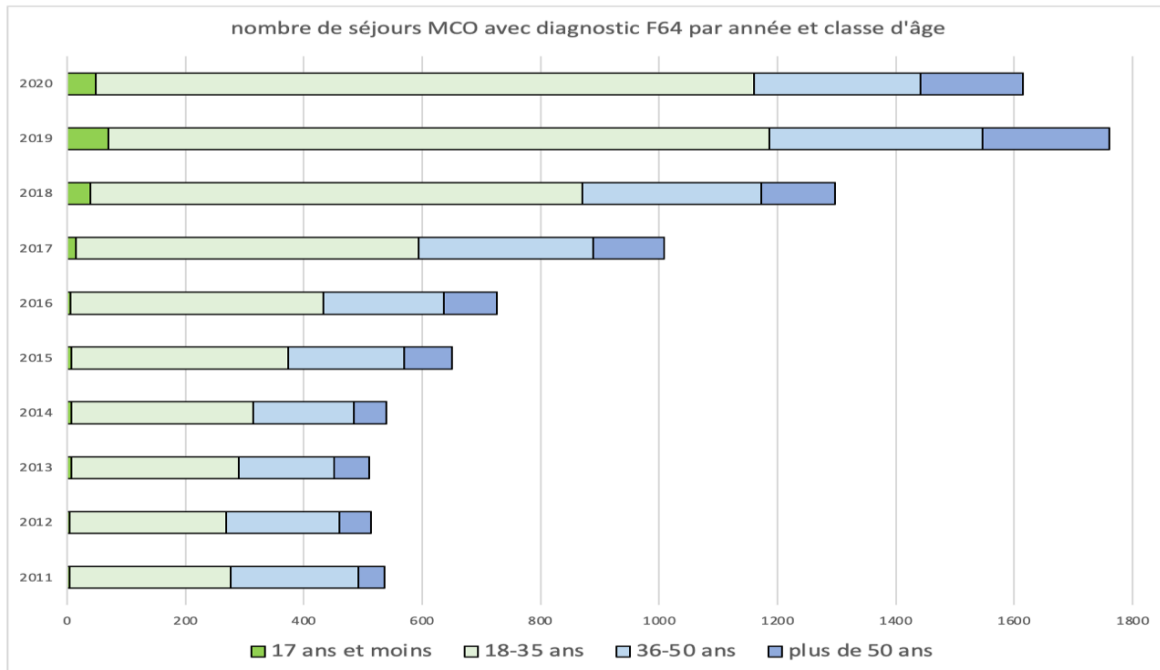
[91] **Si l'on considère l'ensemble des séjours, le nombre de ceux-ci a été multiplié par trois entre 2011 et 2020, la part de séjours ayant lieu dans des établissements du secteur privé passant de 10% à 28%.**

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

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

source de données : ATIH

On observe un rajeunissement des patients concernés par une intervention de chirurgie d'affirmation de genre, les 18-35 ans représentant 70 % des séjours en 2020 contre 50 % en 2011, la part des 36-50 est quant à elle passée de 40 % en 2011 à 17 % en 2020.



source de données ATIH

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

source de données ATIH

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

source de données ATIH

[92] Afin d'approcher l'activité chirurgicale d'affirmation la plus complexe techniquement, à savoir la chirurgie pelvienne, la mission a procédé à une analyse complémentaire sur les séjours F64 durant lesquels au moins un acte CCAM correspondant à un geste chirurgical pelvien a été coté²⁹. **Le nombre des séjours durant lesquels un acte de chirurgie pelvienne a été réalisé a doublé entre 2011 et 2020, pour dépasser 400 séjours, avec une augmentation relativement brutale de la part du privé en 2020.**

²⁹ Codes CCAM utilisés pour caractériser les chirurgies pelviennes dans l'exploitation du PMSI : JZMA001, JZMA003, JHMA004, JHMA008, JHMA007, JHLA001, JHLA002, JHLA003, JHLA004, JHLA005, JHLA006, JLFA003, JLFA004, JKFA004, JKFA005, JKFA006, JKFA013, JKFA015, JKFA018, JKFA020, JKFA028, JKFC003, JKFC005, JHGA001, JHGA003, JHKA004, JEMA011, JEMA013, JEMA016, JEMA017, JHAA001, JHFA002, JZMA002, JMMA001, JLMA002, JLMA004, JHKA002, JHFA008, QZJA001,

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

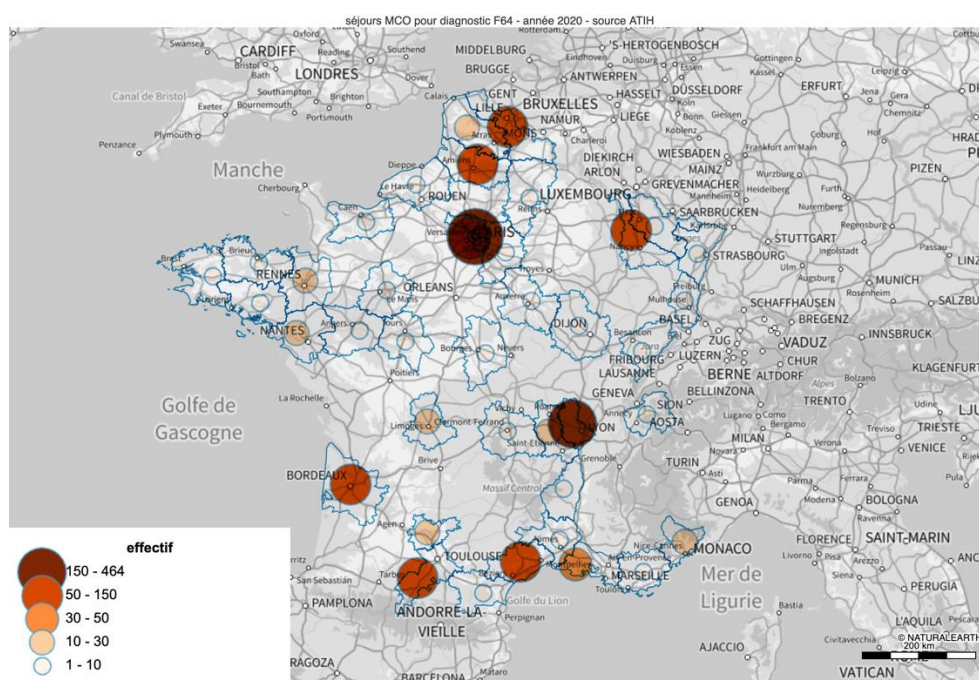
année	nombre de séjours			proportion privé
	public	privé	total	
2011	196	14	210	7%
2012	175	17	192	9%
2013	176	10	186	5%
2014	230	18	248	7%
2015	252	26	278	9%
2016	268	28	296	9%
2017	298	18	316	6%
2018	303	21	324	6%
2019	344	25	369	7%
2020	269	142	411	35%

source de données ATIH

[93] Si l'on s'intéresse à la répartition sur le territoire des établissements réalisant des prises en charge chirurgicales d'affirmation, elle apparaît évolutive dans le temps et très inégale géographiquement, en particulier s'agissant de la chirurgie pelvienne.

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

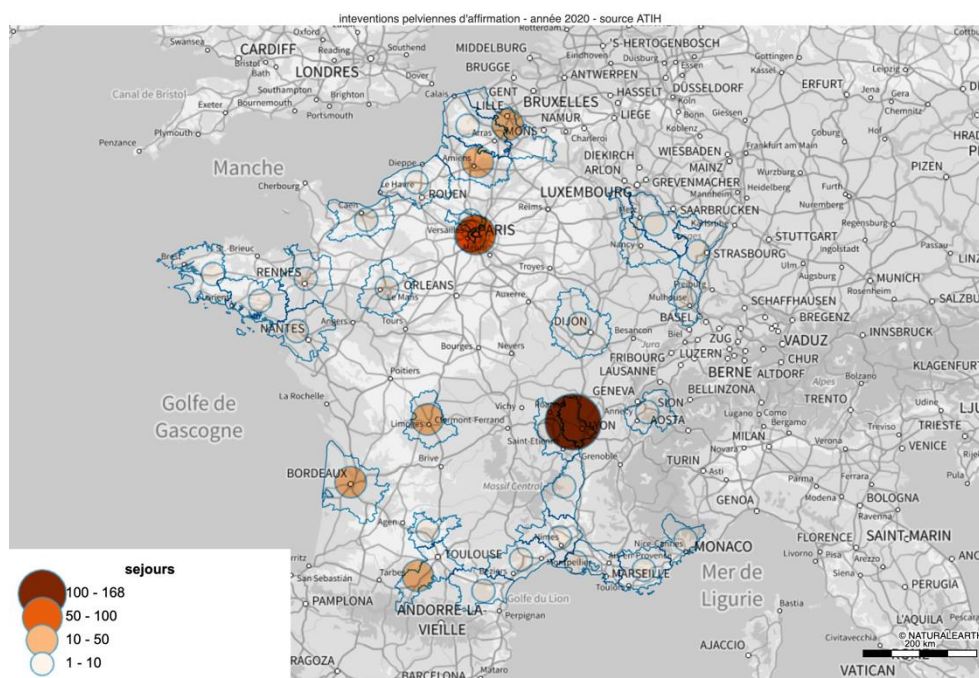
Carte 1 : Volume de séjours en MCO avec code diagnostique F64 "transsexualisme" entre 2020 par département



Source : Mission à partir des données du PMSI.

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

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



Source : Mission à partir des données du PMSI.

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

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

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

source de données ATIH

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

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

source de données ATIH - chirurgie d'affirmation pelvienne 2019

[97] **Cette augmentation pourtant importante de l'activité sur le territoire national ne suffit pas à répondre à une demande elle aussi en forte croissance.** Ainsi, les équipes chirurgicales interrogées par la mission signalent des délais de plusieurs années pour une vaginoplastie (entre 2 ans à Paris hôpital Tenon et jusqu'à 5 ans à Lyon) et des listes d'attente importantes (au CHU de Lille 150 personnes sont en liste d'attente). Si les personnes qui en ont les moyens peuvent le cas échéant se faire opérer à leurs frais à l'étranger, l'accès à une offre de soins publique reste la seule solution accessible pour nombre de personnes trans.

[98] Enfin, les associations de personnes trans ont fait état de problèmes de qualité des soins (problèmes post opératoires et nécessité de nouvelles interventions), souvent liés à un faible niveau d'activité. Ont également été signalés, y compris par les équipes médicales, une éducation thérapeutique et des soins post opératoires perfectibles pour des opérations aussi complexes que les vaginoplasties ou phalloplasties), faute de personnels soignants formés, même si de bonnes pratiques existent.

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

[99] Plusieurs types d'actes, importants pour le bien-être des personnes, sont mal pris en charge, étant considérés comme relevant du registre de l'esthétique :

- L'épilation définitive, limitée à quelques zones du corps, fait l'objet d'un forfait à la séance est très éloigné des prix réels, et d'un nombre de séances prévues par forfait souvent inadapté ; elle essuie de nombreux refus de prise en charge.
- Les implants et prothèses capillaires, pour les femmes trans, alors que la calvitie peut constituer un marqueur important de genre dans la vie des personnes,

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

[100] **Dans le cadre du parcours de transition, l'accompagnement par un psychiatre ou un psychologue, sans être une nécessité, peut se révéler utile, non pour valider le choix de la personne, mais pour l'aider à gérer un parcours de soins générateur de stress, et à prendre en compte le retentissement psychique des transformations du corps ainsi que les impacts de la transition sur l'ensemble de sa vie personnelle.** « L'observation » psychiatrique requise dans le « parcours protocolaire » peut parfois servir d'appui mais le fait qu'elle conditionne l'accès aux traitements est de nature à biaiser la relation thérapeutique et la rendre ineffective dès lors qu'elle est imposée et non proposée aux personnes. Les standards de soins de la WPATH 7 préconisaient d'ailleurs de désigner deux soignants distincts pour assurer les fonctions d'évaluation et d'accompagnement, ce que proposent certaines équipes hospitalières dotées de psychologues.

[101] Cet accompagnement peut être d'autant plus utile, voire nécessaire, que la prévalence des troubles psychiques est plus forte chez les personnes trans qu'en population générale, avec notamment des taux plus élevés de suicidalité. Or, selon des interlocuteurs rencontrés par la mission, les expressions de mal-être et les pensées suicidaires peuvent être amplifiés à certaines étapes du parcours de transition, notamment au moment du coming-out, dans les périodes d'attente avant des soins de transition, ou encore au moment d'un geste chirurgical de réassignation.

[102] Du fait notamment de la psychiatisation excessive des parcours de transition qui prévalait jusqu'à maintenant, il existe une sorte de "passif historique" dans les relations entre les personnes transgenres et le monde de la psychiatrie, lequel pèse sur la demande de soins. Lorsque la demande existe, la saturation des équipes de santé mentale, qu'il s'agisse de CMP adultes ou enfants, obère fortement la réactivité des réponses et l'accès aux soins, comme pour l'ensemble de la population. L'accès aux psychologues libéraux, non pris en charge par la sécurité sociale jusqu'à une réforme récente entrant en vigueur en 2022³⁰, se révélait souvent financièrement impossible ; cela a conduit d'ailleurs de nombreuses associations de personnes transgenre à proposer des consultations de psychologues gratuites, mais dans des conditions souvent précaires, faute de financement pérenne.

[103] **Par-delà le recours aux professionnels de santé, le soutien par les pairs se révèle très précieux face à des parcours compliqués.** Les associations sont bien sûr en première ligne dans ce soutien, d'où l'importance de les faire connaître dans le cadre du parcours de soins. Des équipes hospitalières proposent aussi des groupes de parole entre pairs.

1.2.5 Une préservation éventuelle de fertilité en cours de structuration

[104] Si les traitements hormonaux ne conduisent pas obligatoirement à l'infertilité, leur poursuite au long cours peut avoir un impact sur la fertilité des personnes, avec des réalités différenciées selon la nature des traitements (masculinisants ou féminisants). Ainsi une information adaptée et complète est-elle nécessaire à l'amorce de traitements hormonaux, complétée d'informations concernant les possibilités de préservation de gamètes. De même, l'information concernant la préservation de gamète est nécessaire en amont d'interventions chirurgicales ayant un impact définitif sur la fertilité (hystérectomies, orchidectomies). Or cette information est souvent absente et l'orientation vers un CECOS susceptible d'informer, d'accompagner la réflexion des personnes et de réaliser les actes de

³⁰ 10 consultations susceptibles d'être prises en charge dans un parcours de soins coordonné.

préservation, est loin d'être généralisée, en dépit d'une recommandation du Défenseur des Droits datant de 2020 ³¹.

[105] Un accès à la préservation des gamètes est désormais permis pour tous par la loi de bioéthique du 2 août 2021 ; la loi précise que « *lorsque la préservation est des gamètes est justifiée par une prise en charge médicale de nature à altérer la fertilité, les bénéficiaires peuvent être majeurs ou mineurs ; les frais sont pris en charge par la sécurité sociale (Art 31, CSP L 2141-1)* », ce qui doit pouvoir s'appliquer aux personnes concernées par un parcours hormonal ou chirurgical de de transition. Toutefois, la récente loi de bioéthique n'autorise pas explicitement l'utilisation des gamètes en cas de changement de genre à l'état civil³², ce qui place les personnes concernées dans une incertitude majeure quant à la portée de leur démarches de préservation de fertilité.

[106] La plupart des CECOS commencent à s'organiser pour délivrer l'information nécessaire et faciliter les démarches de préservation. Ces dernières restent encore rares faute d'information, du fait du caractère invasif de certains actes de préservation (notamment le prélèvement d'ovocytes) ou d'un refus de décaler ou suspendre le traitement hormonal le temps d'effectuer la préservation. Le sujet est encore plus complexe à aborder avec les plus jeunes et leurs parents, en cas de blocage de la puberté ou d'engagement d'un traitement hormonal.

Une étude³³ sur l'activité de 28 CECOS de mai 2018 à décembre 2019 fait ressortir les éléments suivants : 581 personnes trans reçues avec un âge moyen 22 ans.

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

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

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

[107] L'accès des mineurs à un parcours de transition constitue l'une des questions les plus sensibles et les plus polémiques, au-delà d'ailleurs des seules frontières nationales³⁴. Trois questions sont au cœur des débats portés sur la place médiatique ³⁵ : quelles causes à l'origine de la demande croissante

³¹ Décision –cadre n° 2020-136 du 18 juin 2020, recommandation n°8 : « Le Défenseur des droits recommande au ministère des Solidarités et de la santé de diffuser une circulaire visant à garantir le recueil, la conservation et la prise en charge financière des gamètes des personnes transgenres dans l'ensemble des CECOS du territoire ».

³² Un homme trans ayant changé d'état civil ne peut pas récupérer ses ovocytes et par ailleurs le don dirigé n'est pas autorisé.

³³ Eustache F, Drouineaud V, Mendes N, et al. Fertility preservation and sperm donation in transgender individuals: The current situation within the French CECOS network. *Andrology*. 2021;1-9. <https://doi.org/10.1111/andr.13075>

³⁴ La décision de justice de la Haute cour de Londres du 1^{er} décembre 2020 dans le jugement Bell v. Tavistock recommandait pour les mineurs de moins de 16 ans, une suspension des traitements bloqueurs de puberté du fait d'une maturité insuffisante pour permettre un consentement éclairé ; pour les mineurs de 16 et 17 ans bénéficiant d'une présomption de capacité juridique à émettre un tel consentement, elle estimait que les médecins pouvaient considérer devoir demander l'autorisation d'un tribunal, avant d'engager des traitements ; ce jugement a été cassé en appel à l'automne 2021. Dans le même temps, des positions plus restrictives ont été prises en particulier en Suède par l'hôpital Karolinska qui prend en charge ces situations.

³⁵ « L'appel de l'observatoire des discours idéologiques sur l'enfant et l'adolescent : impact des pratiques médicales sur les enfants diagnostiqués « dysphoriques de genre » qui figure sur le site www.observatoirepetitesirene, développe les arguments contre un accès précoce aux traitements de transition.

de soins de transition chez les mineurs ? Quelle faisabilité d'un consentement éclairé pour de jeunes mineurs ? Quelle balance bénéfiques/risques de traitements précoces ?

[108] Sur ces différents points, le nombre de travaux scientifiques ayant force de preuve reste relativement limité, du fait en particulier de cohortes à trop faibles effectifs, comme l'indiquent les standards de soins (SDS) version 8 de la WPATH en cours de concertation³⁶. Pour autant, cette société savante dégage un certain nombre de conclusions sur l'accès aux parcours de transition, qui semblent pouvoir éclairer le débat (cf partie 3).

Extrait du chapitre Adolescents des SDS 8 de la WPATH en cours de concertation : « Pour conclure, quoique les échantillons existants portaient sur des relativement petits groupes de jeunes (de 22 à 101 par étude) et que le temps de suivi variait selon les études (6 mois à 7 ans), la base de preuve émergente indique une amélioration générale dans les vies des adolescents trans qui, après une évaluation soignée, reçoivent un traitement médical d'affirmation de genre adapté. Par ailleurs, les taux de regret constatés sur la période de suivi sont faibles. Globalement, les données montrent qu'une intervention médicale précoce, conçue comme une dimension d'approches plus larges, combinant des démarches d'évaluation et de traitement, axées à la fois sur la dysphorie de genre et sur le bien-être général, peuvent être efficaces et aidantes pour beaucoup d'adolescents recherchant ces interventions. »

[109] **Les échanges établis par la mission dans le cadre de ses travaux font quant à eux ressortir une très forte croissance depuis 10 ans du nombre de mineurs en questionnement de genre et en demande de transition**³⁷. En revanche, on ne dispose pas de chiffre global sur le nombre de jeunes en cours de prise en charge ; l'importance du sujet justifierait de conduire une enquête auprès des services (hospitaliers, maisons des adolescents MDA) et professionnels libéraux accompagnant des mineurs trans. **Les chiffres de la CNAM font ressortir 294 bénéficiaires de l'ALD de moins de 18 ans en 2020** (8 en 2013), ce qui ne rend compte probablement que très partiellement le nombre réel de mineurs suivis.

