

2024-2025

Thèse

pour le

Diplôme d'État de Docteur en Pharmacie

**Accompagnement des personnes
transgenres en pharmacie**

Enquête sur les pratiques professionnelles et
développement d'un outil de formation

GIET Marine

Née le 06 décembre 2001 à Angers (49)

Sous la direction de la Docteure Brigitte PECH

Membres du jury

Pr Nicolas CLERE | Président

Dr Brigitte PECH | Directrice

Dr Elise HOUDEBINE | Membre

Dr Anne – Sophie BELLAMY | Membre



Soutenue publiquement le :
25 novembre 2025

**FACULTÉ
DE SANTÉ**
UNIVERSITÉ D'ANGERS

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée Marine GIET
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le **29 / 09 / 2025**

DÉCLARATION D'ENGAGEMENT DE L'AUTEUR

"La Faculté de Santé déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation, ni improbation."

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Cédric ANNWEILER

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr Sébastien FAURE

Directeur du département de médecine : Pr Vincent DUBEE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	PHYSIOLOGIE	Médecine
ANGOULVANT Cécile	MEDECINE GENERALE	Médecine
ANNWEILER Cédric	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT	Médecine
ASFAR Pierre	REANIMATION	Médecine
AUBE Christophe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
AUGUSTO Jean-François	NEPHROLOGIE	Médecine
BAUFRETTON Christophe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BELLANGER William	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELONCLE François	REANIMATION	Médecine
BIERE Loïc	CARDIOLOGIE	Médecine
BIGOT Pierre	UROLOGIE	Médecine
BONNEAU Dominique	GENETIQUE	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
BOURSIER Jérôme	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
BOUVARD Béatrice	RHUMATOLOGIE	Médecine
BRIET Marie	PHARMACOLOGIE	Médecine
CAMPONE Mario	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CASSEREAU Julien	NEUROLOGIE	Médecine
CLERE Nicolas	PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE	Pharmacie
COLIN Estelle	GENETIQUE	Médecine
CONNAN Laurent	MEDECINE GENERALE	Médecine
COPIN Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
COUTANT Régis	PEDIATRIE	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	PHYSIOLOGIE	Médecine
CRAUSTE-MANCIET Sylvie	PHARMACOTECHNIE HOSPITALIERE	Pharmacie
DE CASABIANCA Catherine	MEDECINE GENERALE	Médecine
DERBRE Séverine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
DESCAMPS Philippe	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
D'ESCATHA Alexis	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
DINOMAIS Mickaël	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine
DUBEE Vincent	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE	Médecine
DUVERGER Philippe	HOSPITALIERE	
EVEILLARD Matthieu	PEDOPSYCHIATRIE	Médecine
FAURE Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE	Pharmacie
FOUQUET Olivier	ANATOMIE	Médecine
FURBER Alain	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	CARDIOLOGIE	Médecine
GOHIER Bénédicte	PNEUMOLOGIE	Médecine
GUARDIOLA Philippe	PSYCHIATRIE D'ADULTES	Médecine
GUILET David	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
HUNAUT-BERGER Mathilde	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine

JEANNIN Pascale	IMMUNOLOGIE	Médecine
KAZOUR François	PSYCHIATRIE	Médecine
KEMPF Marie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	HOSPITALIERE	Médecine
LACOEUILLE FRANCK	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	Médecine
LACCOURREYE Laurent	RADIOPHARMACIE	Pharmacie
LAGARCE Frédéric	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	Médecine
LANDREAU Anne	BIPHARMACIE	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	BOTANIQUE/ MYCOLOGIE	Pharmacie
LEBDAI Souhil	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION	Médecine
LEGENDRE Guillaume	UROLOGIE	Médecine
LEGRAND Erick	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
LEMEE Jean-Michel	RHUMATOLOGIE	Médecine
LERMITE Emilie	NEUROCHIRURGIE	Médecine
LEROLLE Nicolas	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
LIBOUBAN Hélène	REANIMATION	Médecine
LUQUE PAZ Damien	HISTOLOGIE	Médecine
MARCHAIS Véronique	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	Médecine
MARTIN Ludovic	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	DERMATO-VENEREOLOGIE	Médecine
MENEI Philippe	BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	Médecine
MERCAT Alain	NEUROCHIRURGIE	Médecine
ORVAIN Corentin	REANIMATION	Médecine
PAISANT Anita	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
PAPON Nicolas	RADIOLOGIE	Médecine
PASSIRANI Catherine	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
PELLIER Isabelle	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
PETIT Audrey	PEDIATRIE	Médecine
PICQUET Jean	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
PODEVIN Guillaume	CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
PROCACCIO Vincent	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
PRUNIER Delphine	GENETIQUE	Médecine
PRUNIER Fabrice	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
PY Thibaut	CARDIOLOGIE	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	MEDECINE GENERALE	Médecine
REYNIER Pascal	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
RIOU Jérémie	BIOSTATISTIQUE	Pharmacie
RINEAU Emmanuel	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION	Médecine
RIQUIN Elise	PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
RODIEN Patrice	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
ROQUELAURE Yves	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
ROUSSEAU Audrey	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROUSSEAU Pascal	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROY Pierre-Marie	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
SAULNIER Patrick	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
SERAPHIN Denis	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
SCHMIDT Aline	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	MEDECINE GENERALE	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	PNEUMOLOGIE	Médecine
UGO Valérie	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine

URBAN Thierry	PNEUMOLOGIE	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	PEDIATRIE	Médecine
VENARA Aurélien	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
VERNY Christophe	NEUROLOGIE	Médecine
WILLOTEAUX Serge	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

AMMI Myriam	CHIRURGIE VASCULAIRE ET THORACIQUE	Médecine
BAGLIN Isabelle	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	IMMUNOLOGIE	Médecine
BEGUE Cyril	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELIZNA Cristina	MEDECINE INTERNE	Médecine
BERNARD Florian	ANATOMIE	Médecine
BESSAGUET Flavien	PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BLANCHET Odile	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
BOISARD Séverine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
BOUCHER Sophie	ORL	Médecine
BRIET Claire	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
BRILLAND Benoit	NEPHROLOGIE	Médecine
BRIS Céline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
BRUGUIERE Antoine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CHABRUN Floris	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
CHAO DE LA BARCA Juan-Manuel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
CHOPIN Matthieu	MEDECINE GENERALE	Médecine
CODRON Philippe	NEUROLOGIE	Médecine
DEMAS Josselin	SCIENCES DE LA READAPTATION	Médecine
DESHAYES Caroline	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE	Pharmacie
DOUILLET Delphine	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
FERRE Marc	BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	PHYSIOLOGIE	Médecine
GHALI Maria	MEDECINE GENERALE	Médecine
GUELFF Jessica	MEDECINE GENERALE	Médecine
HADJ MAHMOUD Dorra	IMMUNOLOGIE	Pharma
HAMEL Jean-François	BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE	Médicale
HAMON Cédric	MEDECINE GENERALE	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
HERIVAUX Anaïs	BIOTECHNOLOGIE	Pharmacie
HINDRE François	BIOPHYSIQUE	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	MEDECINE GENERALE	Médecine
KHIATI Salim	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
LEFEUVRE Caroline	BACTERIOLOGIE ; VIROLOGIE	Médecine
LEGEAY Samuel	PHARMACOCINETIQUE	Pharmacie
LEPELTIER Elise	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
LETOURNEL Franck	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
MABILLEAU Guillaume	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE	Médecine
MALLET Sabine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
MAROT Agnès	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
MESLIER Nicole	PHYSIOLOGIE	Médecine
MIOT Charline	IMMUNOLOGIE	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	PHILOSOPHIE	Médecine

NAIL BILLAUD Sandrine	IMMUNOLOGIE	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Médecine
PAPON Xavier	ANATOMIE	Médecine
PASCO-PAPON Anne	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
PENCHAUD Anne-Laurence	SOCIOLOGIE	Médecine
PIHET Marc	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
PIRAUX Arthur	OFFICINE	Pharmacie
POIROUX Laurent	SCIENCES INFIRMIERES	Médecine
RONY Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	Médecine
ROGER Emilie	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
SAVARY Camille	PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE	Pharmacie
SCHMITT Françoise	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION THERAPEUTIQUE	Pharmacie
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	MEDECINE GENERALE	Médecine
VIAULT Guillaume	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie

AUTRES ENSEIGNANTS

ATER		
BARAKAT Fatima	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
ATCHADE Constantin	GALENIQUE	Pharmacie
PRCE		
AUTRET Erwan	ANGLAIS	Santé
BARBEROUSSE Michel	INFORMATIQUE	Santé
COYNE Ashley	ANGLAIS	Santé
O'SULLIVAN Kayleigh	ANGLAIS	Santé
RIVEAU Hélène	ANGLAIS	Santé
PAST-MAST		
AUBRUCHET Hélène	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie
BEAUVAIS Vincent	OFFICINE	Pharmacie
BRAUD Cathie	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie
CAVAILLON Pascal	PHARMACIE INDUSTRIELLE	Pharmacie
CHAMPAGNE Romain	MEECINE PHYSIQUE ET READAPTATION	Médecine
DILÉ Nathalie	OFFICINE	Pharmacie
GUILLET Anne-Françoise	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie
GUITTON Christophe	MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION	Médecine
KAASSIS Mehdi	GASTRO-ENTEROLOGIE	Médecine
LAVIGNE Christian	MEDECINE INTERNE	Médecine
MARSAN-POIROUX Sylvie	COMMUNICATION	Pharmacie
MOAL Frédéric	PHARMACIE CLINIQUE	Pharmacie
PICCOLI Giorgia	NEPHROLOGIE	Médecine
POMMIER Pascal	CANCEROLOGIE-RADIODERAPIE	Médecine
SAVARY Dominique	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
PLP		
CHIKH Yamina	ECONOMIE-GESTION	Médecine
AHU		
CORVAISIER Mathieu	PHARMACIE CLINIQUE	Pharmacie
ROBIN Julien	DISPOSITIFS MEDICAUX	Pharmacie

Plan

PLAN	VII
LISTE DES ABREVIATIONS.....	IX
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I : REGARDS CROISES SUR LES TRANSIDENTITES	2
1. Un langage adapté comme outil de bienveillance.....	2
1.1. Genre et sexe, deux notions distinctes	2
1.2. Transidentités et terminologies associées	2
1.3. Des termes désuets à bannir.....	3
2. Les grandes étapes de l'histoire trans	4
3. Estimation du nombre de personnes transgenres	5
4. Une population marquée par une transphobie omniprésente	6
5. Santé mentale des personnes transgenres.....	7
6. Difficulté d'accès aux soins	8
CHAPITRE II : PARCOURS DE TRANSITIONS	9
1. Transition sociale.....	9
2. Transition administrative et juridique	9
3. Accueil d'une demande de transition médicale	10
4. Conservation des gamètes.....	10
4.1. Les techniques disponibles	11
4.2. Utilisation des gamètes	12
5. Hormonothérapie féminisante	13
5.1. Molécules utilisées et conseils associés.....	13
5.2. Effets attendus et temporalités.....	19
5.3. Effets indésirables.....	21
5.4. Suivi clinique et biologique.....	22
5.5. Cadre de prescription	22
6. Hormonothérapie masculinisante	22
6.1. Testostérone	22
6.2. Contraception chez les hommes trans	26
6.3. Effets attendus et temporalité	28
6.4. Effets indésirables.....	29
6.5. Suivi clinique et biologique.....	31
6.6. Cadre de prescription	32
7. Chirurgie d'affirmation de genre	33
7.1. Chirurgie d'affirmation de genre chez les femmes trans	33
7.2. Chirurgie d'affirmation de genre chez les hommes trans	34
8. Spécificité des mineurs transgenres.....	35
9. La détransition, mythe ou réalité ?.....	36
CHAPITRE III : ACCOMPAGNEMENT PAR LES PHARMACIEN·NES D'OFFICINE.....	37
1. Accueil approprié sans attitude discriminante	37
2. Cadre légal et prescription hors AMM	38
3. Conseils pharmaceutiques associés.....	39
4. Un rôle de prévention essentiel	39
5. Des situations possibles à l'officine	40
6. Orientation vers des personnes qualifiées en Pays de la Loire	40
CHAPITRE IV : DOUBLE ENQUETE AUPRES DES PHARMACIEN·NES ET DES PATIENT·ES TRANSGENRES	42
1. Compétences et besoins des pharmaciens d'officine face à la transidentité : enquête en Pays de la Loire	42
1.1. Objectifs	42

