

DIU DE PRISE EN CHARGE DE LA TRANSIDENTITÉ

ANNE-GAËLLE DRAPIER - 7 FÉVRIER 2020

PLACE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE DANS LE PARCOURS DE SOINS

CONTEXTE ET PROBLÉMATIQUES

LA POPULATION TRANS

- **augmentation des demandes de transition**
- population diversifiée → recours au système de soins variables
- prise en charge médicale des personnes trans = sujet polémique

MANQUE DE CONNAISSANCES ET APPRÉHENSION

- médecins généralistes souvent démunis
- fréquente **appréhension de se confronter au corps médical**
 - **nomadisme médical**
 - **absence de suivi**
 - **sous-consultation pour des motifs de soins primaires**
- ➔ Importance de sensibiliser les MG à la question transidentitaire pour limiter les « expériences douloureuses »

PARCOURS DE SOINS

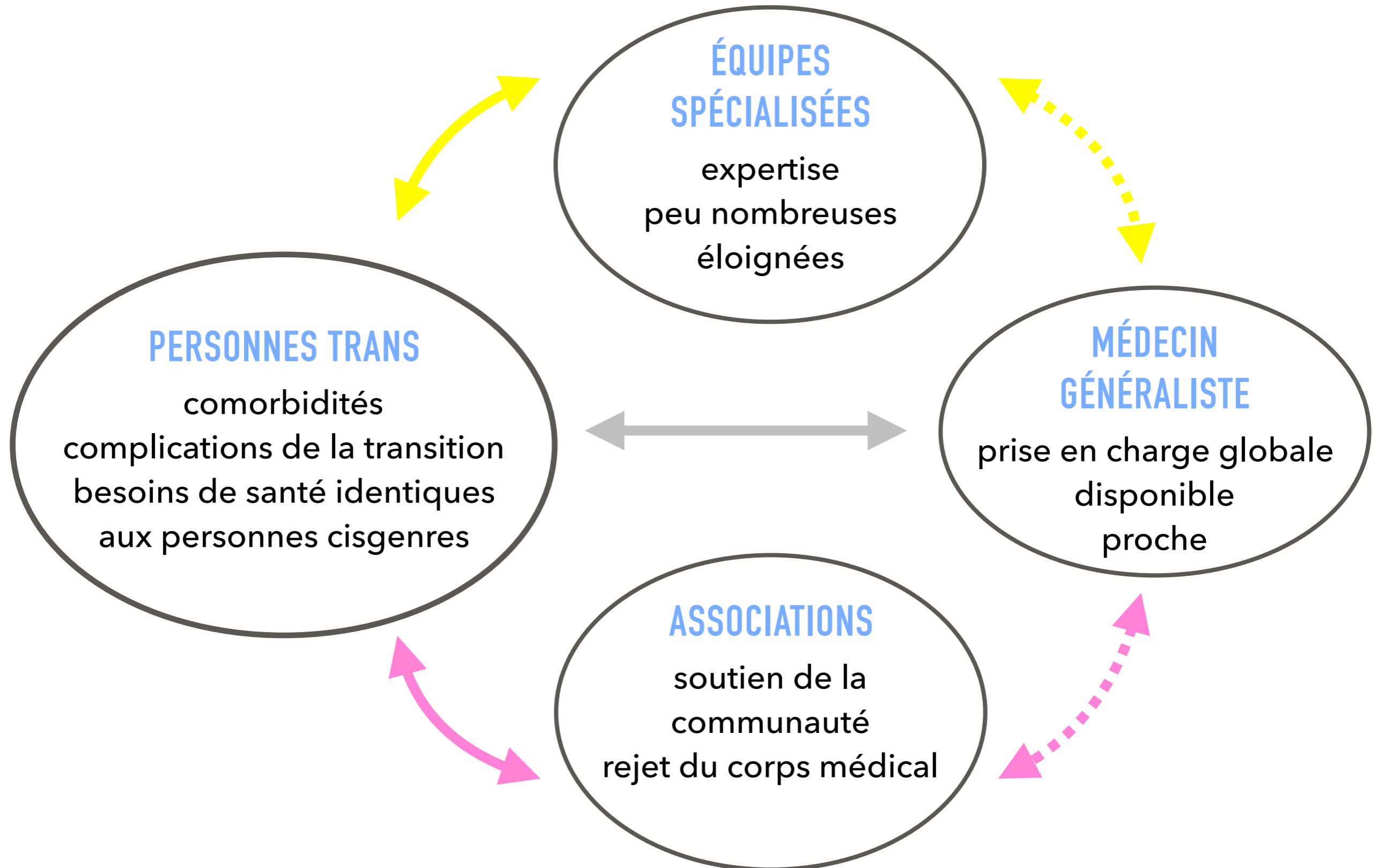
RECOMMANDATIONS D'EXPERTS

- **Prise en charge hospitalière pluridisciplinaire** centrée sur l'intervention de psychiatres, endocrinologues et chirurgiens.
- HAS et IGAS : meilleure intégration du MG à condition d'une **formation** sur la transidentité → création du DIU
Mais aucune formation dans le cadre du DES de médecine générale.

LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE DURANT LA TRANSITION

- **plus sollicité** : étude auprès de MtF et de MG ayant suivi des MtF → 70 à 80 % ont consulté leur MG pendant leur transition versus 40 % après
- **susceptible d'intervenir tout au long du parcours**

COORDINATION DES INTERVENANTS



PORTE D'ENTRÉE DANS LE SYSTÈME DE SOINS

PREMIER CONTACT

- **accès ouvert et non limité**
- **intervention précoce**

PREMIÈRE ÉVALUATION

- critères du DSM-V : **évaluation bio-psycho-sociale** qui s'appuie sur des éléments biographiques
- **comorbidités psychiatriques** : syndrome anxio-dépressif, auto-agressivité, abus de substance, troubles de la sexualité, troubles du comportement alimentaire
- évaluation du support affectif ou familial, recherche d'une précarité et/ou d'une inadaptation sociale

PORTE D'ENTRÉE DANS LE SYSTÈME DE SOINS

INFORMATION – ORIENTATION – COORDINATION

- Expliquer les étapes et la durée du parcours de soins
- **Adresser au psychiatre** de l'équipe de référence la plus proche (coordonnées sur le site de la SoFECT)
- **Expliquer le rôle d'évaluation du psychiatre** et non de soin car peut être mal perçu
→ image de la transidentité comme pathologie psychiatrique fortement rejetée