[110] Si les services de pédopsychiatrie peuvent être amenés à recevoir des enfants prépubères, relevant ou non d'un diagnostic de dysphorie précoce du genre, la grande majorité des mineurs concernés sont des adolescents, avec une part croissante, voire majoritaire d'adolescents FtM³⁸. Moins d'autocensure qu'autrefois pour faire état d'une identité de genre « non conforme », place accrue du genre dans les questionnements identitaires globaux à l'adolescence, approche moins binaire du genre dans les nouvelles générations : les interprétations sont ouvertes et le phénomène mériterait un investissement en termes de recherche.

[111] **L'accompagnement des mineurs appelle des réponses particulièrement fines, compte tenu d'une part de la spécificité de l'adolescence et d'autre part de facteurs de vulnérabilité renforcée observés chez de nombreux mineurs trans**³⁹ :

- La période de l'adolescence étant par nature marquée par des questionnements, des fragilités et des comportements réactionnels, la prise en compte du questionnement de genre des mineurs doit être resituée dans une approche globale du développement de ces derniers. Cet

³⁶ Selon la WPATH, si le nombre de preuves de l'efficacité des traitements croît, lentement toutefois, le nombre d'études reste bas, avec peu de travaux suivant les jeunes à l'âge adulte.

³⁷ S'agissant de la prévalence, peu d'études sont disponibles. Deux études auprès d'adolescents d'âge collège à San Francisco et en Nouvelle Zélande font état d'un taux de prévalence de 1,2 % et 1,3 % (Clark et al 2014 ; Schiles et al 2013).

³⁸ Dans le service spécialisé de la Pitié Salpêtrière, on compte 64 % de FtM parmi les nouveaux patients.

³⁹ Quelques références bibliographiques : La dysphorie de genre chez l'enfant et l'adolescent : revue de littérature, N. Mendes, C. Lagrande, A. Condat, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* (2016) 64, 240-254 ; Approach to the management of children and adolescents with gender dysphoria, L. Martinerie, A. Condat, A. Barggiacchi, C. Bremont-Weill, MC de Vries, SE Hannema *European Journal of endocrinology* (2018)179, R219-R237

accompagnement doit permettre aux jeunes de clarifier leurs choix de s'orienter, ou pas, vers un parcours de transition et d'être pleinement soutenus dans ce dernier.

- Les adolescents arrivent souvent avec un sentiment d'urgence, voire en situation d'urgence après un passage à l'acte ; or les réponses apportées doivent souvent s'inscrire dans le temps pour comprendre et coconstruire les réponses adaptées avec les jeunes et leurs familles. Une partie des jeunes ont par ailleurs déjà entamé leur transition sociale quand ils arrivent dans un service de soins.
- Une partie des jeunes trans souffre de facteurs de vulnérabilités importants (décolarisation, harcèlement, troubles anxieux, troubles du spectre autistique, tentatives de suicide...). Dans le service spécialisé de la Pitié Salpêtrière, environ la moitié des jeunes suivis relèvent de situations complexes (hospitalisations passées, tentatives de suicide, schizophrénie ...), ce qui est moins marqué dans des structures non spécialisées « trans » comme les MDA.
- Le soutien familial et la dimension d'acceptation sociale (en milieu scolaire notamment) ont un rôle fondamental pour réduire la souffrance et aider l'adolescent à évoluer dans son identité de genre de façon harmonieuse. D'où l'importance d'une part, d'initiatives institutionnelles pour mieux accueillir les mineurs transgenres (la circulaire du ministère de l'Éducation nationale de 2021 est un premier pas) et d'autre part, de faire toute sa place au soutien communautaire entre pairs.

[112] **Face à cette demande de transition sensible et en forte croissance, les réponses ont du mal à suivre, en dépit d'initiatives pour les développer.** Les mineurs et leurs parents sont aussi, voire plus, démunis que les adultes trans pour trouver à qui s'adresser ; trouver un psychologue, un psychiatre ou un endocrinologue accessible, bienveillant et formé relève de l'impossible dans certaines régions, d'où de l'errance, de l'urgence et des suivis qui se font parfois dans des services distants de plusieurs centaines de kilomètres du lieu de vie des jeunes.

[113] **On peut se féliciter du développement de consultations spécialisées en milieu hospitalier.** En 2018, on en comptait 9 dont 6 en région (Lille, Rouen, Tours, Bordeaux, Toulouse, Marseille) et 3 à Paris (La Pitié Salpêtrière, le CIAPA et Robert Debré). Toutes les régions ne sont donc pas couvertes et les services existants sont saturés, avec souvent des listes d'attente et délais importants⁴⁰.

[114] **Des praticiens formés aux problématiques trans (en Ville, dans les MDA) apportent des réponses, en dehors des consultations spécialisées.** Ces réponses indispensables restent encore trop modestes. Certains de ces praticiens (pédopsychiatres) se revendiquent formés mais pas « spécialisés » ou experts, estimant qu'il faut « dédramatiser » la prise en charge des mineurs trans et qu'il est même possible de la « déspecialiser », dans le cadre d'un travail en réseau et de formations.

[115] Autre pratique positive, un travail en réseau animé par le Dr Agnès Condat de la Pitié Salpêtrière, autour de la plateforme de coordination « Trajectoires trans', enfants, adolescent-e-s et jeunes adultes » (cf partie 2), qui met en lien de nombreux acteurs concernés par l'accompagnement des mineurs, au-delà même de l'Île-de-France.

⁴⁰ Au CHU de Lille, 50 mineurs en liste d'attente pour une file active de 66 en cours de suivi ; à la Pitié Salpêtrière, 80 en attente pour 250 suivis ; à Ste Anne, suspension des demandes de RDV car délais jugés non compatibles avec la réactivité visée.

[116] Les consultations et équipes spécialisées s'efforcent d'apporter un accompagnement psycho-social et médical global, en accueillant le questionnement de genre sans s'y limiter, et elles s'inscrivent dans un cadre pluridisciplinaire. Elles prennent en compte à la fois les jeunes et leurs parents, dans l'objectif de consolider la compréhension et l'acceptation familiale.

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

- Pour les enfants « créatifs dans le genre », la priorité est d'abord de leur permettre d'explorer leur identité de genre dans un environnement de vie bienveillant (famille, école ...), avec un soutien psycho-social (de l'enfant et de la famille) qui permette de réduire les risques de souffrance, de décrochage.
- Des bloqueurs de puberté peuvent être prescrits en particulier au début de la puberté (stade Tanner 2⁴¹). Ces traitements visent à suspendre le développement des caractères sexuels secondaires (poitrine, voie, pilosité) relevant du genre auquel le mineur ne s'identifie pas. Certes réversibles, ils ne sont toutefois pas anodins : il s'agit de vivre une adolescence sans les évolutions physiologiques, psychiques qui vont avec la puberté ; en cas de poursuite du parcours de transition, à l'âge adulte le recours éventuel à certaines chirurgies pelviennes de réassignation (vaginoplastie) peut se révéler plus complexe.
- Les traitements hormonaux permettant de développer des caractéristiques physiques secondaires en harmonie avec l'identité de genre du jeune, sont le plus souvent prescrits autour de 15, à l'âge d'entrée au lycée. Dans ce cas, il s'agit de traitements dont l'impact est en partie irréversible (pilosité, voix ...) et qui peuvent agir sur la fertilité.
- La chirurgie pelvienne d'affirmation n'est pas pratiquée avant 18 ans, compte tenu de son caractère irréversible et de son impact sur la fertilité. Toutefois des interventions mammaires sont pratiquées, après une période d'hormonothérapie et souvent quelques mois avant la majorité, comme en témoignent les données du PMSI⁴².

[118] **Les débats portent sur les conditions d'un consentement éclairé pour les mineurs les plus jeunes**, notamment au moment du recours à des bloqueurs de puberté, sachant que les parents sont alors en première ligne. Pour les mineurs plus âgés, la question se pose aussi vu l'impact à vie de certains traitements ; dans ce cas, c'est la convergence entre le désir de l'adolescent et un accord parental au titre de l'autorité parentale qui doit être également travaillée.

[119] L'équilibre bénéfices/risques de traitements à vie, en partie irréversibles et qui, dans le cas de traitements hormonaux, n'ont pas fait l'objet d'études au long cours sur des cohortes importantes, fait débat. Cependant, comme l'indique la WPATH, cet équilibre doit tout autant prendre en compte les risques du non accès au traitement, en termes de mal-être des jeunes concernés, de ruptures scolaire et sociale, de recours à l'automédication « sauvage » pour l'hormonothérapie, avec un impact conséquent pour la santé et le devenir de ces jeunes. Les jeunes regrettant à l'âge adulte leur parcours de transition semblent rares, même si des situations de cette nature alimentent le débat contre les approches thérapeutiques transaffirmatives.

⁴¹ L'âge correspondant au stade Tanner 2 varie d'un mineur à l'autre selon la précocité de la puberté ; les mineurs prépubères concernés par une dysphorie de genre précoce ne sont en aucun cas concernés par ces traitements.

⁴² 48 séjours hospitaliers avec un diagnostic principal de « transidentité » ont concerné des mineurs en 2020 ; aucun comprenant des actes de chirurgie pelvienne.

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

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

[120] Les expériences récurrentes de discriminations vécues par les personnes trans dans le recours aux soins, qu'il s'agisse de soins liés aux parcours de transition ou liés à leur santé globale, ont souvent pour conséquence des non-recours ou un recours tardif aux soins et une position souvent peu en confiance vis-à-vis des professionnels de santé^{43 44 45}. L'exposition à la précarité, souvent consécutive à des ruptures familiales, professionnelles ou sociales post « coming-out », pèse sur l'accès aux soins et à la prévention.

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

[122] Ces difficultés sont d'autant plus préjudiciables que les personnes trans sont surexposées aux maladies infectieuses, aux co-occurrences psychiatriques, et plus largement aux violences et à des pathologies liées à des conditions de vie précaires. Les données nationales issues de la CNAM confirment ainsi une surexposition supérieure à la population générale en termes d'affections psychiatriques et de VIH. Sur 9000 personnes en ALD au motif de transidentité 727 (8 %) sont ainsi concernées par une affectations psychiatrique de longue durée et 2,9 % par une ALD au titre du VIH.

1.3.2 Des facteurs accrus de vulnérabilité psycho-sociale

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

[123] **La précarité matérielle qui touche de nombreuses personnes trans est directement liée à la stigmatisation que subissent encore les communautés trans.** Bien que le regard social sur les transidentités ait largement évolué ces dix dernières années, la révélation d'un désir de transitionner ou d'un parcours passé de transition, « coming-out », est bien souvent suivie de ruptures ou de violences : rupture de liens familiaux, mise à la rue, déscolarisation, perte d'un emploi ou difficultés à trouver un emploi, conséquences sur la vie affective, etc. Ces ruptures, notamment lorsqu'elles surviennent quand les personnes sont très jeunes, ont des conséquences sur l'ensemble du parcours de vie des personnes, et peuvent conduire à des situations d'isolement très fortes, qui ont elles-mêmes des conséquences sur la santé psychique et somatique des personnes.

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

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

⁴⁵ Samuels, Elizabeth A, Chantal Tape, Naomi Garber, Sarah Bowman, et Esther K Choo. « "Sometimes You Feel Like the Freak Show": A Qualitative Assessment of Emergency Care Experiences Among Transgender and Gender-Nonconforming Patients » 71, no 2 (2018): 14

[124] **Pour ces personnes isolées, voire en situation de grande précarité, les difficultés générées par la complexité des démarches administratives, l'opacité de l'information et les restes à charge, majorent les difficultés d'accès aux soins**⁴⁶. Il convient donc de prendre en compte la transphobie comme un facteur de précarisation à part entière, qui augmente d'autant plus la vulnérabilité de populations les plus précaires : sans-papiers et/ou travailleuses du sexe.

[125] L'éloignement du soin et les difficultés d'accès aux parcours de transition peuvent conduire à des pratiques d'automédication pouvant avoir des conséquences néfastes pour la santé des personnes. Ainsi, les injections non médicalisées de silicone, très répandues depuis les années 2000 en Amérique du Sud, et de plus en plus courantes en Europe, ont pour conséquences des infections à répétition, des pathologies cardio-vasculaires liées à la diffusion du silicone dans l'ensemble du corps et des tissus, et réduisent considérablement l'espérance de vie des personnes⁴⁷. En l'absence de traitement permettant l'extraction du silicone, de nombreuses femmes trans, en majorité originaires d'Amérique du Sud, vivent actuellement avec des symptômes handicapants et la perspective de complications à très jeune âge. Des recherches et actions de prévention sont à envisager pour faire face à cet enjeu important.

[126] D'autre part, **l'automédication hormonale concerne de nombreuses personnes trans**. Directement liées aux difficultés d'accès à des médecins acceptant de réaliser la primo-prescription d'un traitement hormonal, ces pratiques concernent les personnes transféminines tout autant que transmasculines, et poussent au déploiement d'actions de réduction des risques adaptées, dans l'attente d'une amélioration de l'accès à l'offre de soins liée aux traitements hormonaux.

Accès aux soins en lieux de détention

L'avis en date du 25 mai 2021 du Contrôleur Général des lieux de privation de liberté portant sur la prise en charge des personnes trans⁴⁸ fait état de difficultés récurrentes à accéder aux soins liés aux transitions médicales pour les personnes incarcérées, qu'il s'agisse de personnes initiant un parcours de transition pendant leur détention, ou de personnes trans incarcérées déjà engagées dans des parcours médicaux.

Il est ainsi noté dans cet avis, « *De nombreuses difficultés rencontrées par les personnes transgenres privées de liberté révèlent les problèmes plus généraux auxquels les autorités peinent à faire face : protéger les personnes vulnérables sans faire peser sur ces dernières des contraintes additionnelles, garantir la sécurité des personnes dans des établissements surpeuplés, prévenir les risques suicidaires, penser la mixité dans les établissements dans un contexte où la question de la sexualité est rarement abordée autrement que sous l'angle des risques d'agression.* ». L'avis recommande de mener des recherches sur la santé des populations trans, d'adapter « *le cadre juridique actuellement obsolète et contradictoire* », de former les professionnels intervenants dans les lieux de privation de liberté. Concernant l'accès aux soins, la garantie d'une prise en charge sanitaire adaptée dans le cadre d'une transition médicale est une recommandation centrale, dans un souci d'égalité avec les personnes bénéficiant de soins à l'extérieur, via le souci d'accès à la continuité des soins.

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

[127] La question de l'accès à la psychiatrie pour les personnes trans est marqué par l'histoire de la psychiatrisation des personnes trans, et par des pratiques rares mais ayant toujours cours,

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

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

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

surpathologisant les parcours trans, et empêchant le traitement de co-occurrences psychiatriques autrement que par le prisme de la transidentité telle que vue par le soignant. En effet, il convient de rappeler que la co-occurrence de troubles psychiatriques ne constitue pas un obstacle à l'accès aux soins liés à la transition médicale : la littérature faisant état de « troubles de l'identité de genre » comme symptômes de troubles est inexistante. L'état des connaissances, en clinique et dans la littérature scientifique, font en revanche plutôt état d'une amélioration globale de l'état de santé des personnes, y compris des symptômes liés à des co-occurrences psychiatriques, dès lors qu'une réponse soutenante et « affirmative⁴⁹ » est apportée aux questions liées à la transidentité.

[128] Comme pour les pratiques de non-recours aux soins primaires, le non-recours aux soins psychiatriques bute sur ce contexte de prise en charge, qui s'ajoute à un contexte général de difficultés d'accès aux soins psychiatriques, souvent saturés et sous dotés. Pourtant, la co-occurrence de troubles psychiques parmi les personnes trans est renseignée et appelle à l'élaboration de parcours de soins adaptés. Notamment, les personnes trans sont exposées à un très fort surrisque de suicidalité⁵⁰, tout au long de leur vie : ce risque est minoré par un accès aux parcours de transition facilité, une plus forte inclusion et acceptation dans l'ensemble de la société, et des politiques publiques protectrices de leurs droits⁵¹, et augmenté par des situations de précarité et de discriminations croisant la transphobie⁵².

[129] Enfin, il est important de noter l'impact salvateur d'un environnement social soutenant, qu'il s'agisse à la fois d'un environnement familial protecteur, et de relations avec des pairs, au sein d'associations notamment⁵³ : la question de la prévention du suicide nécessite une approche globale, prenant en compte le bénéficiaire d'un tissu social riche comme facteur favorisant une réponse moindre au stress minoritaire, souvent facteur d'isolement et de détresse parmi les personnes trans.

1.3.2.3 Une exposition accrue au VIH et IST et un accès à la santé sexuelle non adapté

[130] Les vulnérabilités consécutives des discriminations et des ruptures des liens affectifs et familiaux, font des populations trans une des populations les plus exposées au VIH et IST, et parmi elles, les femmes trans, travailleuses du sexe et nées à l'étranger comme groupe surexposé. En découlent des enjeux d'éducation en santé, de dépistage, de réduction des risques (notamment accès à la PrEP) et des besoins *d'outreach* pour toucher les populations les plus précaires.

[131] Concernant le VIH, si il reste difficile d'évaluer la prévalence de l'épidémie parmi les personnes trans, la taille de la population de référence restant incertaine, les données annuelles relatives aux infections à VIH démontrent une exposition particulière des personnes trans, les diagnostics d'infection à VIH chez des personnes trans représentant près de 1% de l'ensemble des diagnostics en

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

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

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

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

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

France depuis 2012⁵⁴. Parmi les découvertes de séropositivité, en France, en 2019, 83% de celles qui concernaient des personnes trans concernaient des personnes trans nées à l'étranger, et concernaient en très grande majorité des femmes trans. Ces données sont cohérentes avec les données internationales, qui estiment à 19 % le taux de prévalence au VIH parmi les femmes trans⁵⁵

[132] S'ajoutent également **des problèmes d'accès à une offre gynécologique adaptée pour les hommes trans, et des difficultés d'accès aux programmes de dépistages généralisés une fois le changement d'état civil effectué.**

1.3.3 Un accès à la parentalité encore mal reconnu

[133] La question se pose en début de parcours de transition, en termes de préservation de fertilité mais aussi plus tard. La concrétisation du projet d'enfant, qui suppose la suspension des traitements de transition pose aussi la question de l'accès à PMA, dans des conditions légales différentes selon la typologie des situations (seules les couples de femmes, qu'elles soient cis ou trans, peuvent avoir accès au don de gamètes depuis la loi de bioéthique d'août 2021).

[134] Dans le même temps, la démedicalisation du changement de genre à l'état civil, qui permet d'éviter des chirurgies stérilisantes, est de nature à permettre la montée en puissance des situations de parents trans en couple de même sexe, accédant à la parentalité sans intervention médicale. Cette évolution soulève des questions juridiques de reconnaissance de paternité ou maternité, pointées par le Défenseur des Droits qui, « considérant les nouvelles réalités familiales, recommande au législateur d'intégrer la double reconnaissance maternelle ou paternelle pour les parents, notamment transgenres, de même sexe »⁵⁶.

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

1.4.1 Tension entre autodétermination et responsabilité médicale

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

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

⁵⁴ Cazein F, Bruyand M, Pillonel J, Stefic K, Sommen C, Lydié N, et al. Diagnostics d'infection à VIH chez des personnes trans, France 2012-2020. Bull Epidemiol Hebd. 2021;(20-21): 395-400. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/20-21/2021_20-21_3.html

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

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

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

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

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

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

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

[140] **L'expérience des patients trans joue dans ce champ comme dans d'autres domaines de la santé, un rôle essentiel. Il existe un savoir des personnes concernées et en l'espèce, ce savoir n'est pas uniquement de nature expérientielle.** Au fil du temps, du fait de la rareté relative des travaux scientifiques sur le sujet, de l'absence de recommandations de bonnes pratiques adaptées et des difficultés ressenties pour accéder à l'information, les personnes trans ont développé leurs propres outils de partage d'information. Ainsi, le site web Wiki Trans fait aujourd'hui figure d'outil de référence pour nombre de personnes concernées - comme d'ailleurs pour des praticiens⁵⁷. Cette action s'est inscrite dans un mouvement plus large de développement des associations trans, agissant sur un double registre, autosupport et lutte contre les inégalités et discriminations subies.