1.2.	Critères d'inclusion.....	42
1.3.	Matériels et méthodes	42
1.4.	Exploitation des résultats.....	43
1.5.	Discussion.....	50
1.6.	Limites.....	51
2.	Enquête auprès de la population transgenre hormonée des Pays de la Loire : expériences et pistes d'amélioration	51
2.1.	Objectifs	51
2.2.	Critères d'inclusion.....	52
2.3.	Matériels et méthodes	52
2.4.	Exploitation des résultats.....	53
2.5.	Discussion.....	68
2.6.	Limites.....	68
CHAPITRE V : FORMATIONS DISPONIBLES ET PROPOSITIONS D'UN OUTIL PEDAGOGIQUE POUR SE FORMER EN AUTONOMIE.....		70
1.	Vers une formation adaptée des pharmaciens·nes	70
1.1.	Formations universitaires disponibles	70
1.2.	Formations associatives.....	70
2.	Proposition d'un outil de formation à destination des pharmaciens·nes	71
2.1.	Choix de l'outil.....	71
2.2.	Création de l'outil.....	71
2.3.	Contenu de la formation	71
2.4.	Perspective de la formation.....	72
CONCLUSION.....		73
BIBLIOGRAPHIE.....		74
TABLE DES MATIERES		81
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....		83
TABLE DES TABLEAUX		84
ANNEXE 1 : BROCHURE SUR LA CONSERVATION DES GAMETES (CHU NANTES)		I
ANNEXE 2 : ATTESTATION D'INFORMATION ANDROCUR ®		II
ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE A L'ATTENTION DES PHARMACIENS.		III
ANNEXE 4 : QUESTIONNAIRES A L'ATTENTION DES PERSONNES TRANS.....		V
ANNEXE 5 : PROSPECTUS POUR LA DIFFUSION DU QUESTIONNAIRE AU PRES DES PATIENT·ES		VIII
ANNEXE 6 : PUBLICATION SUR LES RESEAUX SOCIAUX POUR LA DIFFUSION DU QUESTIONNAIRE.....		IX
ANNEXE 7 : DIAPOSITIVE 1 DE LA FORMATION		X
ANNEXE 8 : DIAPOSITIVE 2 DE LA FORMATION		XI
ANNEXE 9 : DIAPOSITIVE 3 DE LA FORMATION		XII
ANNEXE 10 : FICHE RESSOURCE POUR LES PATIENT·ES		XIII
ANNEXE 11 : DIAPOSITIVE 4 DE LA FORMATION		XIV

Liste des abréviations

ALAT	ALanine AminoTransférase
ALD	Affection Longue Durée
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
ASAT	ASpartate AminoTransférase
AUT	Autorisation d'Usage à des fins Thérapeutiques
CECOS	Centre d'Etude et de Conservation des Œufs et du Sperme humains
CEDH	Cour Européenne des Droits de l'Homme
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CI	Confidence Interval (Intervalle de Confiance)
CIM	Classification Internationale des Maladies
CNAM	Caisse nationale de l'Assurance Maladie
CNOP	Centre National de l'Ordre des Pharmaciens
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
DASRI	Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux
DCI	Dénomination Commune Internationale
DHT	DiHydroTestostérone
DIU	Dispositif Intra Utérin
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)
DU	Diplôme Universitaire
ENIGI	European Network for the Investigation of Gender Incongruence (Réseau européen pour l'étude de l'incongruence de genre)
FIV	Fécondation In Vitro
FSH	Follicle Stimulating Hormone (Hormone Folliculo-Stimulante)
GnRH	Gonadotropin-Releasing Hormone (Hormone de libération des gonadotrophines)
GPA	Gestation Pour Autrui
HAS	Haute Autorité de Santé
HDL	High-Density Lipoprotein (Lipoprotéines de haute densité)
ICSI	Intra-Cytoplasmic Sperm Injection (Injection intracytoplasmique de spermatozoïde)
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IM	Intra-Musculaire
IMC	Indice de Masse Corporelle
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
IST	Infection Sexuellement Transmissible
LDL	Low-Density Lipoprotein (Lipoprotéines de basse densité)
LGBQIA+	Lesbienne, Gay, Bisexuel·le, Transgenre, Queer, Intersexé, Asexuel·le
LGBT	Lesbienne, Gay, Bisexuel·le, Transgenre