- Proposer une nouvelle consultation entre temps : relation de confiance

SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

NON SYSTÉMATIQUE MAIS IMPORTANT

- non proposé systématiquement (**risque de pathologisation**)
- dépister d'éventuelles **violences** subies : communauté exposée à la **transphobie**
- évaluer le **risque suicidaire**

HAS : souligne l'importance d'un accompagnement psychologique par le MG, les psychiatres des équipes de référence n'effectuant **pas de travail de suivi thérapeutique**

RELATION MÉDECIN-PATIENT DANS LA DURÉE

- MG → **proche et à l'écoute**
→ **disponible et ancré dans la vie quotidienne**
- proposer de recevoir la famille
- proposer des rendez-vous plus rapprochés (longs délais de rendez-vous avec les spécialistes)

HORMONOTHÉRAPIE

ENJEU IMPORTANT

Thèse :

- 1^{er} motif de consultation des MG
- prescription par quasiment la moitié des MG
- **forte demande d'accès à l'hormonothérapie** : 91 % des patientes souhaitaient une prescription de l'hormonothérapie par leur MG

Rapport OMS 2008 sur les soins de santé primaires dans le monde :

« La plupart des dépistages et la gestion des comorbidités associées à l'utilisation d'hormones sur le long terme **relèvent davantage des soins primaires** que des soins spécialisés ».

HORMONOTHÉRAPIE

PRESCRIPTION

Après la chirurgie :

Rapport HAS + recommandations étrangères

→ prescription de l'hormonothérapie par un MG :

- relative simplicité du traitement et nécessité de le poursuivre à vie
- une fois la dose optimale obtenue
- dans le cadre d'une équipe de référence
- à condition d'être formé sur la transidentité
- prescription initiale et adaptation des doses par l'endocrinologue
- consultation spécialisée au moins annuelle

Avant la chirurgie :

Problème de l'automédication chez des personnes qui souhaitent rester en dehors des « circuits officiels »

HORMONOTHÉRAPIE

RISQUES

MtF :

- **accident thromboembolique** : œstrogénothérapie percutanée si > 40 ans et/ou troubles thromboemboliques sous-jacents
- **hyperprolactinémie** → prolactinome (Androcur[®] ANSM 10/18)
- cancer de la prostate : recommandations des hommes cisgenres

FtM :

- cancer du sein et du col de l'utérus : recommandations des femmes cisgenres
- **syndrome des ovaires poly-kystiques**
- **polyglobulie** : selon taux de testostérone et si autres facteurs de risque