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

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

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

sur le sujet. Le premier, en revanche, repose sur une dimension fortement expérientielle et sur des échanges d'opinions entre personnes concernées, pas toujours articulée sur la littérature médicale⁵⁸.

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

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

[144] Historiquement, la prise en charge médicale des personnes trans s'est développée dans une logique de "concentration des compétences" dans un petit nombre de structures expertes et spécialisées. Cette vision conduirait à développer des centres de référence à même de prescrire et suivre des hormonothérapies, de réaliser tous les types de chirurgies d'affirmation, mais aussi de proposer si besoin une prise en charge adaptée en santé mentale et santé sexuelle pour les personnes trans.

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

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

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

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

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

constitution d'une expérience. Si des professionnels non spécialisés, mais formés, ont toute leur place, ils gagnent à pouvoir s'adosser à des équipes expertes.

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

2 Des pratiques de terrain inspirantes qui améliorent l'organisation des soins

[150] **La mission a repéré différents modèles d'organisation des soins émergeant du terrain qui apportent des solutions concrètes et témoignent du fait que des pratiques diverses sont possibles.** À visée illustrative, les « vignettes » de présentation retenues dans le rapport ne prétendent pas à l'exhaustivité, ni des démarches innovantes existantes ni de celles identifiées par la mission lors de ses travaux. Elles concernent des acteurs différents : associatifs, hospitaliers, des soins de premier recours, et, pour plusieurs, témoignent de l'intérêt d'une implication des personnes trans elles-mêmes et de leurs associations dans la construction des réponses aux problèmes de santé qui les concernent.

[151] Les pratiques inspirantes présentées ci-dessous relèvent de différents registres : formation et information, organisation des parcours de santé, réseaux de pratiques, développement de l'offre, etc. Ces initiatives restent à ce stade encore très localisées, peu nombreuses et très inégalement soutenues par les institutions. Faciliter leur consolidation et leur diffusion constitue donc un enjeu pour l'avenir et pose la question des voies et moyens pour y parvenir (plan d'action, implication des ARS, cadres de financement cf partie 3).

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

[152] Issues des mouvements sociaux impliqués dans les luttes dès les premières années de l'épidémie VIH-Sida, les organisations trans se sont approprié de façon intrinsèque la notion de patient-expert et de modes d'organisation autour du partage d'informations entre pairs. Ce mode d'organisation a émergé dans un contexte de contestation du pouvoir médical dans les parcours de santé des personnes, qu'elles soient séropositives au VIH et/ou trans, alors assignées au rôle de patient-e-s, sans possibilité d'autonomie de décision concernant leurs parcours de soins, car disposant de peu d'informations et d'espaces de discussion auprès de leurs soignants. S'appropriant les savoirs médicaux concernant leurs parcours de santé afin de les diffuser à leurs pairs, les patients trans se revendiquent désormais experts en mettant en perspective de leur propre expérience une dimension collective. La mission a échangé sur plusieurs initiatives concrètes qui illustrent cette réalité.

L'histoire des mouvements de personnes trans remonte aux années 1960, mais s'est surtout affirmée au milieu des années 1990. La mobilisation des personnes trans rassemblées en collectifs ou associations survient au cours des premières années de lutte contre l'épidémie de VIH-Sida, et développe des revendications orientées vers la lutte contre les discriminations et l'accès à la santé. Ainsi, dès les premiers moments de coalition de plusieurs collectifs à l'échelle nationale⁵⁹, trois revendications émergent : un accès facilité au changement d'état civil, la dépsychiatisation des parcours, et un accès aux soins adapté et de qualité, notamment pour lutter contre le VIH, qui touche gravement les communautés trans. La deuxième vague des mouvements associatifs trans émerge dans les années 2010, dans le cadre de mobilisations renouvelées concernant le changement d'état civil libre et gratuit et la dépsychiatisation des parcours médicaux, encouragés par un contexte international en pleine évolution.

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

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

[153] Dans un contexte de discriminations dans l'accès aux soins très courantes, **nombre de collectifs ou associations trans travaillent à identifier sur leur territoire des professionnels de santé acceptant de recevoir des personnes trans**, avant de déployer des actions de sensibilisation en vue d'encourager le travail en réseau.

[154] Ces cinq dernières années, le partage d'informations sur le web a par ailleurs constitué un espace important d'organisation pour les personnes trans. Le site web wikitrans.co, alimenté par des personnes trans est devenu ainsi un outil important de vulgarisation pour les personnes trans, leurs proches, et les professionnels de santé : il compte aujourd'hui 20 000 visiteurs différents chaque mois. Plusieurs associations produisent des guides, très documentés sur des sujets ciblés. Par exemple OUT trans a produit des guides sur les traitements hormonaux, la chirurgie et la santé sexuelle. L'association Chrysalide, à Lyon, publie également des guides à destination des personnes trans, de leurs proches, des professionnels de santé et plus récemment des acteurs de l'éducation, qui sont autant d'outils de lutte contre les discriminations et de sensibilisation. L'association a aussi travaillé au développement de « boîtes à outils » comme le guide de constitution d'un dossier de changement de mention de sexe à l'état civil, ou bien l'outil de calcul du reste à charge des opérations chirurgicales liées aux transitions. Il s'agit d'autant d'outils facilitant l'autonomisation des personnes trans dans l'accès à l'informations, aux droits et aux soins.

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

[155] La plupart des associations mettent en place des groupes de parole ou « autosupport », pour les personnes trans (adultes ou mineurs) et leurs proches, tels ceux organisés par l'association OUTrans en Île de France, dont les bénévoles ont contribué à former ceux d'autres associations. Il s'agit d'espaces de rencontre, pour échanger collectivement sur une expérience individuelle, et trouver des outils pour y faire face en trouvant un écho dans l'expérience de pairs. De plus, la rencontre d'autres personnes trans est un moment important du parcours des personnes : dans un contexte social où le fait d'être trans ou d'envisager une transition de genre est facteur de discriminations et souvent marqué par des stéréotypes, la rencontre avec d'autres personnes trans permet de s'affranchir des représentations sociales associées à l'identité trans. Cela peut contribuer à clarifier un souhait de transition, ou pas, au regard d'expériences vécues diverses et concrètes.

[156] Les personnes trans qui ne vivent pas dans les métropoles ont des difficultés renforcées pour accéder non seulement aux soins mais aussi à l'information et à du soutien. Trans Inter Action implantée à Nantes et Ouest Trans à Rennes ont ainsi mis en place des actions « hors les murs » dans des communes de plus petite taille (Cholet, permanences en camping-car en zones rurales vendéennes ...).

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

[157] Le « Réseau Santé Trans » créé à Rennes, en Bretagne, constitue aujourd'hui un modèle de structuration de réseau mobilisant associations trans et professionnels de santé. Formé en association en 2018, le réseau a fait entrer l'exigence de parité entre personnes trans et médecins dans ses statuts : elle compte aujourd'hui une centaine d'adhérents, sur le territoire breton mais aussi dans toute la France. L'association est un réseau œuvrant pour la coordination de parcours de santé

des personnes trans et travaille aussi à l'organisation de formations à l'hormonothérapie, à l'animation d'un outil d'échange de questions cliniques, et à la revue systématique de littérature portant sur la santé trans. Par ailleurs, un travail régulier de publications scientifiques et d'incitation à la recherche est mené.

[158] En tant que réseau référence pour nombre de soignants et d'associations, le projet du ReST a « essaimé » : des outils locaux d'échanges cliniques ont été créés, comme en Île de France. Par ailleurs, nombre de médecins et collectifs ou associations trans implantées dans d'autres régions ont adhéré à l'association, afin de bénéficier des échanges qui y ont lieu, et de faire partie d'un réseau organisé pour la santé trans portant des valeurs similaires : respect de l'autodétermination et de l'autonomie des patients, parcours dépsychiatisés, parcours centrés sur les besoins des patients.

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

[159] Les actions de médiation en santé sont centrales dans les formes de mobilisation des associations trans : de façon bénévole la plupart du temps, les associations organisent l'accompagnement des personnes pour faciliter leur accès aux soins et leur acquisition d'outils psychosociaux pour s'orienter dans leurs parcours de santé globaux. Ces activités comprennent :

- La traduction des informations médicales, dans la langue d'origine du patient, ou dans un langage adapté à la personne, qui permet de faciliter le moment de consultation et le lien professionnel de santé – patient,
- L'information et la mise en sens des traitements, consultations, modes de prise en charge, qui permet aux personnes de se situer dans leurs parcours de santé, et d'aller vers l'autonomie dans la définition de celui-ci,
- Le relais d'interrogations ou remarques aux professionnels de santé, que la personne peut redouter de dire, par crainte de jugement ou de stigmatisation,
- Le relais et l'aller-vers, lors de ruptures de traitements, lors de renoncement ou de refus de soins,
- Le lien régulier des association avec les professionnels de santé et leur participation à des instances de soins qui contribue à faire évoluer les représentations (sur les parcours de transition ou le travail du sexe par exemple) et les pratiques, et à partager une connaissance plus fine des besoins des populations.

[160] Cette action de médiation en santé par les pairs portée par des associations est particulièrement importante pour les personnes trans éloignées du soin par des expériences de discriminations, la précarité et d'autres facteurs de stigmatisation (exil, travail du sexe, séropositivité au VIH, consommation de produits psychoactifs, etc), afin de permettre l'accès aux soins et faire évoluer les réponses qui leur sont apportées.

[161] L'intégration de pairs dans les parcours de santé des personnes est une activité qui demande un investissement de temps considérable, pouvant constituer un obstacle à la pérennisation pour les associations non financées. Lorsque cette activité se professionnalise, elle est toutefois peu valorisée et rarement soutenue de façon pérenne : il s'agit souvent de postes à temps partiel, faiblement

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

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

[162] L'association Acceptess-T et le service de maladies infectieuses de l'hôpital Bichat à Paris ont noué un partenariat fort dès la création de l'association en 2011. Accompagnant en majorité des femmes trans originaires d'Amérique latine, concernées par le VIH et le travail du sexe, l'association développe des actions spécifiques en santé sexuelle autour de la prévention combinée : l'enjeu principal est de réduire les délais d'accès aux traitements ARV pour les personnes trans (TasP et Prep), de favoriser l'adhésion aux parcours de soins et l'appropriation des outils de prévention combinée, notamment pour les personnes trans les plus précaires.

[163] Pour cela, les médiatrices paires de l'association assurent une permanence hebdomadaire au sein même du service des maladies infectieuses et tropicales (SMIT), qui leur permet d'accompagner les personnes au moment même de leurs consultations si elles le souhaitent, et de les informer et les orienter vers les permanences d'accompagnement social qui se déroulent au local de l'association, afin d'ouvrir leurs droits sociaux. En parallèle, le CeGIDD de l'hôpital mène une action « hors-les-murs » au sein du local d'Acceptess-T : une médecin infectiologue mène une permanence hebdomadaire pour les primo-prescriptions de Prep, qui a permis de réduire de façon conséquente les délais d'accès au traitement, et a permis d'augmenter de 60 % en 2021 le nombre de femmes trans suivies pour la Prep au sein du CeGIDD de l'hôpital.

[164] Cette collaboration constitue un exemple d'échanges réciproques entre association et structure de soins permettant d'améliorer la qualité et l'organisation des soins à destination de personnes trans particulièrement précaires, grâce à la mise en place de parcours fléchés et coordonnés par l'intervention des acteurs communautaires, devenus « pivots » dans l'accès aux soins.

[165] Par ailleurs, l'engagement de l'association comme partenaire a favorisé la mise en œuvre de projets de recherche, tels que « PrepAporter » étude menée en 2022 sur les parcours d'accès à la Prep au sein du service de l'hôpital, ainsi que la valorisation scientifique du travail médical, à travers la publication d'articles pionniers tels que sur le sujets des injections de silicone liquide⁶⁰ ou des interactions entre ARV et traitements hormonaux de substitution. Ce partenariat favorise aussi des échanges et activités dynamiques au sein du Corevih Île-de-France Nord. Celui-ci siège au sein de l'Hôpital Bichat-Claude Bernard, et est co-présidé par la directrice de l'association, révélant ainsi la place conséquente qu'a acquis l'association Acceptess-T au sein du territoire en tant que représentante des usagers du système de santé.

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

[166] Les réunions de concertation pluridisciplinaires concernant les mineurs trans du service de pédopsychiatrie de l'hôpital de la Pitié Salpêtrière ont ouvert leurs portes aux associations trans franciliennes depuis plusieurs années, accueillant d'abord l'association OUTrans, qui mène des groupes de parole pour les mineurs trans, et pour les parents et proches de personnes trans, puis

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

l'association Espace Santé Trans, du fait de son action particulière pour l'accès aux soins en santé psychique, et enfin l'association Acceptess-T, en 2020.

[167] Cette ouverture des RCP à des acteurs non médicaux mais impliqués dans l'accompagnement des mineurs trans a été motrice dans la prise en compte du rôle des associations dans le parcours de transition global des personnes, et notamment des plus jeunes et de leurs familles. Participant chaque mois aux réunions où sont discutés de façon anonymisée les dossiers qui questionnent les professionnels de santé, les associations peuvent apporter des points de vue et des éléments supplémentaires, concernant les besoins des jeunes et leurs environnements sociaux. Les associations peuvent aussi proposer, par ailleurs, aux jeunes et leurs familles des activités s'ajoutant au parcours au sein de l'hôpital, offrant parfois une « respiration » dans un espace non médicalisé, ou un travail différent des liens familiaux, dans un environnement tel que des activités collectives.

[168] La participation des associations aux RCP du service de pédopsychiatrie de l'hôpital de la Pitié Salpêtrière est une démarche innovante d'intégration des associations d'usagers au sein même des outils de partage et d'échange des professionnels de santé : il s'agit de la prise en compte du bénéfice qu'apporte la participation d'acteurs communautaires à la qualité des soins et à la qualité de l'organisation des parcours de santé.

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

[169] Historiquement les soins aux personnes trans ont connu un fort ancrage hospitalier, dans des équipes pluridisciplinaires spécialisées. La saturation de ces dernières, la volonté des personnes trans de parcours plus en proximité et davantage maîtrisés par elles, l'engagement de certains professionnels de santé ont suscité des initiatives impliquant la médecine de premier recours et la médecine de spécialité en ville, qui témoignent de la possibilité d'une approche moins hospitalo-centrée, même si ces démarches restent embryonnaires.

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

[170] La maison dispersée de santé (MDS) de Lille-Moulins a été créée en 1986 par les Dr Bertrand Riff et Jean-Daniel Escande, rejoints par d'autres médecins dont le Dr Marie Jeanne Martin, sur la base de valeurs fortes : droit à la santé pour les plus fragiles, approche globale de cette dernière, ancrage territorial, éthique de la décision partagée, pluridisciplinarité. Elle est reconnue depuis 10 ans par l'ARS comme une maison médicale pluriprofessionnelle et depuis un an comme pôle de santé pluriprofessionnel universitaire⁶¹.

[171] En 2009 le centre LGBT de Lille a alerté la MDS sur la situation de femmes trans en grande détresse et risque sanitaire (automédication, suicide). La MDS s'est engagée dans la prescription de traitements hormonaux et a progressivement formalisé un protocole d'accompagnement des personnes en transition. Elle a été impliquée dans les travaux de révision de la CIM 11 qui ont conduit à une dépsychiatisation de la transidentité⁶².

⁶¹ Elle compte 6 médecins généralistes, 2 infirmières, 4 kynésithérapeutes, 2 orthophonistes, 2 psychologues, une pédicure, une coordinatrice et 2 accueillantes.

⁶² Why and how to support depsychiatrisation of adult transidentity in ICD-11: A French study – European Psychiatry décembre 2018

[172] Plusieurs centaines de personnes trans ont été accompagnées par la MDS depuis 10 ans, 300 y sont venues en 2021. La MDS revendique d'accompagner la transition et d'apaiser la « souffrance ordinaire » en étant un « lieu relié et reliant ».

[173] Elle a été à l'origine de la création du Collectif Santé Trans qui en 2011 regroupait des personnes engagées dans les parcours de transition (professionnels et usagers). Elle héberge également juridiquement le comité usagers trans (CUT).

[174] **Le « protocole d'accompagnement du parcours médico-psycho-social proposé aux personnes en variation de genre » est issu de cette pratique et repose sur les principes suivants** : non pathologisation de la transidentité, autodétermination des personnes, co-évaluation des besoins et des réponses, accompagnement rigoureux mais pas rigide, approche de la personne dans sa globalité (y compris les aspects sociaux, de relations familiales, de retentissement professionnel). Il distingue plusieurs « temps » :

- Rencontre avec le médecin généraliste pour une évaluation globale (1 à 3 rencontres) : discussion de ce qui fait « évidence » pour la personne quant à son genre, de sa demande adressée à la médecine pour sa transition, identification de l'urgence, des risques vitaux et des vulnérabilités psycho-sociales, évaluation médicale, présentation des ressources locales d'appui, instruction de la demande d'ALD.
- Transition hormonale et accompagnement : accompagnement bio-psycho-social des premières prescriptions (bilans biologiques, explication des effets secondaires des traitements, évaluation de l'état psychique, évaluation de l'impact sur la vie familiale, professionnelle) puis accompagnement trimestriel (tolérance du traitement, transformations corporelles, vécu psycho).
- Le cas échéant accompagnements post-opératoires des chirurgies plastiques et génitales (kinésithérapeute, infirmière).

[175] Pour réaliser cet accompagnement, le médecin généraliste peut orienter le patient vers des ressources internes (écoutants trans formés, psychologue, kinésithérapeute, infirmière, orthophoniste) ou externes (médicales, sociales, associatives). La MDS a développé des partenariats socio-sanitaires et est impliquée dans une communauté de pratiques de médecins généralistes accompagnant des transitions. Deux thèses de médecine ont concerné la MDS ⁶³.

[176] Elle bénéficie de subventions ponctuelles : de la ville et du département pour l'accompagnement psycho-social, de la DILCRAH pour des actions de sensibilisation dans les structures socio-éducatives, de l'ARS pour le comité d'usagers trans.

[177] L'expérience de la MDS permet d'affiner les conditions de faisabilité de parcours de transition plus ancrés dans les soins primaires (clarifier le cadre juridique de l'hormonothérapie, développer les communautés de pratiques et les formations courtes) ; elle montre l'intérêt d'un accompagnement socio-médical des parcours de transition et témoigne de l'importance d'un travail en réseau entre professionnels et associations trans, sous une forme qui peut rester souple et relativement peu formalisée.

⁶³ Les représentations sociales de la médecine générale chez les personnes transgenres Théo BAZANTAY <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/3281183e-2f03-4f1a-9b98-fb98f38346d4> ; Une description de l'état de santé et des traitements de transition des personnes transgenres majeures suivies à la Maison Médicale Moulins à Lille Hugo FITERE

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

[178] L'association de santé communautaire RITA est très implantée dans l'agglomération grenobloise (700 personnes la fréquentent chaque année, dont une majorité de jeunes de 15 à 25 ans en situation précaire). RITA et le planning familial de Grenoble ont noué depuis plusieurs années un partenariat étroit pour l'accompagnement des personnes trans. Dès 2014, RITA a assuré des permanences au Planning (informations d'information, rendez-vous individuels). Un militant de RITA exerce désormais à mi-temps comme « salarié-pair » au Planning. Ensemble, les deux associations ont mis en place un parcours de soins, alternatif au parcours hospitalier, permettant l'accès à l'hormonothérapie, dans une approche globale de la santé de la personne. Au démarrage, un contact a été établi avec la CPAM, l'ARS et le conseil départemental de l'ordre pour les informer du projet.

[179] Le premier contact est assuré par RITA, le travailleur pair ou une conseillère du Planning Familial ; une orientation vers des groupes et parole et des réunions d'informations collectives est proposée. Le suivi par un médecin du Planning pour initier un parcours de transition dépend des capacités de prise en charge, de plus en plus saturées. En 2021, 400 personnes trans sont en file active au Planning, 60 sont en liste d'attente, 4 nouveaux patients peuvent être reçus chaque mois ; les mineurs sont considérés comme prioritaires. Une des priorités désormais est de former des médecins généralistes pour développer des réponses hors du Planning. En 2020, 30 praticiens ont été formés, 7 ont commencé à prendre le relai pour des traitements initiés au Planning. Le développement du suivi gynécologique des personnes trans au planning est un projet pour l'année à venir.

[180] RITA et le planning cherchent à développer un réseau de professionnels de santé « accueillants » vers lesquels orienter pour les personnes trans, pour faciliter leur accès aux soins primaires et spécialisés. Cela passe par des prises de contact individualisées⁶⁴, des sessions de sensibilisation⁶⁵, des formations. Les deux associations ont développé des liens avec le CECOS, le CEGIDD, les équipes hospitalières de psychiatrie et pédopsychiatrie. Les médecins du Planning peuvent saisir par mail les endocrinologues du CHU de Lyon sur des questions cliniques. Un gynécologue du CHU de Grenoble commençant à monter une activité de chirurgie d'affirmation, des contacts plus en proximité se développent.

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

[182] L'expérience grenobloise est particulièrement illustrative de trois points : l'intérêt du positionnement des Plannings sur le suivi des personnes trans, de la puissance d'un travail collaboratif association/Planning Familial pour améliorer les réponses territoriales à la santé des personnes trans ; l'intérêt de la médiation en santé par des salariés pairs.

⁶⁴ Un phoning en 2018 aux 15 endocrinologues libéraux de l'agglomération pour savoir qui acceptaient de prescrire des traitements hormonaux s'est soldé par aucune réponse positive.

⁶⁵ 150 professionnels de soins et de l'éducation nationale réunis en 2018

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

[183] Les associations trans franciliennes (Acceptess-T, Espace Santé Trans et Acceptess-T) alimentent depuis plusieurs années un répertoire de professionnels de santé accueillant des personnes trans de façon informée et respectueuse. Il s'agit de répondre aux demandes d'utilisateurs qui cherchent à qui s'adresser pour amorcer des traitements hormonaux ou pour bénéficier d'une prise en charge globale, sans risque de discrimination liées à leur transidentité. Ce répertoire était d'abord organisé autour d'une charte de bonnes pratiques, puis a été augmenté d'un travail de lien régulier avec les professionnels de santé.

[184] En parallèle, des médecins, généralistes et spécialistes faisaient face à des demandes croissantes de personnes trans, à un cadre réglementaire obsolète, et à l'absence de recommandations à jour de bonnes pratiques, ce qui a fait émerger des demandes de lien avec d'autres acteurs, professionnels de santé et associations de personnes trans comme ressources d'informations et de contacts.

[185] S'étoffant d'année en année face à l'afflux de demandes d'utilisateurs mais aussi de professionnels de santé rencontrés, les associations et soignants impliqués ont développé des groupes d'échanges de pratiques à destination des médecins. Les premiers groupes d'échanges de pratiques, en 2019, ont amorcé le travail en réseau tel qu'il a lieu aujourd'hui.

[186] Actuellement, le réseau de médecins franciliens animé par les associations n'est pas formalisé en tant que réseau territorial, mais fait preuve d'un travail de collaboration étroit entre tous les acteurs impliqués : des outils d'échanges de questions cliniques ont été mis en place, des orientations d'utilisateurs entre médecins et associations ont lieu régulièrement, une offre de formation intégrant pleinement les savoirs de chaque partie a été développée et a été délivrée à plus de cinquante médecins en 2020 et 2021.

[187] Cette expérience illustre la mise en réseaux d'acteurs au sein d'un territoire comme moteur de parcours de santé adaptés, l'importance d'échanges réciproques entre acteurs communautaires et professionnels de santé dans la création d'offres innovantes et adaptées aux besoins des utilisateurs.

2.3 Des initiatives hospitalières pour mieux répondre aux besoins

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

[188] La plateforme « Trajectoires Trans' » s'est créée à partir du constat de besoin d'accompagnement des mineurs trans en forte croissance, de consultations spécialisées saturées, d'une offre de soins répartie de façon non homogène sur le territoire, de modes de prises en charge pas toujours conformes aux recommandations internationales avec de nombreuses questions épidémiologiques, thérapeutiques et éthiques non résolues. Elle s'est constituée à l'initiative du Dr Agnès Condat, pédopsychiatre, qui anime une consultation spécialisée à la Pitié Salpêtrière⁶⁶, à partir de la dynamique créée par la RCP qui réunit toutes les équipes hospitalières parisiennes recevant des

⁶⁶ La consultation spécialisée enfants et adolescents transgenres et « parentalités plurielles

enfants et adolescents, pour discuter de façon pluridisciplinaire de l'accès aux traitements hormonaux pour des mineurs⁶⁷.

[189] La plateforme « Trajectoires Trans » constitue « un dispositif ressource », de coordination pluridisciplinaire, clinique, éthique et de recherche. Elle rassemble des acteurs du soins d'Ile-de-France, hospitaliers et de ville, plusieurs associations, des experts universitaires et chercheurs de différentes disciplines (médecine et sciences humaines et sociales) français et étrangers.

[190] Ses objectifs : rendre l'offre de soins plus accessible et lisible, faciliter l'accès aux recommandations internationales de bonnes pratiques et contribuer à élaborer des recommandations françaises, faire des formations, organiser de façon coordonnée des recherches, répondre à des demandes de conseils. La plateforme est équipée pour travailler à distance, faire de la télémedecine (expertise et consultations) et la téléconférence. Elle est de facto en lien avec des professionnels de santé, hospitaliers et libéraux, en demande de conseils et expertise, au-delà de l'Ile de France.

[191] Elle bénéficie d'un financement de l'ARS qui lui a permis de se doter de moyens humains (4,5 ETP) de coordination médicale, de soins et d'expertise.

[192] Cette plateforme illustre l'intérêt de réseaux thématiques experts, capables d'une part d'irriguer et appuyer à distance des professionnels de santé parfois isolés dans leur pratique et d'autre part de faire des liens entre pratique clinique et recherche.

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

[193] Le montage d'une nouvelle activité de chirurgie pelvienne s'inscrit, selon ce qu'a observé la mission, dans deux modèles : d'une part, des transferts de chirurgiens d'un établissement où ils ont été formés et ont pratiqué cette activité vers un autre établissement où ils la développent ex nihilo (cf l'équipe de Tenon ou l'hôpital privé Mermoz), et d'autre part, des chirurgiens (urologues, plasticiens ou gynécologues) qui se forment à cette activité, nouvelle dans leur établissement.

[194] Le processus de formation de chirurgiens souhaitant monter une activité de chirurgie d'affirmation pelvienne est exigeant en termes de temps et d'implication, à la fois pour les praticiens qui se forment et ceux qui les forment. Le GRETTIS au CHU de Lyon-Sud, avec le Dr Morel Journal, a contribué en particulier à former plusieurs chirurgiens (Limoges, Rennes, Lille notamment). Les chirurgiens qui se forment assistent une à deux fois par mois à des interventions réalisées à Lyon, puis le Dr N. Morel Journal se rend dans leurs services pour les assister lors des premières interventions.

[195] La montée en puissance de l'activité de chirurgie d'affirmation se fait de façon progressive : d'abord l'organisation des consultations préopératoires pour constituer une liste de patients à opérer, puis la réalisation de certaines interventions qui se diversifient progressivement (ablation des testicules et/ou hystérectomies, vaginoplasties, plus rarement phalloplasties). La mise en place de l'activité va de pair avec un important travail d'organisation interne pour dégager les moyens nécessaires (avec le DG du CH, le DIM), mettre en place une RCP en lien avec des praticiens hospitaliers et libéraux, former des internes, développer des partenariats internes et externes pour élargir l'offre de soins (suivi post -opératoire, chirurgie plastique, traitement hormonal, suivi

⁶⁷ Les RCP fonctionnent depuis 2015, des équipes non franciliennes peuvent soumettre des cas en RCP ; des associations Trans y siègent (ACCEPTES T, Outrans et Espace santé Trans) dans le cadre d'un examen anonymisé des dossiers.

psychiatrique ou psychologique, orthophonie...). Démarche préparatoire originale à Rennes, une étude⁶⁸ a été conduite en 2020 par le CHU en lien avec le Réseau de Santé Trans auprès des professionnels de l'hôpital pour apprécier leur perception de la prise en charge des personnes trans et leurs besoins de formation.

[196] Au CHU de Lille, le dispositif Transidentité(s) créée en 2016 a consisté à fédérer des ressources intra-hospitalières pour accompagner les parcours de transition des personnes majeures et mineurs dans leurs différentes dimensions (psy, chirurgie, préservation de fertilité, pédiatrie...) en structurant un cadre d'accueil. Le dispositif facilite le partage de l'expertise, la conduite de recherches et de formations, l'essaimage en cours de l'activité dans d'autres hôpitaux du territoire et le travail territorial de réseau. Il s'est ajusté au fil de temps pour évoluer vers des accompagnements plus à géométrie variable et avec une diversification des points d'entrée dans le parcours. Comme dans d'autres CHU, est souligné le manque de moyens dédiés à la coordination de l'activité autour des patients et avec les partenaires.

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

[197] Le centre thérapeutique ambulatoire intensif (CTAI) du Centre hospitalier Alpes Isère, à St Martin d'Hères, créé il y a deux ans, est une unité de consultation de crise reliée à la filière des urgences psychiatriques. Il propose un travail intensif sur une durée limitée en ambulatoire ; il vise à éviter des passages aux urgences pour des patients adultes en crise et recontacte aussi des patients passés par les urgences, souvent après un passage à l'acte.

[198] Des contacts ont été établis entre RITA et le CTAI sur la base d'un constat partagé d'une surexposition au risque suicidaire des personnes trans. RITA peut saisir le CTAI de situations repérées comme « à risques » pour des conseils et/ou un accueil rapide. Le CTAI considère RITA comme une ressource en termes d'étayage, l'appui communautaire étant considéré comme faisant partie des facteurs de protection. Une formation par RITA des équipes du CTAI sur la problématique trans est prévue, dans le prolongement d'une première rencontre.

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

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

⁶⁸ L. Freton, Z.-E. Khene, C. Richard et al., Auto-évaluation de professionnels de santé concernant la prise en charge des personnes trans dans un hôpital universitaire, Prog Urol, <https://doi.org/10.1016/j.purol.2021.03.008>. Le manque de confort des professionnels de santé d'un CHU non spécialisé dans la prise en charge des personnes transgenres semble être en rapport avec un manque de connaissance et de formation et non pas avec un désaccord concernant la nécessité de l'offre de soins aux personnes transgenres.

[200] Le CECOS de l'hôpital Jean Verdier a travaillé sur un protocole des jeunes et de leurs parents, en lien avec l'équipe de la Pitié Salpêtrière qui accueille des mineurs et jeunes adultes Trans. Le CECOS participe aussi à la RCP et à la plateforme Trajectoires Trans pour répondre aux questions portant sur la préservation de la fertilité. 80 personnes ont été vues au CECOS pour une consultation d'information dont 40 mineurs ; très peu ont poursuivi les démarches jusqu'à une conservation de gamètes (et en particulier peu de personnes FtM). Le CECOS Jean Verdier a présenté son expérience lors d'un colloque de la fédération des CECOS et participé à une étude portant sur l'activité des 28 CECOS dans le champ de la préservation de fertilité des personnes Trans en parcours de transition (cf résultats en partie 1).

3 Des préconisations pour un parcours de soins plus accessible et plus respectueux des personnes

[201] La présente mission a rencontré de nombreux acteurs impliqués dans l'accueil et l'accompagnement des personnes trans, dans leur parcours de transition médicale et dans la santé globale. L'ensemble des personnes rencontrées ont fait part, sans exception, de l'évolution majeure à l'international des approches et des pratiques, d'une évolution nécessaire des pratiques de soins et d'accompagnement ainsi que d'un contexte social évolutif, où le stigmate lié à la visibilité trans tend à se réduire progressivement.

[202] **En retirant la transidentité de la liste des pathologies psychiatriques, la CIM 11 appelle effectivement à un changement de paradigme : au-delà d'évolutions nosographiques, un changement de société profond est en cours et pousse à des choix politiques.** Comme lorsqu'elle a légiféré pour l'accès à l'IVG en 1975, et, auparavant, pour l'accès à la pilule contraceptive en 1967, **la France a plusieurs fois agi en faveur de l'égalité des droits et du droit de chacune et chacun à disposer de son corps, dans des contextes politiques hautement débattus et controversés.** Certains enjeux éthiques qui traversent les questions trans sont analogues avec ceux mobilisés autour de la contraception et de l'IVG, en tant qu'il s'agit là aussi de mettre en œuvre des moyens du champ médical non pas pour soigner une pathologie mais pour concrétiser le droit à disposer de soi-même. Dans ce cadre, l'amélioration de la santé et des conditions de vie de l'ensemble des personnes trans en France appelle de véritables choix politiques.

[203] **Les recommandations de la mission visent à faire reconnaître au fondement des parcours de soins des personnes trans, des principes éthiques et politiques,** conformes à la déclaration de Jakarta de 1997 :

- Autodétermination, droit à disposer de son corps et liberté de choix de ses soins,
- Non-discrimination et reconnaissance de la diversité des identités de genre,
- Conception de la santé comme un état de bien être global et pas comme seulement comme une absence de pathologie dans le cadre d'une approche curative,
- Droit à la santé et égalité d'accès aux soins pour tous (y compris les plus précaires) et sur l'ensemble du territoire
- Bienveillance dans la délivrance des soins, conformément aux recommandations de la WPATH.

[204] La mission à travers ses propositions, vise à donner un cap. Elle estime possible une alliance entre personnes trans et professionnels de santé autour d'un objectif partagé d'amélioration de l'accès aux soins. De nombreuses pistes d'évolution ont été identifiées, souvent inspirées par des pratiques de terrain novatrices ; l'approfondissement technique de ces pistes dépassait toutefois le mandat et le calendrier de la mission et sera à conduire dans son prolongement. La mission espère en particulier que les travaux de la HAS, dans le cadre d'une méthode faisant leur place à toutes les parties prenantes, permettront de poser le cadre d'un parcours médical de transition renouvelé et d'un meilleur accès aux soins.

[205] Au vu des situations d'inégalités constatées sur le territoire, de la multiplicité et de l'interdépendance des sujets à traiter, ainsi que de la diversité des acteurs impliqués, un plan d'action pour la santé des personnes trans faisant suite au travail conduit en 2022 par la HAS permettrait de

définir une stratégie globale, une mise en œuvre de façon coordonnée, pilotée et balisée dans le temps.

[206] Sans attendre l'aboutissement des travaux, l'importance grandissante des préoccupations liées à la prise en charge médicale des personnes trans invite à la mise en œuvre d'actions de formation à destination des professionnels de santé, du social, et de l'ensemble des personnels des structures de santé et de caisses d'Assurance Maladie : il s'agit d'agir au plus vite sur des situations d'obstacles d'accès à la santé ayant des conséquences importantes sur les parcours globaux de santé des personnes.

3.1 Des principes pour organiser les parcours de soins sur de nouvelles bases et nourrir un plan d'action global

3.1.1 Élaborer un plan d'action global pour la santé des personnes Trans, assorti d'un comité de suivi associant tous les acteurs concernés

[207] **Améliorer de façon effective l'accès aux soins et le parcours médical de transition des personnes trans suppose de définir une stratégie globale, déclinée dans un ensemble d'actions relevant de différents registres et mobilisant de nombreux acteurs** : élaboration de recommandations de bonnes pratiques, clarification et harmonisation des règles de prise en charge par l'Assurance Maladie et de financement des actes (nomenclature), soutien à la recherche et diffusion de connaissances, sensibilisation et formation des professionnels de santé et sociaux, développement et structuration de l'offre de soins à l'hôpital et en ville, sécurisation de la prescription et de l'accès aux traitements hormonaux, mise à disposition d'une information complète et fiable sur les droits et les traitements, actions spécifiques en direction des populations trans les plus vulnérables, soutien aux réseaux territoriaux et aux actions des associations communautaires etc.

[208] **La diversité des actions à conduire ainsi que des acteurs à mobiliser plaide pour l'élaboration d'un « plan d'action Santé Trans »**. Ce dernier élaboré de façon concertée avec toutes les parties prenantes et en particulier les associations de personnes trans et Trans Santé France, permettrait de coordonner l'action des différentes administrations (DGS, DGOS, DSS) et organismes concernés (CNAM, ANSM, Santé publique France...) et de proposer un cadre de suivi de la mise en œuvre des actions prévues. Ce plan, inédit, semble particulièrement pertinent dans le prolongement du présent rapport et de l'élaboration des recommandations de bonnes pratiques par la HAS, pour franchir une étape dans la santé des personnes trans.

Recommandation n°1 Élaborer en concertation avec toutes les parties prenantes, un plan d'action pluriannuel pour la santé des personnes Trans, dans le prolongement du présent rapport et de l'adoption des recommandations de bonnes pratiques de la HAS ; instaurer un comité de suivi associant l'ensemble des acteurs concernés.

3.1.2 Des principes pour fonder pour une approche nouvelle de l'organisation des soins dans les parcours de transition : choix éclairé, individualisation des parcours, place renforcée des professionnels de premier recours, dépsychiatisation sans a-psychiatisation, qualité des soins.

3.1.2.1 Des parcours de transition diversifiés, fondés sur l'autodétermination et un choix éclairé des personnes, avec un repositionnement de la place de la psychiatrie.

[209] Les principes cardinaux sur lesquels devrait reposer l'organisation des parcours sont les suivants.

[210] **L'engagement d'un parcours de transition doit reposer sur l'autodétermination de la personne**, seule à même de définir son identité de genre et de décider des actions de nature à mieux affirmer cette dernière. L'engagement du parcours ne doit plus être conditionné à une évaluation externe, à dimension psychiatrique, attestant d'un « trouble de l'identité de genre ».

[211] Si un médecin auquel s'adresse la personne décèle des éléments de contre-indication pesant défavorablement sur la balance bénéfices/risques (d'ordre somatique ou psychiatrique ou de bien être global) de nature à mettre en danger la personne, il est de son devoir de l'en informer, de rechercher des avis experts et de lui proposer le cas échéant une réorientation vers d'autres praticiens pour étudier des soins plus adaptés, sa responsabilité médico-légale étant engagée.

Selon le chapitre Éthique des standards de soins 8 de la WPATH en cours de concertation, le principe de respect de l'autodétermination doit guider la pratique médicale. Quelques citations.

« Faire preuve de respect de l'autodétermination des patients signifie reconnaître qu'ils ont le droit de prendre des décisions souveraines en ce qui concerne leur corps ». « Ce principe englobe aussi le droit d'être en mesure de prendre des décisions éclairées et concertées : les cliniciens ont le devoir de fournir des informations précises et sincères sur les parcours de soins, les risques et les bénéfices attendants ainsi que les alternatives possibles ».

« Le principe du consentement éclairé n'exclut pas que l'évaluation préalable soit menée avec méthode et conscience professionnelle. L'alliance d'une pratique concertée respectant l'autodétermination du patient, coconstruite et non imposée, ne doit en aucun cas de substituer à l'aspect médical de la prise en charge ». Cette approche centrée sur le bien être d'autrui garantit l'intégrité du professionnel de santé autant que l'autodétermination du patient ».

[212] **La personne doit être mise en situation de faire un choix éclairé**, en bénéficiant de l'information nécessaire pour peser le bénéfice-risque des différents soins envisagés, connaître les conditions d'accès à ces derniers ainsi que les règles de prise en charge et mesurer aussi les appuis sociaux, familiaux, affectifs, susceptibles de l'aider à vivre son parcours. Cette information gagne à être pluri-canal : professionnels de santé, sites institutionnels (Ameli, santé.fr) et pairs et ressources associatives.

[213] **La diversité des parcours de transition, dans leur contenu et leurs modalités, selon le choix et le rythme de la personne, constitue un principe nodal.** Les parcours doivent pouvoir combiner de façon variable les différents éléments possibles (transition sociale, administrative, hormonothérapie, chirurgie de réassignation, chirurgie de réparation, soins complémentaires ...). Ils doivent aussi pouvoir être réalisés dans des contextes différents, selon les souhaits des personnes : avec l'appui d'équipes hospitalières pluridisciplinaires prenant en charge toutes les dimensions du parcours ou bien dans le cadre de parcours de soins associant ressources médicales de premier recours, chirurgie à l'hôpital ou en clinique, et soins ou conseils médicaux experts en tant que de besoin.