MtF et FtM :

- **risque cardio-vasculaire** → MtF : voie percutanée si > 40 ans et/ou FRCV
- **hypertriglycéridémie** → MtF : voie percutanée si dyslipidémie préexistante
- **ostéoporose** : en cas de mauvaise observance

HORMONOTHÉRAPIE

SURVEILLANCE

Suivi clinique et biologique :

- tous les 3 mois pendant un an
 - puis tous les 6 mois pendant un an
 - puis tous les ans après la chirurgie de réassignation
- **observance, FRCV**
- glycémie, EAL, BHC, NFS (FtM), prolactine (MtF), testostérone ou estradiol
- ostéodensitométrie si > 60 ans, mauvaise observance ou FR d'ostéoporose

SUIVI POST-OPÉRATOIRE

SOINS

WPATH : les médecins généralistes doivent être familiers des soins post-opératoires
→ **dilatations vaginales régulières** afin de préserver la profondeur et la largeur du néo-vagin

COMPLICATIONS NOMBREUSES ET FRÉQUENTES

FtM : sténose, fistule

MtF :

- hémorragies, désunions, nécroses cutanées
- dysfonctions vésicales : hyperactivité, incontinence
- **infections des voies urinaires basses** : ECBU obligatoire, traiter comme une infection urinaire chez un homme cisgenre (fluoroquinolone ou cotrimoxazole 14 jours)

AUTRES SOINS ET DÉMARCHES

PROTOCOLE D'ALD

ALD n° 31 hors liste

Rédaction par le médecin traitant qui est MG dans la majorité des cas.

Service de psychiatrie de l'Hôpital Foch : envoie un modèle aux MG.

SI BESOIN

- **aide au sevrage tabagique** : prescription de substituts nicotiques (remboursés)
- **orthophonie** (MtF) : prescription de séances
- **épilation au laser** (MtF) : adresser à dermatologue

DÉPISTAGES ET PRÉVENTION

SUIVI GYNÉCOLOGIQUE DES FTM

- réticences à consulter un.e gynécologue
- sous-participation au dépistage des cancers
- FCU tous les 3 ans de 25 à 65 ans : risque de FCU anormal bénin (atrophie du col)
- mammographie tous les 2 ans de 50 à 74 ans

VACCINATIONS

- **VHA** : HSH
- **VHB** : personnes ayant des RS avec des partenaires multiples, exposées aux IST ou ayant une IST en cours ou récente et chez les usagers de drogues par voie IV ou IN
- **HPV** : recommandé chez les HSH jusqu'à 26 ans révolus, 3 injections M0 M2 M6
- **tétanos** avant la chirurgie

INFECTION PAR LE VIH

RISQUE D'INFECTION PLUS ÉLEVÉ QUE DANS LA POPULATION GÉNÉRALE

Monde	Baral et al 2013	19 %
États-unis	Herbst 2008	28 %
	San Francisco 2010	44 %
Europe	Operario 2008	15 %
France	Crips/Inserm/Act Up 2007	4,5 %
	Giami 2010	7 %

France : absence d'identification des transgenres lors de la déclaration obligatoire du VIH/sida jusqu'à fin 2011.

→ rapport Morlat 2017 : 46 nouveaux cas VIH + entre 2012 et 2016

Prévalence mondiale de l'infection à VIH dans la population générale = 0,5 - 0,8 %

INFECTION PAR LE VIH

DÉPISTAGE ET PRÉVENTION

Populations particulièrement à risque :

- **travailleuses du sexe**
- **usagers de drogues**
- **personnes originaires d'Amérique latine**

Proposer systématiquement dépistage du VIH + des autres IST :

syphilis, VHA si RS anaux, VHB, VHC, PCR chlamydia/gonocoque sur plusieurs sites

Réduction des risques :

- **prescription de préservatifs** : marques EDEN et SORTEZ COUVERTS !
- **seringues à usage unique** : délivrées en CSAPA ou CAARUD

INFECTION PAR LE VIH

ACCÈS AU TRAITEMENT ANTI-RÉTROVIRAL

Infection par le VIH → **contre-indication de l'œstrogénothérapie per os**

TPE : traitement post-exposition → entre 4 et 48h après un rapport sexuel à risque, délivré en CEGIDD ou SAU

PrEP : prophylaxie pré-exposition (ténofovir disoproxil + emtricitabine TRUVADA®)

Indications :

- personnes transgenres répondant à au moins un des critères suivants :
 - RS anaux sans préservatif avec 2 partenaires sexuels différents dans les 6 mois
 - IST dans les 12 mois
 - TPE dans les 12 mois
 - usage de drogues lors des rapports sexuels (chemsex)
- usages de drogues injectables avec échanges de seringues
- travailleuses du sexe avec rapports sexuels non protégés

Remboursement à 100 % par l'Assurance maladie.