[214] **Les parcours de transition doivent être dépsychiatisés sans être « apsychiatisés ».** L'engagement d'un parcours médical de transition (ALD, traitement hormonal) ne doit plus être conditionné par une évaluation psychiatrique d'un trouble de l'identité de genre. Par contre, si un médecin impliqué dans le parcours (engagement de l'hormonothérapie, projet d'intervention chirurgicale ...) identifie des problèmes de santé mentale mal pris en charge et susceptibles de peser sur le bénéfice des traitements ou une fragilité, il doit orienter la personne vers des professionnels de santé mentale, - psychiatres, psychologues, acteurs psycho-sociaux-, susceptibles de la soutenir et de proposer des soins adaptés. L'existence de problèmes de santé mentale ne constitue pas en soi, - sauf situations exceptionnelles obérant la capacité de consentement-, un motif de refus de l'accès aux traitements mais une dimension de la santé de la personne à prendre en charge.

Place de la psychiatrie et accompagnement en santé mentale dans les standards de soins 8 de la WPATH en cours de concertation.

Les recommandations sur l'évaluation recommandent d'évaluer la présence d'une incongruence de genre et d'identifier une éventuelle co-occurrence d'un problème de santé mentale.

Les recommandations en santé mentale prévoient les points suivants : identifier les symptômes de problèmes de santé mentale qui peuvent altérer la capacité de consentement au traitement et participation aux soins péri opératoires, évaluer l'impact négatif des symptômes sur les résultats d'une intervention chirurgicale, évaluer les besoins de soutien psycho-social post opération, traiter ceux qui peuvent interférer. Il ne convient pas d'obliger les personnes trans à suivre une psychothérapie avant d'entamer un traitement d'affirmation de genre, tout en reconnaissant que la psychothérapie peut être utile.

3.1.2.2 **Les parcours de soins doivent ménager une plus grande place à la médecine de premier recours, au travail en réseau et à l'expertise des pairs, en articulation avec des équipes expertes.**

[215] **L'organisation des soins doit garantir la qualité et la pertinence des soins, ainsi que des délais d'accès à ces derniers raisonnables,** ce qui suppose un développement de l'offre de soins, des protocoles et des formations pour guider ces derniers (cf ci-après).

[216] **Les parcours doivent ménager une place accrue, voire à terme centrale, à la médecine de premier recours, en articulation avec les ressources spécialisées et expertes.** La médecine de premier recours apparaît comme la mieux placée pour accompagner les parcours en proximité et dans une approche globale de la santé et de la situation de la personne, en particulier s'agissant des traitements hormonaux. Pour cela, il est nécessaire que les praticiens puissent s'appuyer sur des recommandations de bonnes pratiques, des formations adaptées (webinaires, formations courtes, communautés de pratiques) et puissent faire appel à l'expertise à d'autres professionnels de santé (hospitaliers ou libéraux) quand nécessaire, et s'inscrire, dans l'idéal, au sein d'un travail en réseau.

[217] Les maisons de santé pluridisciplinaires, les centres de santé et les planning familiaux ont vocation à avoir un rôle privilégié dans l'accueil des personnes trans, compte tenu de leur pluridisciplinarité et dimension socio-médicale, mais sans exclusivité car tout professionnel de premiers recours portant de l'intérêt pour l'accueil de ces patients, a sa place. Compte tenu de leur durée, une valorisation financière de la ou des consultations d'évaluation globale et d'initialisation du traitement hormonal pourrait se justifier, en raison de sa durée et plus grande complexité.

[218] **Les équipes hospitalières pluridisciplinaires conservent toute leur place** comme « équipes ressources » et pour prendre en charge des patients souhaitant un accompagnement intégré ou présentant des situations complexes.

[219] **L'amélioration de l'accès aux soins des personnes trans et la sécurisation des pratiques des professionnels de santé, passe par un renforcement du travail en réseau, sous des formes variées.** Comme l'a observé la mission, ce travail en réseau peut s'inscrire, au moins pour partie, dans des cadres souples et peu formalisés. Il peut fédérer à la fois des professionnels de santé de ville et hospitaliers, des associations communautaires, des ressources sociales ou juridiques et aider à répondre à plusieurs objectifs : faciliter l'orientation socio-médicale des patients, aider les professionnels de santé à consolider leurs pratiques, faire de la formation et de la sensibilisation, diffuser de l'information et des connaissances, nourrir le dialogue avec les interlocuteurs institutionnels comme les CPAM et les ARS. Certains réseaux peuvent être plus formalisés, ce qui suppose des financements pour permettre des moyens de fonctionnement renforcés.

[220] **L'expertise patients et l'apport de la santé communautaire doivent être pleinement reconnues.** Cela peut passer par plusieurs démarches : faire une place dans les RCP aux associations de patients trans dans des conditions ménageant le secret médical, mieux reconnaître, y compris financièrement, la place des médiateurs pairs dans les parcours de soins, orienter vers les ressources associatives pour le conseil, l'information et le soutien....

3.1.2.3 Une proposition d'évolution de l'organisation des parcours pour concilier accessibilité, pertinence et qualité des soins

[221] **La personne trans qui engage un parcours de transition doit pouvoir être suivie par un « médecin fil rouge » de son choix, dans l'idéal son médecin traitant ;** cela pourra être son généraliste le plus souvent, mais aussi son gynécologue ou son endocrinologue. Ce « médecin fil rouge » doit avoir une approche globale de sa situation (santé somatique et psychique, sociale), pouvoir informer son/sa patiente, le/la conseiller sur les soins, l'orienter en tant que de besoin, et être un interlocuteur d'autres praticiens impliqués dans le parcours de transition de la personne. Ce médecin fil rouge n'a pas besoin d'être un « expert » des questions liées à la santé trans mais il doit être à la fois bienveillant et formé aux problématiques de santé et de vie qui sont les leurs.

[222] **Le médecin choisi par la personne trans pour initier son parcours médical de transition doit conduire avec elle une évaluation globale de sa situation et de ses objectifs, afin de l'éclairer au mieux dans ses choix⁶⁹ :**

- Connaître ce qui fait évidence pour elle dans son identité de genre, depuis quand et faire le point sur ses attentes au titre de la transition,
- Évaluer ses éventuelles vulnérabilités psycho-sociales ainsi que les ressources (personnelles, familiales, sociales) susceptibles d'influer sur son parcours de transition.
- Évaluer ses attentes médicales au titre de la transition, l'informer précisément sur les bénéfices-risques des traitements, prescrire les bilans médicaux utiles, l'informer sur les conditions de prise en charge des soins et lui proposer de faire une demande d'ALD.
- Présenter les ressources de soins et de soutien (associations en particulier) pour la transition, existant sur le territoire ou au-delà.

[223] **Les dimensions « non médicales » du parcours doivent pouvoir être pleinement prises en compte dans le dialogue entre la personne et ses interlocuteurs :** présence de ressources

⁶⁹ Ce schéma est très inspiré du protocole Santé Trans de la Maison dispersée de santé Lille Moulins

familiales, amicales, sociales ; soutien des pairs et ressources associatives ; situation économique et conditions de vie ; conditions et impact possible du coming-out dans les différents cercles de vie de la personne etc.

[224] L'accès à l'ALD doit pouvoir se fonder sur le seul « diagnostic » et protocole de soins, du médecin traitant, éclairé par cette évaluation globale, sans exigence de certificats complémentaires et notamment de psychiatre.

[225] L'accès à l'hormonothérapie, chez un médecin généraliste, un endocrinologue ou un gynécologue, doit pouvoir se faire sur la base d'une information précise donnée à la personne sur les traitements d'une part et de la seule évaluation du médecin concerné d'autre part : évaluation de l'état de santé du patient pour repérer des éventuelles contre-indications ou point de vigilance, mise en perspective de sa demande de traitement hormonal avec sa situation globale. En cas de situations complexes, comme dans les autres champs de la médecine, il revient au médecin d'orienter vers des avis et prises en charge experts.

[226] La chirurgie pelvienne d'affirmation de genre compte tenu de ses impacts lourds et irréversibles pour la personne et de ses enjeux médico-légaux pour le praticien, doit s'inscrire dans le cadre d'une évaluation pluri professionnelle « ouverte » et modulée selon la situation. L'intervention doit être précédée d'échanges de nature collégiale portant sur la situation globale de la personne dans son parcours de transition, sur la balance bénéfices/risques et les impacts post-opératoires possibles de l'intervention (en termes somatiques, de besoin d'accompagnement psychosocial, d'éventuels problèmes de santé mentale à prendre en compte).

[227] Ce temps d'échanges ne doit pas reposer uniquement sur une expertise « hospitalo-centrée » mais être ouvert aux praticiens de ville qui suivent la personne, selon des modalités adaptées aux contraintes de ces derniers (avis écrit du médecin traitant et/ou téléprésence en RCP ...). Il doit pouvoir prendre des formes différentes (examen en RCP ou consultation pluridisciplinaire hors RCP, échanges de courriers), **ajustées selon la situation des patients** (état de santé, avancement dans le parcours de transition) et les pratiques des équipes. Le chirurgien restitue au patient le contenu de ces échanges.

[228] Ces évolutions doivent contribuer à la fois à faciliter l'accès aux soins pour les personnes trans tout en sécurisant les professionnels de santé concernés, et faciliter des relations plus apaisées entre ces derniers. Les autres chirurgies d'affirmation, mammaires et du visage, ne semblent pas devoir justifier d'un cadre d'un tel cadre d'échanges pluriprofessionnels mais d'un échange entre le médecin « fil rouge » et le chirurgien.

Recommandation n°2 Fonder les parcours de transition sur les principes cardinaux suivants : reconnaître l'autodétermination des personnes, permettre un choix éclairé en améliorant l'accès à l'information, rendre possibles des parcours de transition médicale diversifiés dans leur contenu et leurs modalités, faisant une plus grande place à la médecine de 1^{er} recours et au travail en réseau, dépsychiatriser l'entrée dans les parcours, tout en permettant un accompagnement en santé mentale si nécessaire.

3.2 Clarifier et harmoniser le cadre de prise en charge des soins par la Sécurité sociale pour rendre possibles des parcours plus ouverts

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

[229] Il est nécessaire de faire évoluer le cadre de prise en charge des soins des personnes trans, pour tirer les conséquences de la CIM 11, de la loi de 2016 et pour pleinement reconnaître des parcours plus ouverts et divers. Cela suppose de **concilier des principes en tension : d'une part la revendication d'autodétermination et de libre choix de leurs parcours par les personnes trans et d'autre part une solvabilisation des soins par la collectivité qui implique la pertinence de ces derniers** par rapport à une indication et un usage équitable des fonds publics. La voie pour fonder un cadre clarifié et renouvelé de prise en charge passe par l'édiction de recommandations de bonne pratique.

[230] Plus fondamentalement, la transidentité relevant de l'autodétermination de la personne dans le cadre d'un parcours de soins maîtrisé par elle, bouleverse les principes usuels qui fondent la prise en charge par l'Assurance Maladie, à savoir une pathologie et des soins pour y répondre. Le paradigme qui fonde la prise en charge par la collectivité doit alors changer, pour se référer à une approche de la santé visant un bien-être global de la personne selon la définition de l'OMS, et un objectif de prévention, tout en définissant ce qu'il est pertinent de solvabiliser au titre de la santé par la collectivité publique. Cette approche n'est pas inédite : elle s'apparente pour une part à ce qui est pratiqué dans le champ de la maîtrise voire de l'accès à la fertilité, en termes de prise en charge par l'assurance maladie.

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

[231] Les futures recommandations de bonne pratique doivent contribuer à sécuriser les professionnels de santé, comme les caisses de sécurité sociale, en termes de pertinence et de qualité des soins. Les personnes trans doivent pouvoir bénéficier d'une prise en charge financière des soins, sur une base claire et de façon fluide.

[232] **L'accès à l'ALD doit pouvoir se faire sur la base du diagnostic du médecin traitant au titre de l'« incongruence de genre »** pour reprendre les termes de la CIM 11, et sans certificat psychiatrique. Il s'agit de tirer les conséquences d'une part du passage de l'ALD 23 à l'ALD 31 et d'autre part du retrait de l'incongruence de genre du chapitre de la santé mentale dans la CIM 11.

[233] S'agissant de la clarification et de l'harmonisation des soins susceptibles d'être pris en charge au titre de l'ALD, **les recommandations de bonne pratique devraient contribuer à définir un « panier des soins » contribuant aux parcours de transition, même si tous soins seront pas présents dans tous les parcours :**

- Le traitement hormonal selon des modalités adaptées aux problématiques trans (cf ci-après)
- La chirurgie d'affirmation, mammaire et pelvienne, en prenant en compte les meilleures pratiques.

- La chirurgie de féminisation ou de virilisation du visage et du cou (pomme d'adam). **Elle doit être abordée comme une chirurgie réparatrice et non pas « esthétique »** puisque l'enjeu est de répondre à une demande liée à l'identité de genre et la vie sociale de la personne.
- Des soins non chirurgicaux mais parfois coûteux : orthophonie pour agir sur la voix qui constitue un marqueur majeur de l'identité ; épilation définitive, nécessaire non seulement pour le bien-être et la vie sociale des personnes, mais à certaines interventions de chirurgie pelvienne (greffons), selon des modalités adaptées aux besoins des personnes trans à savoir des séances plus longues ; ces soins ne relèvent pas du confort mais permettent une adaptation de l'apparence de la personne à son identité de genre.
- Des soins paramédicaux post opératoires.
- Un accompagnement psychologique, si nécessaire et demandé.
- La conservation des gamètes pour préserver la fertilité.

[234] Pour les actes de ce panier, la CCAM doit mentionner au titre des indications, l'incongruence de genre.

[235] **Il est recommandé également que l'accès à la chirurgie d'affirmation, pelvienne et mammaire, ne soit plus conditionné à un avis du médecin conseil national**, dès lors que les actes en cause sont conformes aux recommandations de bonne pratique.

[236] **Ces règles de prise en charge ainsi que les nouveaux principes d'organisation du parcours de soins doivent être rendues opposables et facilement accessibles, pour permettre une pleine information des patients et des acteurs du soins ainsi qu'une application harmonisée par les CPAM** : circulaire ou lettre-réseau publiée et adaptation de la CCAM pour les rendre opposables ; dossier actualisé sur le site Ameli.fr et Santé.fr pour rendre disponibles toutes les informations utiles (conditions, procédures, tarifs de prise en charge, RBP, informations sur les traitements ...).

Recommandation n°3 Ne plus conditionner l'accès à l'ALD 31 pour incongruence de genre à la production d'un certificat psychiatrique ; en permettre l'accès sur la base du protocole de soins établi par le médecin traitant.

Recommandation n°4 Clarifier sur la base des recommandations de bonne pratique à venir, l'ensemble des soins susceptibles d'être pris en charge dans le cadre de l'ALD, au titre des dimensions possibles des parcours de transition (hormonothérapie, différentes chirurgies d'affirmation, accompagnement psychologique, épilation définitive, orthophonie, conservation des gamètes ...) ; harmoniser sur cette base les décisions des CPAM.

Recommandation n°5 Supprimer l'avis du médecin conseil national sur les demandes de chirurgie d'affirmation.

Recommandation n°6 Rendre facilement accessibles aux assurés et aux professionnels de santé toutes les informations concernant les parcours de soins des personnes Trans : conditions de prise en charge, panier de soins, tarifs, RBP (dossier sur Ameli.fr, sante.fr ...).

3.2.3 Adapter la nomenclature des actes médicaux aux problématiques trans

[237] **La nomenclature doit d'abord être adaptée pour mieux prendre en compte la chirurgie d'affirmation de genre, à travers des codages spécifiques.** L'ensemble des chirurgiens rencontrés ont fortement insisté sur ce point.

[238] La loi de 2016 permet un changement d'état civil sans opération stérilisante ; cette évolution implique de rendre possible la saisie dans les systèmes d'information servant au codage, de tous les actes CCAM, indépendamment du genre de la personne à l'état civil, notamment des actes de gynécologie, d'obstétrique ou d'urologie : les conditions d'une « déssexualisation » systématique des actes doivent être étudiées. À court terme, une lettre réseau adressée aux CPAM et accessible sur Ameli.fr doit pouvoir autoriser ces prises en charge, avant même un changement dans la CCAM. Les systèmes d'information utilisés pour le codage doivent également être adaptés.

[239] Le codage de certains actes, non spécifiques à la transidentité mais figurant dans le « panier de soins », doit mentionner l'indication pour « incongruence de genre » pour faciliter leur prise en charge par les CPAM.

[240] Le Haut conseil des nomenclatures mis en place en septembre 2021 a été chargé d'actualiser, dans les 5 ans qui viennent, l'ensemble de la CCAM ; la mission recommande que ses travaux intègrent les modifications concernant les soins aux personnes trans. D'ici là, une partie des clarifications nécessaires pour faciliter le codage et la prise en charge des soins aux personnes trans doit pouvoir être intervenir par voie de circulaire ou lettre réseau.

Recommandation n°7 Adapter la nomenclature des actes aux problématiques trans en définissant des codes spécifiques à certains actes, notamment chirurgicaux, propres aux parcours de transition ; permettre la prise en charge de tous les actes de la CCAM indépendamment du genre du patient à l'état civil pour faciliter notamment la prise en charge gynécologique et obstétricale des hommes trans et le suivi en urologie des femmes trans.

3.2.4 Produire des données sur l'accès aux soins des personnes Trans

[241] Le système national de données en santé (SNDS) qui consolide notamment les données du PMSI et du SNIIRAM comporte des données très riches qui permettent d'objectiver la réalité de l'accès aux soins des personnes. Les premières données exploitées à l'occasion du présent rapport témoignent ainsi d'une forte croissance du nombre de bénéficiaires de l'ALD 31 au titre de la transidentité et d'un développement de la chirurgie de réaffectation sur le territoire national. Des éléments plus fins peuvent être dégagés de ces bases de données, en termes d'âge, de lieu de résidence des personnes, de cooccurrences en termes de pathologies, de parcours de soins. Cela suppose toutefois de dégager le temps d'exploitation nécessaire à ce type de travaux.

[242] Il serait intéressant que les travaux de la HAS puissent bénéficier d'exploitations du SNDS, comme la CNAM a commencé à le faire, afin d'éclairer la situation actuelle. Une exploitation du SNDS dans les années suivantes permettrait d'apprécier l'évolution des parcours de soins des personnes trans, notamment suite aux nouvelles recommandations de bonne pratique.

Recommandation n°8 Exploiter les données du système national des données de santé (SNDS) sur les soins concernant les personnes Trans pour éclairer l'évolution des parcours de transition et produire des données épidémiologiques.

3.3 Développer une offre de soins plus accessible et mieux adaptée en quantité et qualité aux besoins des personnes trans

3.3.1 Un accès à l'hormonothérapie sécurisé pour les patients et pour les prescripteurs

[243] L'hormonothérapie constitue une dimension majeure du parcours de transition des personnes trans. Elle comporte des enjeux importants de santé publique s'agissant de traitements à vie, dont certains font l'objet d'automédication. Elle appelle des évolutions du cadre de prescription pour mieux faciliter l'accès aux soins, garantir leur qualité et sécuriser juridiquement les prescripteurs.

3.3.1.1 Élargir le champ des professionnels de santé à même de primo prescrire l'hormonothérapie en les formant sur la base des futures recommandations

[244] Compte tenu des difficultés d'accès à des prescriptions et suivis par des endocrinologues hospitaliers et libéraux sur nombre de territoires et des pratiques d'automédication, potentiellement préjudiciables à la santé des personnes par ailleurs, les évolutions suivantes semblent nécessaires :

- **Inciter les sociétés savantes et les équipes d'endocrinologie expertes, à produire des protocoles de soins** intégrant les dernières données de la science, les meilleures pratiques et l'expertise patient ; utiliser ces protocoles dans la formation initiale et continue des médecins et pour guider les pratiques de prescriptions.
- **Intégrer dans la formation initiale et continue des médecins généralistes, des endocrinologues et des gynécologues des éléments concernant l'hormonothérapie de transition** sur la base de protocoles de soins de référence. Intégrer dans ces formations l'expertise patient.
- **Renforcer la place des médecins généralistes dans la prescription de l'hormonothérapie, au sein d'une prise en charge globale de leurs patients** (primo prescription, renouvellement et suivi) : les autoriser à primo-prescrire de la testostérone dans le cadre d'une hormonothérapie de transition ; les outiller dans leur rôle de prescripteurs (protocoles de soins, formations, recours aux conseils et prises en charge de praticiens/équipes experts pour des situations complexes).
- **Sensibiliser les endocrinologues notamment libéraux à leur place dans l'accès à l'hormonothérapie et le suivi des personnes trans**, en particulier en cas de situations médicales complexes. L'hormonothérapie de transition doit être considérée comme une dimension comme une autre, de l'activité d'endocrinologie.
- **Former les pharmaciens et les biologistes médicaux aux recommandations de bonnes pratiques** pour qu'ils puissent eux aussi accompagner les patients dans leur parcours de transition et le bon usage des traitements. Développer la pratique de désignation par les patients de « pharmaciens correspondants » dans le cadre de protocoles de soins coordonnés.
- **Identification d'équipes expertes en hormonothérapie de transition** : des équipes hospitalières jouent de facto tout ou partie de ce rôle, il s'agirait de le reconnaître et le consolider. Leur mission doit se situer sur un triple registre :

- Produire et diffuser de connaissances sur les meilleures pratiques et les effets des traitements (conduire des recherches et assurer une veille internationale) ;
 - Animer un réseau intégrant des praticiens prescripteurs et des associations Trans intervenant sur le champ de la santé (diffusion d'informations, délivrance de conseils par mails et en RCP) ;
 - Intervenir dans la prise en charge pour les situations les plus complexes, exigeant des expertises médicales plurielles.
- **S'assurer que dans chaque département, des praticiens sont en capacité de prescrire et suivre en proximité des patients trans dans leur hormonothérapie** : sur la base des protocoles de soins et recommandations de bonnes pratiques de l'HAS, les conseils départementaux de l'ordre pourraient jouer un rôle incitatif auprès des praticiens de leur territoires (endocrinologues, gynécologues, médecins généralistes).
 - **Développer la recherche clinique sur l'impact des traitements au long cours et les meilleures pratiques de prescription**

3.3.1.2 Résoudre les difficultés liées à l'absence d'AMM

[245] Les praticiens seront d'autant plus allants pour assumer leur rôle en termes de prescription et de suivi que le cadre de la prescription sera sécurisé, en éloignant les risques de sanctions disciplinaires devant l'ordre des médecins, de rappels à l'ordre des CPAM voire de contentieux engagés par des patients en cas de problèmes de santé. La situation actuelle d'insécurité du cadre de prescription, ne saurait perdurer.

[246] Dans un contexte où les laboratoires produisant les traitements ne sont pas moteurs, le Ministère de la Santé et les agences concernées (ANSM et HAS) se doivent d'explorer toutes les pistes permettant de consolider le cadre de prescription, sachant que des réflexions ont été amorcées par l'ANSM que les travaux de la HAS permettront de développer. Les pistes suivantes méritent selon la mission d'être suivies :

- **Permettre l'extension de l'AMM sur la base d'un « usage bien établi »** : cette procédure permet une extension d'AMM par l'ANSM à la demande des laboratoires, sur la base d'une revue de littérature et recommandations de bonnes pratiques, sans l'engagement d'études cliniques de grande ampleur. Des endocrinologues hospitaliers⁷⁰ sont en cours d'élaboration d'une revue de littérature et de recommandations à partager avec les sociétés savantes, qui pourraient nourrir les travaux à venir de la HAS et une procédure d'usage bien établi. Dans la mesure où les laboratoires conservent dans ce cadre l'initiative de la demande d'extension de l'AMM, un travail de conviction sera à mener en parallèle auprès d'eux par tous les acteurs concernés (pouvoirs publics, sociétés savantes, associations de personnes trans).
- **Sécuriser les prescriptions hors AMM sur la base d'un « cadre de prescription compassionnel » pris par l'ANSM sur la base de recommandations de bonnes pratiques.** Lorsqu'un médicament dispose déjà d'une AMM mais qu'il est en pratique utilisé pour une autre indication, l'ANSM peut, dans le cadre de la réforme de l'accès dérogatoire aux médicaments introduite au 1^{er} juillet 2021, établir un cadre de prescription compassionnel

⁷⁰ Le Dr Johnson de l'hôpital Tenon en a pris l'initiative

pour 3 ans renouvelables. Ce cadre présente l'avantage d'être établi à la demande, non pas des laboratoires, mais de professionnels de santé, des ministres ou sur signalement (par exemple d'associations de patients). Il doit se fonder sur un rapport bénéfices/risques présumé favorable.

- Actualiser l'information des pharmaciens sur l'hormonothérapie de transition et sur les possibilités de prescriptions hors AMM, notamment des médecins généralistes, en l'attente de ces évolutions.
- Ouvrir la prise en charge, dans le panier de soins, des produits actuellement non remboursés, (réévaluer notamment la place du traitement à base de testostérone Nebido R), et amorcer une réflexion sur les galéniques non disponibles à la vente en France, notamment les oestrogènes injectables.

L'ANSM, tout en pointant les difficultés de ces différentes pistes, a évoqué dans une note à la mission les conditions qui lui permettraient de s'engager dans cette voie. « A ce stade, l'extrême diversité des médicaments et des dosages utilisés, de même que les voies d'administration, ne permettent pas à l'ANSM d'évaluer le bénéfice risque pour un schéma médicamenteux spécifique aux parcours de transition ; un CPC ou une extension d'indication des AMM des médicaments hormonaux existants ne peuvent donc pas être envisagés. Toutefois, dans l'hypothèse où les sociétés savantes et/ou la HAS seraient en mesure d'établir des recommandations de bonnes pratiques avec des schémas médicamenteux codifiés, l'ANSM pourrait étudier la possibilité d'envisager des extensions d'indications sur demande des titulaires d'AMM ou d'établir des CPC ».

Recommandation n°9 Faciliter et sécuriser l'accès à l'hormonothérapie d'une part en autorisant les médecins généralistes à primo-prescrire la testostérone et d'autre part en consolidant le cadre de prescription sur la base d'une extension de l'AMM dans le cadre d'un « usage bien établi » ou de la reconnaissance par l'ANSM d'un cadre de prescription compassionnel, sur la base de recommandations de bonnes pratiques ; former les pharmaciens et biologistes aux recommandations de bonnes pratiques en matière d'hormonothérapie..

3.3.1.3 Sensibiliser systématiquement aux enjeux de préservation de la fertilité et faciliter l'accès aux démarches de préservation des gamètes

[247] L'hormonothérapie et la chirurgie pelvienne peuvent réduire ou supprimer la fertilité des personnes concernées. Conformément aux recommandations de la WPATH version 8 en cours de publication, il convient que les personnes trans commençant de tels traitements puissent recevoir systématiquement de l'information sur leur impact sur leur fertilité, par les médecins initiant les traitements et par les CECOS s'ils souhaitent approfondir leur réflexion en vue d'une préservation de gamètes. Cette information, dans son contenu et ses modalités, doit être adaptée à l'âge de la personne concernée, avec une attention particulière à la situation des adolescents initiant ce type de traitement. Les futures recommandations de bonne pratiques de la HAS doivent prendre en compte cette dimension.

[248] Tous les CECOS doivent s'organiser, dans le prolongement des démarches déjà engagées, pour proposer cette information et l'accompagnement au recueil des gamètes des personnes trans ; la gratuité de la préservation des gamètes, conformément à la loi de bioéthique, doit pleinement s'appliquer dès lors que des traitements ou interventions chirurgicales sont envisagés ou engagés.

Recommandation n°10 Intégrer dans tous les parcours de transition, une information, adaptée dans le cas des mineurs, sur l'impact des traitements sur la fertilité et les démarches de préservation de cette dernière. Développer dans tous les CECOS les démarches d'accompagnement de la préservation des gamètes pour les personnes trans.

3.3.2 Renforcer l'offre de chirurgie d'affirmation de genre dans des conditions qui permettent de conjuguer qualité des soins et plus grande accessibilité géographique et financière

[249] L'augmentation ces dernières années du nombre d'interventions chirurgicales d'affirmation de genre réalisées en France et la mise en place de nouvelles équipes hospitalières pratiquant ces dernières, constituent un signe encourageant. Pour autant les délais d'accès aux interventions dans le secteur public restent très longs et le COVID a amplifié les difficultés (déprogrammations et impossibilité de se rendre dans certains pays pour se faire opérer). Seules les personnes disposant des moyens financiers peuvent par ailleurs accéder à des réponses alternatives à l'étranger ou dans le secteur privé en France pour certaines interventions (torsoplastie et chirurgie maxillo-faciale principalement). **L'objectif est d'inciter à la montée en puissance de nouvelles équipes, pour permettre un accès moins difficile à la chirurgie d'affirmation, mais en garantissant la qualité des soins requise, compte tenu de la technicité de la chirurgie pelvienne.**

[250] Le modèle d'un tout petit nombre de centre hyperspécialisés, pratiquant un grand nombre d'interventions, comme existant dans d'autres pays (Canada notamment) présente l'avantage d'une forte technicité ; il avait été recommandé dans les rapports HAS de 2009 et IGAS de 2011⁷¹. Toutefois face à la forte croissance du volume d'activité potentielle et aux initiatives actuelles de mise en place de nouvelles équipes, il ne semble plus le mieux adapté. **La mission recommande le développement du nombre d'équipes pratiquant la chirurgie d'affirmation de genre (en particulier pelvienne) avec un excellent niveau d'expertise et couvrant les grandes régions françaises.** Ces équipes présenteraient, pour garantir le niveau requis d'expertise et de qualité, les conditions suivantes (ce qui peut influencer sur leur nombre dans le cadre d'une montée en puissance progressive) :

- **Un seuil d'activité minimal en chirurgie pelvienne pour les services qui la pratiquent** (comme cela existe par exemple pour la chirurgie bariatrique ou de cancérologie) pour tenir compte de la courbe d'apprentissage importante exigée. Le seuil devrait être précisé à dire d'experts, dans le cadre de recommandations de bonnes pratiques de la HAS. Un seuil minimal d'une intervention par semaine a été cité par plusieurs chirurgiens rencontrés par la mission.
- **Des indicateurs rendus publics sur le niveau d'activité et la qualité, élaborés en lien avec la HAS.**
- **La formation des équipes, qu'elles soient nouvelles ou « installées », pour améliorer en continu leurs pratiques.** Les nouvelles équipes doivent en particulier pouvoir se former auprès d'équipes expertes et bénéficier de l'accompagnement par ces dernières dans leur montée en puissance ; le temps consacré par les équipes expertes à la formation et au « compagnonnage » pourrait être reconnu en termes de financement ou de moyens humains.

⁷¹ Le rapport IGAS préconisait la désignation de deux centres chirurgicaux d'excellence dédiés pour en particulier concentrer l'offre chirurgicale, mettre en place des recueils de données et recherches et diffuser des référentiels actualisés.

- **La formation d'internes en médecine pour alimenter un vivier de chirurgiens et la constitution d'équipes rassemblant au moins deux chirurgiens** (urologue/plasticien par exemple) pour permettre une réelle continuité et complétude de l'activité.
- **Un éclairage collégial préalable à l'intervention, selon des modalités modulées selon les situations.** S'agissant des chirurgies pelviennes, lourdes et dont l'impact est irréversible, l'exigence d'un examen en RCP est débattue entre les chirurgiens rencontrés, certains estimant la démarche formelle et inutile pour de nombreux cas (par exemple des personnes déjà très avancées dans leur parcours de transition (social, hormonal voire chirurgical), d'autres la considérant comme indispensable pour sécuriser les praticiens concernés (enjeu médico-légal, risques de décompensation psychique...). **La mission se prononce pour un éclairage collégial systématique et traçable, mais selon des modalités différenciées :**
 - Examen en RCP pour les situations pour lesquelles le chirurgien juge utile un examen pluridisciplinaire dans ce cadre (situations complexes, patients mineurs, avis des praticiens externes absents ou non circonstanciés) ;
 - Avis circonstanciés et traçables des professionnels de santé impliqués dans le suivi de la personne ; il s'agit de recueillir des éléments relatifs à sa situation, susceptibles d'interférer avec les conditions de l'intervention chirurgicale et ses résultats (médecin fil rouge, médecin assurant le suivi de l'hormonothérapie, le cas échéant psychiatre ou psychologue selon la situation) pour des situations non complexes et les parcours avancés.
- **La participation à un réseau d'équipes expertes** permettant de consolider et partager les données et les connaissances, d'échanger sur les bonnes pratiques, d'orienter la prise en charge des situations les plus complexes et de contribuer à des activités de recherche. Ce réseau pourrait aller de pair avec la reconnaissance d'équipes de référence, expertes dans tel ou tel type de chirurgie et dotées d'une fonction de production et diffusion de la connaissance et d'animation du réseau.
- **Une dimension d'éducation thérapeutique et un suivi post-opératoire structuré,** de nature médicale et psycho-sociale, pour éviter des complications de retour à domicile et contribuer à l'autonomie de la personne dans les soins à pratiquer dans la durée. Cela suppose de disposer du personnel nécessaire dans les équipes hospitalières (infirmier de coordination, psychologues notamment) et de faire le lien avec les médecins traitants et autres praticiens de ville en tant que de besoin.

[251] Par ailleurs, se pose la question d'une implication plus grande du secteur privé dans la chirurgie d'affirmation ; largement positionné sur les chirurgies associées (du torse et du visage), le secteur privé l'est encore peu sur la chirurgie pelvienne (non tarifée) mais monte en puissance⁷². Ouvrir la chirurgie pelvienne au secteur privé, comme pour toutes les activités de chirurgie en général, permettrait de mieux répondre à la demande de soins et réduire les délais.

[252] **Faciliter l'essor d'équipes expertes dans le secteur privé, pour élargir l'offre, suppose d'introduire une tarification des actes concernés dans la CCAM et de soumettre ces équipes aux mêmes exigences de qualité que les équipes publiques.** Si conforter les équipes publiques sans dépassement de tarifs est prioritaire, l'émergence d'une offre experte dans le secteur privé peut contribuer à élargir les réponses et offrir une alternative aux interventions réalisées à l'étranger ;

⁷² Le Dr Terrier à l'hôpital privé Louis Mermoz réalise désormais l'une des plus importantes activités de chirurgie pelvienne.

dans ce cas il faudra exiger les mêmes garanties de qualité pour toutes les équipes (seuils d'activité, formation, exercice en réseau) et être vigilants sur les dépassements d'honoraires.

Recommandation n°11 Favoriser le développement du nombre d'équipes pratiquant la chirurgie pelvienne et d'autres dimensions de la chirurgie d'affirmation, dans des conditions permettant de garantir une bonne qualité des soins (atteinte d'un seuil minimal d'activité après une période de montée en charge, formation, éducation thérapeutique et soins post-opératoires, travail en réseau) ; reconnaissance d'équipes de référence thématiques assurant une fonction de recherches et de diffusion des connaissances et des bonnes pratiques cliniques.

Recommandation n°12 Fixer à l'occasion de la révision de la CCAM des tarifs pour la chirurgie pelvienne d'affirmation (5 actes spécifiques à la transidentité), afin de faire émerger une offre de soins supplémentaire dans les établissements privés respectant les conditions de qualité requises pour ce type d'interventions.

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

[253] Offrir des réponses adaptées aux mineurs en interrogation de genre est une priorité compte tenu des vulnérabilités propres à ce public. C'est tout l'avenir de ces mineurs qui peut être obéré ou éclairci, selon la manière dont ils pourront être accompagnés, ou pas. Or à ce stade les réponses manquent, quantitativement et qualitativement et de fortes inégalités territoriales empêchent l'accès à un accompagnement adapté.

[254] Il s'agit, comme le préconise la WPATH dans ses derniers standards de soins, de « faciliter l'expression et l'exploration de genre, de façon ouverte et respectueuse, sans en privilégier aucune »⁷³, dans le cadre d'un accompagnement psycho-social large qui permette de prendre en compte les besoins, les difficultés et les ressources des mineurs concernés, en visant à leur mieux-être. Le travail avec leur famille et leur environnement social (en particulier l'école) est également indispensable à ce mieux-être. Le CCNE pourrait être saisi par ailleurs sur les questions du consentement éclairé des mineurs et de l'autorité parentale et des conditions de préservation de leur fertilité.

[255] Le cadre actuel permettant un accès progressif aux traitements, - hormonothérapie possible avant la majorité et chirurgie très majoritairement une fois les jeunes devenus majeurs-, semble adapté. L'attention de la mission se porte dès lors prioritairement sur le développement des réponses à l'hôpital et en Ville, pour réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins.

[256] L'accompagnement des mineurs requiert une approche pluridisciplinaire, portée soit par des équipes spécialisées soit par des professionnels de santé non spécialisés (MDA, plannings familiaux, praticiens libéraux) mais travaillant en réseau et formés aux problématiques trans et aux bonnes pratiques. Le maillage nécessaire du territoire passe donc par un soutien aux équipes spécialisées d'une part et d'autre part par la diffusion des recommandations de bonnes pratiques, la formation des professionnels de santé et socio-éducatifs et le soutien au travail en réseau. Dans le cas des adolescents, le passage en RCP pour accéder aux traitements semble pertinent, pour consolider les pratiques et le travail en réseau.

⁷³ Ce qui condamne le recours à des thérapies de conversion ou de réparation, qu'une proposition de loi en cours d'adoption au parlement vise à interdire.

Recommandation n°13 : Conduire en enquête auprès des services (hospitaliers, MDA) et des professionnels libéraux pour établir un état des lieux, qualitatif et quantitatif, de l'accompagnement des mineurs trans et en exploration de genre ; veiller à un maillage territorial de l'offre d'accompagnement des mineurs, en consolidant les équipes spécialisées et en soutenant la formation et le travail en réseau des autres professionnels impliqués dans leur suivi (de ville, MDA ...).

Recommandation n°14 Saisir le comité national consultatif d'éthique sur les questions du consentement éclairé des mineurs et la préservation de leur fertilité.

3.3.4 Mieux prendre en compte les facteurs de vulnérabilités de la population trans, dans les politiques prévention, de santé mentale et par l'articulation entre réponses sanitaires et réponses sociales

[257] Les vulnérabilités particulières des populations trans face au soin sont consécutives de la précarité qui traverse les populations et éloigne du système de soins et de prévention, du fait de ruptures familiales, sociales, et/ou professionnelles pouvant survenir, mais aussi d'obstacles particuliers liés à la pathologisation ou la psychiatrisation des transidentités, créant des refus de soins, ou l'éloignement du soin des personnes à la suite de discriminations vécues.

[258] Afin de faire face aux conséquences de l'éloignement du soin et de permettre aux personnes trans les plus précaires d'accéder à des soins de qualité, il est nécessaire d'adapter l'offre de soins et de prévention.

3.3.4.1 Garantir l'accès à la prévention (santé sexuelle, cancers ...) pour les personnes trans, quelle que soit l'évolution de leur état civil

[259] Si des campagnes de prévention en santé sexuelle à destination des populations les plus « à risque » existent depuis dix ans, nombre de personnes trans n'ont pas recours à des soins de prévention, par manque d'information ou parce que les parcours de dépistage sont « genrés » et donc porteurs de possibles mises à l'écart voire discriminations.

[260] Ainsi le dépistage du cancer du col de l'utérus et des pathologies liées au vagin et l'utérus sont peu abordés pour les hommes trans, tout comme les dépistages de cancers ou pathologies liés au système urinaire et prostatique parmi les femmes trans, ou au dépistage du cancer du sein, dont le risque est similaire parmi les femmes cis et les femmes trans sous traitement hormonal. Une information des professionnels de santé spécialisés, les gynécologues et sage-femmes à l'accueil et la prise en charge des personnes trans permettrait une moindre discrimination, mais aussi la proposition de soins de prévention adaptés.