Primo-prescription en milieu hospitalier ou CEGIDD, renouvellement possible par MG.

PRÉCARITÉ ET INÉGALITÉS SOCIALES

INFLUENCE SUR L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ

- Stigmatisation, préjugés, discrimination sociale et vulnérabilité
→ **précarité** : taux plus élevés de chômage, de pauvreté et de marginalisation
- **Rupture d'égalité** de traitement entre les assurés sociaux : remboursement selon les caisses régionales
 - des actes non inscrits à la CCAM
 - de l'hormonothérapie prescrite hors AMM

Recours au médecin généraliste : **moins coûteux et plus facile**

WPATH : importance d'un suivi par le.a médecin généraliste

→ opportunité d'autres types de soins plus généraux à une population médicalement mal desservie

ENFANTS ET ADOLESCENT.E.S

MG = médecin de famille, suivi pédiatrique

ENFANTS

Des traits évoquant une transidentité peuvent apparaître très tôt

- rechercher un **vécu familial douloureux**
- rechercher une **intégration scolaire difficile**

ADOLESCENT.E.S

La puberté peut être une source de grande souffrance.

FtM : proposer une **contraception** pour arrêter les cycles (Lutéran[®] ou Lutényl[®])

Entre 15 et 18 ans :

- consultation gratuite avec possibilité d'anonymat
- délivrance confidentielle et sans avance de frais
- examens de biologie de surveillance également pris en charge

LIENS ENTRE MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET SPÉCIALISTES

ATTENTES DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

- Être informés par les spécialistes
- Améliorer le lien et favoriser les **échanges avec les spécialistes**
 - obtenir un **socle minimal de connaissances**

RÔLE DE COORDINATION DES SOINS

Avec les professionnels de soins primaires et spécialisés

WPATH → relais auprès des différents spécialistes, en particulier pour les personnes éloignées des centres spécialisés

PRISE EN CHARGE GLOBALE

WPATH : LES SOINS PRIMAIRES

- « Les soins primaires et les enjeux de santé généraux doivent être pris en charge **avant, pendant et après toute intervention médicale** réduisant ou soulageant la souffrance de la dysphorie de genre. »
- « Toute personne transsexuelle, transgenre ou de genre non-conforme devrait être en contact avec des acteurs de soins primaires pour une **approche de santé globale.** »

LES PERSONNES TRANS

- demande « **d'exister en dehors de la transidentité** » : motifs de consultation similaires → ont les **mêmes problèmes médicaux** que les personnes cisgenres
- la transidentité ne doit pas être un élément modifiant la prise en charge
- spécialisation de la prise en charge = les personnes trans constituent un sous-groupe exceptionnel

PRISE EN CHARGE GLOBALE

LA MÉDECINE GÉNÉRALE

- prise en compte de **tous les problèmes de santé** indépendamment de l'identité de genre, de l'âge ou autre caractéristique
- approche centrée sur la personne dans ses dimensions **individuelles, familiales, communautaires et culturelles**
- **soins continus et longitudinaux**
- gestion de **problèmes de santé aigus et chroniques**
- réponse aux problèmes de santé **physiques, psychologiques et sociaux**

LES BONNES PRATIQUES

ATTITUDE BIENVEILLANTE

- écoute **sans jugement** : accepter que la personne est apte à prendre des décisions concernant son corps
- **respect de l'intimité et de la confidentialité** (famille)
- **ne pas mégenrer**, utiliser le prénom choisi par la personne
- sensibiliser ses collègues, confrères/consoeurs ou son personnel
- laisser le contrôle aux patient.e.s : restent libres dans le choix du parcours

RECONNAISSANCE DE LEUR SAVOIR MÉDICAL

- acquis en raison du manque de formation des médecins : arrivent souvent avec des connaissances que le praticien n'a pas
- rôle de formation auprès des médecins :
 - adopter une **posture humble et ouverte à la réception d'informations**
 - établir une **relation d'échange** où le praticien apporte ses compétences visant à optimiser la relation de soin

MERCI DE VOTRE ATTENTION