[261] Par ailleurs, la prise en charge de plusieurs actes liés au système uro-génital est liée à un codage dans les systèmes d'information dépendant de l'état civil du ou de la patiente, ce qui complique les remboursements lorsque les personnes ont changé la mention de sexe au sein de leur état civil ; la décorrélation des actes avec l'état civil renseigné permettrait de faciliter ces prises en charge.

[262] Enfin, dans le champ de la lutte contre le VIH et les IST, la récolte des données épidémiologiques concernant les personnes trans est souvent empêchée ou minimisée faute d'adaptation des outils de renseignement, ou du fait d'une mésinformation des professionnels récoltant les informations : par exemple, au sein des files actives des structures de santé, ou dans les formulaires de déclarations obligatoire d'infection à VIH, les femmes trans sont souvent associées aux catégories « HSH », et les hommes trans aux femmes, ce qui perturbe le développement des connaissances sur l'état de santé des personnes trans en France.

Recommandation n°15 Veiller à ce que les personnes trans soient prises en compte dans les campagnes de prévention et de dépistage généralisé (cancers, santé sexuelle notamment) quelle que soit l'évolution de leur genre à l'état civil ; fiabiliser le recueil de l'identité de genre dans les récoltes de données des enquêtes en santé.

3.3.4.2 Renforcer les actions de prévention du suicide et les réponses aux besoins d'accompagnement en santé mentale

- Permettre un accès solvabilisé aux psychologues pour des accompagnements dans la durée

[263] La psychiatrisation historique des parcours trans a eu un impact sur le recours aux soins en santé mentale des personnes trans : elles peinent encore à trouver des réponses permettant d'aborder leur santé psychique sans que celle-ci ne soit entendue qu'au prisme de leur transidentité. Les vulnérabilités particulières des populations trans appellent des prises en charge adaptées à des situations de détresse souvent consécutives de violences et de discriminations vécues. À compter de 2022, l'assurance maladie pourra prendre en charge des consultations de psychologue, dans la limite de 10, et dans le cadre d'un parcours de soins coordonné ; une ouverture de la possibilité de prise en charge de consultations de psychologues au-delà de cette limite, pour des accompagnements de moyen à long terme, permettrait notamment d'agir sur la suicidalité particulièrement forte des populations trans, et sur la survenue de conséquences au long cours de non-recours aux soins.

Recommandation n°16 Dans le prolongement des mesures en cours de déploiement, permettre une prise en charge par l'assurance maladie de l'accès aux psychologues, allant au-delà de la limite actuelle de 10 séances, quand des accompagnements de plus longue durée sont requis.

- Développer une approche populationnelle la prévention du suicide (dont formations Sentinelle)

[264] Les conséquences de la transphobie et d'un manque de soutien social font des populations trans une des catégories de la population ayant le plus fort taux de suicide et de tentatives de suicides. Face à ce sur-risque très conséquent, à la récurrence des suicides notamment chez les jeunes trans, les structures associatives sont régulièrement débordées, et trouvent difficilement des réponses adaptées au sein du droit commun, saturé. En réponse à cette situation d'urgence, des pistes d'action, au niveau local comme national, sont à envisager, de la prévention, la détection, à la prise en charge.

[265] Les facteurs protecteurs de suicide face aux violences, aux discriminations, et à ce que les sciences sociales qualifient de « stress minoritaire »⁷⁴ se trouvent dans un tissu social soutenant^{75,76} et dans l'absence discriminations, y compris dans les politiques publiques⁷⁷. **La lutte contre les discriminations dans le champ de la santé, au sein de structures éducatives ou des familles, constitue un point essentiel de lutte contre le suicide des personnes trans** : la formation des

⁷⁴Meyer, Ilan H. 2007. « Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence ». 39.

⁷⁵Trujillo, Michael A. s. d. « The Buffering Role of Social Support on the Associations among Discrimination, Mental Health, and Suicidality in a Transgender Sample ». 15.

⁷⁶Dowers, Eden, Carolynne White, Kay Cook, et Jonathan Kingsley. s. d. « Trans, Gender Diverse and Non-Binary Adult Experiences of Social Support: A Systematic Quantitative Literature Review ». 17.

⁷⁷ Rabasco, Ana, et Margaret Andover. 2020. « The Influence of State Policies on the Relationship Between Minority Stressors and Suicide Attempts Among Transgender and Gender-Diverse Adults ». *LGBT Health* 7(8):457-60. doi: [10.1089/lgbt.2020.0114](https://doi.org/10.1089/lgbt.2020.0114).

personnels soignants et éducatifs est nécessaire à la création d'environnement sociaux positifs et protecteurs.

[266] La formation des acteurs du champ de la santé des personnes trans à la détection des situations de détresse à fort risque suicidaire ainsi qu'à leur orientation vers les bons interlocuteurs est également essentielle à la prévention du suicide. En cela, les projets « Sentinelle », formant des acteurs locaux à la détection et à la prévention du suicide constituent des outils efficaces et mobilisables. Cela passe par un appui des ARS à l'ouverture de ces projets à des enjeux populationnels, pour mieux prendre en compte les vulnérabilités particulières de certaines populations, comme les populations trans. Cela appelle aussi l'implication des acteurs locaux au contact des personnes trans et notamment des jeunes (associations, groupes de pairs, structures d'accompagnement, médecine scolaire, acteurs socio-éducatifs ...) dans les actions à conduire localement.

[267] Appuyant la mobilisation d'acteurs au sein de chaque territoire, la mise en lien de structures de soins et d'associations permettra d'assurer une réponse adaptée, si des soins psychiatriques sont nécessaires en cas de crise ou après une tentative de suicide.

Recommandation n°17 Engager de façon urgente des actions pour prévenir le suicide parmi les populations trans, avec trois priorités : un accueil positif au sein des établissements scolaires et des structures de santé afin de lutter contre les discriminations ; le soutien par les ARS de projets « Sentinelle » impliquant les associations trans et les acteurs du champ de la santé trans ; le développement des liens entre associations trans et structures de santé mentale pour faciliter les réponses en urgence.

3.3.4.3 Face à la grande précarité de certaines personnes Trans, mieux articuler les réponses en termes de soins et les réponses sociales

- Développer la médiation en santé

[268] La médiation en santé est un outil central de la démarche communautaire en santé, mobilisé de façon professionnalisée par quelques rares associations (Acceptess-T, et le Planning Familial de Grenoble), et de façon bénévole par de nombreuses associations du champ de la santé trans. Il s'agit d'une action en faveur de l'accès aux soins et aux droits de personnes éloignées du système de santé, définie depuis 2017 par le Code de Santé Publique comme « *fonction d'interface assurée entre les personnes vulnérables éloignées du système de santé et les professionnels intervenant dans leur parcours de santé, dans le but de faciliter l'accès de ces personnes aux droits prévus au présent titre, à la prévention et aux soins. Elle vise à favoriser leur autonomie dans le parcours de santé en prenant en compte leurs spécificités* » (article D. 1110-5 du CSP, issu du décret n° 2017-816 du 5 mai 2017), et ayant fait l'objet d'un référentiel de compétences, de formation, et de bonnes pratiques de la HAS en 2017.

[269] La notion de « pair » ajoute à la démarche de médiation une compréhension fine des besoins des personnes accompagnées et un lien de confiance bénéfique à l'adhésion aux parcours de santé. Ainsi la médiation par les pairs constitue-t-elle un levier efficace pour améliorer l'accès aux soins et à la prévention des populations trans éloignées du soin.

[270] Cependant, si au fil du temps, l'acceptabilité des travailleurs pairs trans dans les lieux de soins a été acquise, puis a été suivie de la prise en compte du bénéfice apporté par leur travail, il s'agit encore de tâches peu valorisées par les financeurs. Lorsque ces tâches sont professionnalisées, les associations peinent ainsi souvent à trouver les fonds nécessaires pour valoriser ces postes,

reconnaitre pleinement les compétences acquises et mobilisées par les personnes, et leur permettre d'envisager ces fonctions dans la durée.

Recommandation n°18 Mieux reconnaître le travail de médiation en santé par les pairs, à travers d'une part la valorisation de l'expérience de bénévolat et d'autre part le financement pérenne de postes de pairs médiateurs dans les projets portant sur la santé trans. Renforcer la représentation des associations Trans dans instances régionales de démocratie en santé, sur le modèle des COREVIH

- Renforcer l'adaptation des réponses d'accompagnement social aux besoins des personnes trans

[271] Une offre d'accompagnement social sensibilisée aux vulnérabilités particulières des personnes trans exposées à la transphobie permet de faciliter l'accès aux soins et à la prévention des personnes, en favorisant des conditions de vie plus sécurisantes, par l'accès à un logement, à des droits sociaux, et au droit au séjour. Une meilleure sensibilisation et formation sont aussi de nature à faciliter l'orientation des personnes vers des associations communautaires et des ressources renforçant le lien social et la lutte contre l'exclusion.

[272] Ces formations permettraient aussi de faire émerger des pratiques adaptées, favorisant le recours des personnes au droit commun. Par exemple, l'attention aux demandes des personnes trans lors de l'orientation vers des dispositifs d'hébergement d'urgence, souvent spécialisés dans l'accueil d'hommes ou bien de femmes, permet de diminuer les risques de discriminations, voire de violences, au sein aux de ces derniers⁷⁸.

Recommandation n°19 Sensibiliser, les travailleurs sociaux à la transidentité comme facteur de discriminations et de vulnérabilité, et les former aux bonnes pratiques d'accueil et d'accompagnement ; renforcer les liens entre les structures impliquées dans l'accueil et l'hébergement des personnes précaires et les associations trans.

3.4 Changer d'échelle en matière de recherche et de formation, mieux diffuser les connaissances

[273] Comme dans de nombreux sujets, la recherche d'une part et la formation, initiale et continue de l'autre, peuvent et doivent contribuer davantage aux objectifs d'amélioration de la santé des personnes Trans ; ces dimensions ont ainsi toute leur place dans un « plan Santé trans » que la mission appelle de ses vœux.

3.4.1 Soutenir la recherche sous différentes formes

[274] Si le nombre de références internationales associées au mot clef « transgender » a augmenté ces dernières années, indiquant un intérêt croissant de la science pour les questions trans et une légitimité accrue du sujet en tant que sujet d'étude et de publication à l'international, les essais cliniques restent encore relativement limités.

Nombres d'études recensées sur PubMed avec le mot clef "transgender" (interrogation de la base au 20 décembre 2021) :

- Entre 2002 à 2011 : 632 articles référencés

⁷⁸ « Accueillir et accompagner les personnes LGBTIQ dans l'hébergement, Guide pratique », Fédération des acteurs de la solidarité Île-de-France, 2021.

Entre 2012 à 2021 : 9 079 articles référencés

(soit une multiplication par 14 du nombre d'articles entre la première et la seconde décennie du 21ème siècle).

Parmi les 9 079 articles référencés sur la période 2012-2021, on trouve :

- 132 essais cliniques- 54 méta-analyses

[275] En France, le champ de la « santé trans » reste encore peu investi et peu financé, même si il commence à émerger dans certains programmes, en particulier dans le champ du VIH. Ce déficit concerne aussi bien la recherche clinique, en particulier s'agissant des soins de transition, que les recherches portant sur les déterminants de la santé des personnes trans (conditions de vie, appartenance sociale, problématiques par âge, situations de précarité ...). Cela a des conséquences sur la disponibilité de données scientifiques pour asseoir les approches cliniques et aussi sur la définition des politiques de santé en vue d'agir sur les déterminants de santé pour réduire les inégalités.

3.4.1.1 Prendre en compte les personnes trans dans les projets de recherches en population générale et développer des travaux spécifiques aux enjeux de santé trans

[276] Les perspectives pour la recherche sur la santé des personnes trans peuvent se concevoir de deux manières complémentaires.

[277] D'une part, il importe de prendre en compte la population trans et ses spécificités dans les travaux de recherche portant sur des thématiques de santé générales (comme par exemple le vieillissement, la prévention du suicide ...). Cet aspect permettra de diversifier et d'affiner les connaissances liées à la santé des personnes trans mais aussi de mieux reconnaître les sujets liés aux personnes trans dans des champs divers, notamment lorsque des vulnérabilités particulières sont identifiées.

[278] Les sujets liés à la santé trans occupent d'ores et déjà une place de plus en plus importante dans le champ de la recherche sur le VIH/Sida, en lien avec la prise en compte des populations trans parmi les « populations clés » de la lutte contre le VIH. Les grandes enquêtes sur la santé sexuelle et la sexualité commencent également à prendre en compte le sujet ; l'enquête INSERM conduite en 2022 sur la sexualité des Français devrait, pour la première fois, prendre en compte les populations Trans.

[279] D'autre part, le déploiement de recherches dédiées spécifiquement à la santé des personnes trans, et notamment aux soins de transition, est nécessaire, qu'il s'agisse de recherches liées aux actes chirurgicaux ou à l'impact des traitements hormonaux sur la santé des personnes : si des données internationales existent, les données françaises sont rares, bien qu'émergentes.

[280] Il importe que ces travaux puissent s'inscrire dans le cadre d'appels à projet de recherche, nationaux ou Européens et soient conduits dans le respect de la réglementation et des bonnes pratiques de recherche. Cela implique la constitution de partenariats entre des équipes cliniques, des équipes méthodologiques ou de recherche et autant que possible, les équipes d'associations de terrain. Il s'agit donc d'encourager à la fois les équipes de recherches, les agences nationales et les différents financeurs (régionaux, nationaux, européens comme internationaux), à élaborer des programmes incluant les enjeux de santé trans, et s'y intéressant comme un champ spécifique et pertinent.

[281] Des sujets de recherche pourront ainsi être encouragés : la prévention du suicide et les déterminants liés à la santé mentale, les traitements des siliconomes, certaines dimensions des effets

des traitements hormonaux (en particulier selon la voie d'administration), l'évaluation des risques et des vécus post-opératoires selon les types de chirurgie, des recherches-actions portant sur les déterminants et conséquences de la transphobie etc.

3.4.1.2 Reconnaître l'intérêt de la recherche communautaire pour intégrer l'expertise des personnes trans

[282] La mobilisation des acteurs associatifs et des personnes concernées, dès la phase de conception d'un travail de recherche sur la transidentité, paraît hautement souhaitable. Ce mouvement de fond procède d'une réappropriation par les personnes concernées, des questions relatives à leurs corps et à leur santé. Dans le champ de la production des connaissances scientifiques, ceci implique que les personnes concernées ne soient plus uniquement objet d'étude, mais également acteur. Par ailleurs, il convient d'encourager les travaux de recherches décloisonnés entre les acteurs des secteurs universitaire, hospitalier, de la médecine de ville et du monde associatif. En effet ceci permet à la fois la diffusion des données scientifiques auprès des acteurs de terrain et l'appropriation des savoirs expérientiels par les chercheurs.

[283] L'implication ab initio d'acteurs associatifs dans un projet de recherche concernant la transidentité a une double vertu. D'une part, elle garantit que le regard "d'expertise intérieure" porté par les personnes directement concernées soit mobilisé en tant que vrai regard scientifique, lors de la conception du projet. D'autre part, elle permet d'impliquer les personnes concernées dans des projets portant sur leur santé, et favorise une appropriation des données issues de la science, et leur diffusion.

3.4.1.3 Soutenir les initiatives permettant de mutualiser, partager et diffuser les connaissances

[284] Plusieurs équipes soignantes ont fait part à la mission de ce qu'elles assurent (sur du temps bénévole le plus souvent) un travail de veille scientifique concernant les questions de santé trans. Ces travaux sont conduits indépendamment les uns des autres et il existe vraisemblablement une redondance de travail. En tous les cas, les résultats de ces synthèses médico-documentaires ne sont pas facilement accessibles à tous les acteurs concernés sur le territoire. Un travail en réseau renforcé et la reconnaissance d'équipes thématiques expertes permettraient probablement de faciliter la mutualisation des efforts et une meilleure diffusion des connaissances.

[285] Au niveau du grand public et des personnes concernées, l'équipe du site web WikiTrans conduit un travail bénévole tout à fait remarquable de vulgarisation et de mise à disposition des informations - travail pour lequel cette équipe qui ne comporte pas de soignants, cherche à obtenir de l'aide de professionnels de santé pour développer ou valider certains contenus, sans toujours y arriver.

[286] Il paraît hautement souhaitable que soit facilement accessible sur internet (via un ou des outils de mutualisation des informations) une information de qualité, sourcée et vérifiée. Cette information pourrait se décliner sur un versant de haute technicité (travaux récents de recherche sur la meilleure technique de vaginoplastie, résultat d'études comparatives sur les antiandrogènes etc.) mais aussi de vulgarisation scientifique de qualité, prenant en compte l'expertise patient, comme l'a amorcé par exemple le site santé.fr. Par ailleurs, des projets tels que celui de Wiki Trans pourraient être soutenus financièrement, et bénéficier de la contribution de professionnels de santé.

Recommandation n°20 Développer la recherche clinique concernant les soins de transition ainsi que les travaux sur les déterminants de la santé des personnes trans ; intégrer la problématique trans à des thèmes de recherches concernant la population générale et financer des recherches sur des problématiques plus spécifiques aux populations trans ; soutenir une meilleure diffusion et accessibilité des connaissances scientifiques.

3.4.2 Renforcer la formation des professionnels de santé

[287] Tous les professionnels de santé, quel que soit leur champ d'exercice, sont ou seront probablement amenés à soigner des personnes trans. Faute de formation, ces professionnels risquent d'adopter des attitudes inappropriées (par exemple mégenrage, erreur sur le prénom), qui ne procèdent pas d'ailleurs nécessairement d'une intentionnalité transphobe mais produisent le même effet négatif sur la personne concernée.

3.4.2.1 Intégrer un module dans la formation initiale de tous les professionnels de santé

[288] Il est donc tout à fait essentiel d'intégrer à la formation initiale de tous les professionnels de santé des éléments de formation spécifiques aux sujets trans, en insistant notamment sur les aspects les plus simples et les plus pratiques d'une relation soignant-soigné de confiance (savoir demander à une personne non-binaire comment elle souhaite être genrée, savoir s'excuser lorsqu'on a par erreur mégenré un.e patient.e). Cela est essentiel pour réduire les vécus de discriminations dans le soin ou de non-recours liés à la crainte de celles-ci.

[289] Selon le parcours d'études du professionnel de santé concerné, ce module pourrait être plus ou moins développé - voire repris et étoffé dans certains parcours de spécialisation. Ainsi, il ne paraît pas raisonnable que les futurs endocrinologues, gynécologues médicaux, urologues, plasticiens ou médecins généralistes n'aient pas tous reçu une formation socle sur les parcours trans et les dimensions techniques, médicales ou chirurgicales, de ces parcours.

3.4.2.2 Des formations spécifiques pour les professionnels de santé du soin primaire, sous différents formats, impliquant les associations et personnes expertes

[290] Afin de répondre au besoin de soins en matière d'accompagnement des parcours et d'hormonothérapie substitutive, qui est très importante et va en augmentant, il est nécessaire de faciliter l'implication des professionnels de santé du soin primaire (en particulier médecins généralistes mais également gynécologues médicaux et équipes des plannings familiaux).

[291] Deux obstacles principaux doivent être levés pour développer l'accompagnement des personnes trans par des professionnels de premier recours : d'une part l'absence de recommandations de bonnes pratiques, et d'autre part le cadre réglementaire non adapté de la prescription. On peut espérer qu'ils soient levés dans le prolongement de ce rapport et de l'édiction prochaine de recommandations de bonnes pratiques par la HAS.

[292] Mais le déficit de formations spécifiques constitue une difficulté supplémentaire pour les médecins, concernant le suivi des parcours de transition et la prescription de traitements hormonaux. A défaut de modules existants au sein de l'offre de formation continue, des associations et médecins développent des formations sous des formats divers, présentiel ou virtuel, selon les besoins des stagiaires inscrits. Ces formations, actuellement réalisées la plupart du temps bénévolement par les associations et les médecins impliqués, gagneraient à faire partie des actions

de DPC (développement professionnel continu), en partenariat étroit entre organismes de DPC et structures associatives trans.

[293] Par ailleurs, une offre de formation en lien avec les équipes hospitalo-universitaires existe depuis plusieurs années, sous la forme de diplômes universitaires ou interuniversitaires (D.U. "Prise en charge de la transidentité porté par Sorbonne Université et D.I.U. "Accompagnement soin et santé des personnes transgenre" porté par les universités Claude-Bernard, Paris-Saclay et Aix-Marseille) qui a également toute sa place pour des professionnels de santé souhaitant développer une expertise.

[294] Les échanges thématiques au sein des sociétés savantes dont Trans santé France, et des réseaux tels que le REST ou Trajectoires Trans, sont également nécessaires pour permettre une « communauté de pratiques ». La discussion, diffusion et appropriation des derniers standards de soins de la WPATH (version 8) constituent également un enjeu de formation.

Recommandation n°21 Intégrer dans la formation initiale des professionnels de santé des éléments de sensibilisation sur l'accueil des personnes trans et de formation sur les traitements pour les spécialités concernées ; accompagner une place renforcée de la médecine de ville dans les parcours, par des formations continues sur les traitements, intégrées au DPC.

LETTRES DE MISSION



**MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Le Ministre

Nos réf. D-21-020068

Paris, le 13 JUIL. 2021

Etre transgenre correspond au fait pour une personne d'avoir une identité sexuelle ressentie en conflit avec son sexe physique de naissance. On estime entre 20 000 et 60 000 personnes transgenre en France. Parmi elles, certaines sont engagées dans des parcours de soins dont la longueur, la difficulté et les entraves retiennent toute mon attention.

Ces dernières années, le regard médical et sociétal porté sur la transidentité s'est considérablement modifié. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a retiré en 2018 le sujet de la transidentité du champ de la psychiatrie en le déplaçant dans le domaine de la santé sexuelle. Ce faisant, elle a dépsychiatrisé « *l'incongruence de genre* » en sortant ce « diagnostic » du chapitre des troubles mentaux et du comportement de la classification internationale des maladies (CIM) et en l'intégrant dans la classification liée à la santé sexuelle. De nombreuses études ont en effet montré que la souffrance psychique et le handicap fonctionnel ne sont pas présents chez toutes les personnes « Trans » et, lorsqu'ils sont présents, relèvent de facteurs sociaux et environnementaux, concluant que les problématiques psychologiques ou psychiatriques liées à la transition ne sont pas dues au changement de genre en lui-même mais au rejet social, aux violences et aux discriminations liés à cette transition.

Pourtant, l'organisation du parcours de transition en France n'a pas encore intégré ces évolutions et ce dernier reste encore fondé sur la proposition faite par la HAS dans son rapport de novembre 2009 intitulé « *situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge du transsexualisme en France* ». Ce parcours médical s'appuie sur un certificat médical délivré par un psychiatre, aussi bien pour sa mise en œuvre que pour sa prise en charge par la sécurité sociale.

Plus encore, certaines demandes émanant du champ associatif témoignent de difficultés d'accès aux soins et aux droit en de nombreux points du territoire.

Conscient de l'importance de cette question, j'ai saisi le 23 avril 2021 la HAS dans l'optique d'actualiser ses recommandations de 2009. Ces travaux débiteront au premier trimestre 2022.

D'ici là et afin, notamment d'éclairer les travaux de la Haute Autorité, j'ai décidé de vous confier une mission réalisant un bilan documenté de l'état de santé et des prises en charge sanitaire et médico-sociale des personnes transgenres en France.

Vous veillerez ainsi à

- Décrire les principaux besoins de santé spécifiques des personnes transgenres ;
- Construire un état des lieux des prises en charge actuelles surtout l'accès à l'hormonothérapie et aux soins chirurgicaux ;
- Qualifier et dans la mesure du possible à quantifier les discriminations et refus de soins auxquels sont confrontés les personnes ;

M. Simon JUTANT
Association ACCEPTESS-T
39 bis Boulevard Barbès
75018 Paris

- Etre particulièrement attentifs aux situations des mineurs, des plus vulnérables dont les personnes âgées, sans papier ou encore les personnes présentant des pathologies associées en réalisant un focus sur la santé mentale ;
- Proposer un modèle d'implication des associations dans les prises en charge et la définition des parcours de soin, la démocratie sanitaire et l'expertise scientifique ;
- Proposer des recommandations pour une prise en charge optimale des personnes transgenres.
- Proposer des recommandations pour améliorer le respect du droit des usagers et permettre une meilleure diffusion de l'information sur les bonnes pratiques, la réglementation et leurs évolutions respectives. ;

Pour mener à bien votre mission, vous pourrez vous appuyer sur la Direction générale de l'organisation des soins, la Direction générale de la santé. Vous pourrez également associer à vos réflexions les personnalités que vous jugerez utiles et nécessaires. Vos conclusions sont attendues pour la fin du mois de novembre 2021.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de ma considération distinguée.


Olivier VERAN



**MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Le Ministre

Nos réf. D-21-020067

Paris, le

13 JUIL. 2021

Etre transgenre correspond au fait pour une personne d'avoir une identité sexuelle ressentie en conflit avec son sexe physique de naissance. On estime entre 20 000 et 60 000 personnes transgenre en France. Parmi elles, certaines sont engagées dans des parcours de soins dont la longueur, la difficulté et les entraves retiennent toute mon attention.

Ces dernières années, le regard médical et sociétal porté sur la transidentité s'est considérablement modifié. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a retiré en 2018 le sujet de la transidentité du champ de la psychiatrie en le déplaçant dans le domaine de la santé sexuelle. Ce faisant, elle a dépsychiatrisé « *l'incongruence de genre* » en sortant ce « diagnostic » du chapitre des troubles mentaux et du comportement de la classification internationale des maladies (CIM) et en l'intégrant dans la classification liée à la santé sexuelle. De nombreuses études ont en effet montré que la souffrance psychique et le handicap fonctionnel ne sont pas présents chez toutes les personnes « Trans » et, lorsqu'ils sont présents, relèvent de facteurs sociaux et environnementaux, concluant que les problématiques psychologiques ou psychiatriques liées à la transition ne sont pas dues au changement de genre en lui-même mais au rejet social, aux violences et aux discriminations liés à cette transition.

Pourtant, l'organisation du parcours de transition en France n'a pas encore intégré ces évolutions et ce dernier reste encore fondé sur la proposition faite par la HAS dans son rapport de novembre 2009 intitulé « *situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge du transsexualisme en France* ». Ce parcours médical s'appuie sur un certificat médical délivré par un psychiatre, aussi bien pour sa mise en œuvre que pour sa prise en charge par la sécurité sociale.

Plus encore, certaines demandes émanant du champ associatif témoignent de difficultés d'accès aux soins et aux droit en de nombreux points du territoire.

Conscient de l'importance de cette question, j'ai saisi le 23 avril 2021 la HAS dans l'optique d'actualiser ses recommandations de 2009. Ces travaux débiteront au premier trimestre 2022.

D'ici là et afin, notamment d'éclairer les travaux de la Haute Autorité, j'ai décidé de vous confier une mission réalisant un bilan documenté de l'état de santé et des prises en charge sanitaire et médico-sociale des personnes transgenres en France.

Vous veillerez ainsi à

- Décrire les principaux besoins de santé spécifiques des personnes transgenres ;
- Construire un état des lieux des prises en charge actuelles surtout l'accès à l'hormonothérapie et aux soins chirurgicaux ;
- Qualifier et dans la mesure du possible à quantifier les discriminations et refus de soins auxquels sont confrontés les personnes ;
- Etre particulièrement attentifs aux situations des mineurs, des plus vulnérables dont les personnes âgées, sans papier ou encore les personnes présentant des pathologies associées en réalisant un focus sur la santé mentale ;

Docteur Hervé Picard
Cabinet Ipso santé
323, rue Saint-Martin
75003 Paris

- Proposer un modèle d'implication des associations dans les prises en charge et la définition des parcours de soin, la démocratie sanitaire et l'expertise scientifique ;
- Proposer des recommandations pour une prise en charge optimale des personnes transgenres.
- Proposer des recommandations pour améliorer le respect du droit des usagers et permettre une meilleure diffusion de l'information sur les bonnes pratiques, la réglementation et leurs évolutions respectives. ;

Pour mener à bien votre mission, vous pourrez vous appuyer sur la Direction générale de l'organisation des soins, la Direction générale de la santé. Vous pourrez également associer à vos réflexions les personnalités que vous jugerez utiles et nécessaires. Vos conclusions sont attendues pour la fin du mois de novembre 2021.

Je vous prie d'agréer, Docteur, l'expression de ma considération distinguée.

Olivier VERAN



LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

La mission remercie chaleureusement l'ensemble des personnes sollicitées pour le temps qu'elles ont accordé à notre travail, au cours d'un ou plusieurs entretiens, et pour leur implication, en nous donnant accès à leurs travaux et leurs réflexions.

1. Administrations centrales du ministère des Solidarités et de la Santé

- Mme. Muriel Dahan et Hayet Zeggar, Inspectrices Générales des Affaires Sociales, que nous remercions pour leurs conseils et avis éclairés et M. Charles de Batz, Inspecteur Général des Affaires Sociales, que nous remercions pour son travail sur les données hospitalières
- M. Franck Bellivier, Délégué Ministériel à la Santé Mentale et à la Psychiatrie
- Mme. Anne-Lise Savart, Chargée de mission lutte contre la haine anti-LGBT et la haine sur internet, DILCRAH
- Mme Sylvie Escalon, Sous Directrice Régulation de l'Offre de Soins, Direction Générale de l'Offre de Soins, M. Thierry Kurth, chef du bureau Prises en charge post-aiguës, pathologies chroniques et santé mentale,
- M. Olivier Scemama, Chef du Bureau Infections par le VIH, IST, hépatites et tuberculose, Direction Générale de la Santé, et M. Adrien Esclade, adjoint au Chef du Bureau,
- Mme Julie Barrois, Cheffe du bureau de la santé mentale, Direction Générale de la Santé,
- Nicolas Labrune sous directeur du financement du système de soins, à la direction de la sécurité sociale

2. Agences en santé

- Mme Nathalie Lydié, Responsable de l'unité santé sexuelle, Santé Publique France et Mme Annie Velter, Chargée de projet et d'expertise scientifique en santé publique,
- Mme. Véronique Sauvadet, cheffe du service financement et analyse économique, Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
- Mme. Isabelle Yoldjian, Directrice médicale médicaments DMM1, Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, Mme. Marie Tardieu, cheffe de pole, Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, Mme Carole Le Saulnier, Directrice des affaires juridiques et réglementaires l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

3. Caisse nationale d'assurance maladie

- Dr Catherine Grenier, directrice des assurées à la CNAM
- Dr Stéphanie Schramm, Responsable du Département des Prestations et des Maladies Chroniques, CNAM-DDGOS-DAS-DPMC,
- Dr Amélie Tugaye, Médecin conseil, DDGOS – DAS, Département des Prestations et Maladies Chroniques (DPMC)

4. **Autorités administratives indépendantes**

- Dr. Pierre Gabach, Directeur de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité de Soins, Haute Autorité de Santé et Mme Muriel Dhenain
- Mme. Clémence Armand, Direction de la prévention et de la promotion de la santé-Unité Santé sexuelle, services de la Défenseure des Droits

5. **Personnalités qualifiées**

- Dr. Anne-Marie Trarieux, au conseil national de l'ordre des médecins, Dr Patricia Escobado, présidente du conseil départemental de l'ordre des médecins du Val d'Oise, Caroline Héron, responsable « Ethique et déontologie », Conseil national de l'Ordre des médecins
- Agathe Mametz, site internet wikitrans.fr

6. **Professionnels de santé**

A l'hôpital et en clinique

- Dr. Agnès Condat, Pédopsychiatre et responsable de la Consultation Identité Sexuée au Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière,
- Dr Nicolas Morel Journal coprésident de Trans santé France Chirurgien Urologue, HCL groupement hospitalier du sud – centre hospitalier Lyon sud -
- Dr. Sara Cristofari, Chirurgienne plastique, AP-HP Tenon,
- Dr. Nicolai Johnson, endocrinologue, AP-HP Tenon,
- Dr. Valentina Isernia, Dr. Florence Michard, Pr. Jade Goshn, médecins infectiologues, Hôpital Bichat Claude Bernard
- Dr. Romain Weigert chirurgien plasticien CHU Bordeaux
- Dr. François Medjkane, psychiatre, CHRU Lille
- Dr François Marcelli, chirurgien urologue, CHRU Lille
- Dr. Lucas Freton, chirurgien urologue, CHU Rennes
- Pr. Francois Istasse, Responsable des urgences « gynécologie et obstétrique » au CHU Grenoble
- Dr. Xavier Plainard, chirurgien urologue, CHU Limoges
- Dr. Etienne Vacher, Psychiatre, CTAI (centre thérapeutique ambulatoire intensif), Grenoble
- Dr. Nadège Bourvis, Psychiatre, Chef de service CH Intercommunal Toulon et responsable de la Maison des Adolescents de Toulon,
- Dr Thierry Gallarda, psychiatre, hôpital Saint-Anne, Paris,
- Dr Florence Eustache, Directrice du Centres d'Étude et de Conservation des Œufs et du Sperme humain (CECOS) Jean Verdier, Paris,
- Dr Jean-Etienne Terrier, chirurgien urologue, hôpital privé Jean Mermoz, Lyon

En ville

- Dr. Sophie Legoff, médecin généraliste, Centre Municipal de Santé, à Malakoff,
- Dr. Marie Jeanne Martin, Maison dispersée de santé à Lille
- Dr Alix Isaac, médecin au planning familial de Grenoble,

7. Patients experts

- Mme Claire Vandendriessche, Patiente experte, Intervenante DU Prise en charge de la transidentité, Faculté de médecine Sorbonne-Université, Chercheuse INED, que nous remercions pour ses avis précis et renseignés,

8. Associations

- Lee Ferrero, Membre fondateur, Anh Podevigne, Association Transat, Marseille,
- Leo Mulió Alvarez, ONG TGEU « Transgender Europe »
- Max Crescent, association RITA à Grenoble,
- Chloé Morisset, association Trans Inter Action à Nantes
- Raphaël Magnan et Dr Baptiste Leroy association Réseau Santé Trans (ReST) à Rennes,
- Anaïs Perrin-Prévelle, association OUTrans, Paris,
- Clément Moreau, psychologue clinicien, association Espace Santé Trans, Paris,
- Giovanna Rincon et Laszlo Blanquart, association Acceptess-T, Paris,
- Béatrice Denaes, Co-présidente de l'Association TransSanté France

SIGLES UTILISES

ALD : affection de longue durée

AMM : autorisation de mise sur le marché

ANSM : agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

ARS : agence régionale de santé

ARV : antirétroviral

CCAM : classification commune des actes médicaux

CCNE : comité consultatif national d'éthique

CECOS : centres d'étude et de conservation des œufs et du sperme humain

CIM : classification internationale des maladies

CEGIDD : centre de consultation et de dépistage

CTAI : centre thérapeutique ambulatoire intensif

DIM : département d'information médicale

DPC : développement professionnel continu

FtM : female to male (homme trans)

HAS : haute autorité de santé

IGAS : inspection générale des affaires sociales

LGBTQI+ : lesbien, gay, bisexuel, trans, queer, intersexes etc

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique

MDA : maison des adolescents

MtF : male to female (femme trans)

PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information

PrEP : Pre-Exposure Prophylaxis (traitement pour éviter contamination au VIH)

RCP : réunion de concertation pluridisciplinaire

SNDS : système national de données en santé

SNIIRAM : système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie

TASP : Treatment As Prevention (traitement pour réduire la charge virale en cas de contamination au VIH)

WPATH : world professional association for transgender health

ANNEXE 1: QUELQUES ELEMENTS DE TERMINOLOGIE

TRANS

- Les personnes « trans » ou « transgenres » sont des personnes qui s'identifient à un genre différent de celui correspondant à leur sexe de naissance.
- Un homme trans est une personne née sous le sexe féminin, qui s'identifie au genre masculin
- Une femme trans est une personne née sous le sexe masculin qui s'identifie au genre féminin.

TRANSITION

La démarche de « transition » vise à engager des actions en vue de vivre dans le genre auquel la personne trans s'identifie ; elle est susceptible d'avoir plusieurs dimensions qui ne sont pas nécessairement toutes mises en œuvre :

- Transition sociale : changement de prénom d'usage, vie sociale dans le genre choisi
- Transition médicale : un parcours de soins qui vise à réduire les caractéristiques physiques du sexe d'origine et à développer celles du genre auquel s'identifie la personne et qui comporte différentes dimensions, pas nécessairement toutes mises en œuvre (hormonothérapie, interventions chirurgicales de différentes natures, orthophonie, épilation définitive ...).
- Transition juridique à travers le changement à l'état civil du prénom (par un officier d'état civil) et du sexe (par le tribunal de grande instance).

DEFINITIONS INTERNATIONALES DE LA TRANSIDENTITE

Les définitions et terminologies correspondant à la « transidentité » sont plurielles et ont évolué dans un contexte de « dépsychiatriation » progressive :

- **Cour européenne des droits de l'homme** : « *On entend par transsexuels des personnes qui tout en appartenant physiquement à un sexe, ont le sentiment d'appartenir à un autre ; elles essaient souvent d'accéder à une identité plus cohérente et moins équivoque en se soumettant à des soins médicaux et des interventions chirurgicales afin d'adapter leurs caractères physiques à leur caractère psychique* ».
- **Le manuel de diagnostic en santé mentale DSM V (2013) se réfère à la notion de « dysphorie de genre » et non plus à celle de « trouble de l'identité sexuelle » :**

« Une incongruence de genre marquée entre le genre assigné et les expériences de genre vécues, d'au moins 6 mois, et qui se manifeste par au moins deux des indicateurs suivants :

- Une non concordance de genre marquée entre les expériences de genre vécues et les caractéristiques sexuelles primaires ou secondaires

- *Un désir fort de se débarrasser des caractéristiques sexuelles primaires ou secondaires d'un des deux sexes du fait d'une non concordance marquée entre l'expérience de genre vécue et le genre assigné*
- *Une attirance forte pour les caractéristiques de l'autre sexuelles de l'autre genre*
- *Un désir fort d'appartenir à l'autre genre ou à tout autre genre alternatif différent du sexe assigné*
- *Un désir fort d'être traité comme appartenant à l'autre genre (ou un genre alternatif de celui d'assignation)*
- *La conviction forte d'avoir les sentiments et réactions typiques de l'autre genre (ou un genre alternatif de celui d'assignation)*

La condition est associée avec une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou d'autres aspects importants. Du fonctionnement, ou à un risque significativement accru de souffrir, comme la détresse ou l'invalidité. »

Le DSM V précise que « *l'incongruence de genre n'est pas en soi un trouble mental* » ; il distingue par ailleurs de façon spécifique « *la dysphorie de genre des enfants* ».

- La CIM 10 faisait référence au trans-sexualisme F64.0 (classé dans les affections psychiatriques)

« A. L'intéressé manifeste le désir de vivre et d'être accepté comme appartenant au sexe opposé, habituellement accompagné du souhait de rendre son corps le plus possible en harmonie avec le sexe préféré, par la chirurgie et le traitement hormonal.

B. L'identité transsexuelle a été présente de manière persistante pendant au moins deux ans.

C. Le trouble n'est pas un symptôme d'un autre trouble mental ou d'une anomalie chromosomique. »

- La CIM 11 adoptée en 2019 et entrant en application en janvier 2022 a adopté la notion d' « incongruence de genre » classée dans le nouveau chapitre « Santé sexuelle »

- *« L'incongruence de genre est caractérisée par une incongruence marquée et persistante entre l'expérience individuelle du genre et le sexe d'assignation. Des préférences et un comportement variable de genre ne sont pas, à eux seuls, une base pour attribuer ce diagnostic à ce groupe. »*
- Distinction entre : HA 60 incongruence de genre des adolescents, HA 61 incongruence de genre des enfants et HA 62 incongruence de genre non spécifiée

- Le concept de « Transsexualisme » correspondant au codage F640 est utilisé encore dans le PMSI ; les médecins se réfèrent le plus souvent aux notions de transsexualisme ou transidentité ou de dysphorie de genre dans les demandes d'ALD.