LH	Luteinizing Hormone (Hormone lutéinisante)
LP	Libération Prolongée
MARR	Mesures additionnelles de Réduction du Risque
MIV	Maturation In Vitro
NFS	Numération Formule Sanguine
NIR	Numéro d’Inscription au Répertoire
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PDE-5	Phosphodiesterase de type 5
PESA	Percutaneous Epididymal Sperm Aspiration (Aspiration percutanée de spermatozoïdes épидidymaires)
PF	Préservation de la Fertilité
RCP	Résumé des Caractéristiques du Produit
ROPA	Reception of Oocytes from Partner (Réception d’ovocytes du partenaire)
SC	Sous-Cutanée
SFE	Société Française d’Endocrinologie
SIR	Standardized Incidence Ratio
SSU	Service de Santé Universitaire
TESE	Testicular Sperm Extraction (Extraction de spermatozoïdes testiculaires)
THS	Traitemen hormonal Substitutif
TRICON	Transgender Research Informed Consent (Consentement éclairé pour la recherche sur les personnes transgenres)
TROD	Test Rapide d’Orientation Diagnostique
UV	Ultra – Violet
WPATH	World Professional Association for Transgender Health (Association Professionnelle Mondiale pour la Santé des Personnes Transgenres)

Introduction

Incompréhension pour certains, fascination pour d'autres : les personnes transgenres se retrouvent malgré elles au cœur de débats médiatiques. Au-delà des discours publics, elles restent trop souvent confrontées à une méconnaissance généralisée et à de nombreux stéréotypes, y compris au sein du corps médical. Cette situation interroge directement la pratique officinale et pose la question centrale de ce travail : comment mieux accompagner les personnes transgenres en pharmacie d'officine ?

Afin d'apporter des éléments de réponse, cette recherche s'appuie d'abord sur une revue de la littérature scientifique permettant de retracer les parcours et réalités vécues des personnes transgenres. Seront notamment précisés le vocabulaire et quelques repères historiques, les estimations de prévalence, ainsi que la question de la santé mentale dans un contexte marqué par la transphobie et les inégalités d'accès aux soins. Seront présentés les différents types de transition : sociale, administrative, médicale ou chirurgicale. Une attention particulière sera portée à l'hormonothérapie où le pharmacien a le plus grand rôle à jouer.

Dans un second temps, le rôle du pharmacien sera abordé, qu'il s'agisse de l'accueil et de la communication adaptée, de la prise en charge de prescriptions hors AMM, de la dispensation accompagnée de conseils, ou encore d'actions de prévention.

Cette réflexion s'appuie ensuite sur une double enquête : l'une menée auprès de pharmacien·nes de la région Pays de la Loire afin d'évaluer leurs connaissances sur le sujet et de connaître leurs besoins. L'autre a été réalisée auprès de patient·es transgenres suivant une hormonothérapie, pour recueillir leurs vécus à l'officine, identifier les difficultés rencontrées, les points positifs, ainsi que leurs pistes d'amélioration.

Enfin, la confrontation de ces deux regards permettra de proposer un outil de formation destiné aux pharmacien·nes souhaitant enrichir leurs compétences dans ce domaine.

Puisque la question du genre est au cœur de ce travail, l'usage de l'écriture inclusive s'est imposé comme un choix évident, visant à refléter au mieux la diversité des personnes concernées.

Chapitre I : Regards croisés sur les transidentités

1. Un langage adapté comme outil de bienveillance

Pour accompagner au mieux les personnes transgenres, il est essentiel de maîtriser le vocabulaire lié aux transidentités, afin d'éviter toute maladresse ou propos susceptibles de les blesser. Cela permet de créer un climat de confiance et de sécurité, favorable à l'établissement d'un dialogue respectueux. Trop souvent, la communauté trans se retrouve contrainte d'éduquer les personnes qui l'entourent, y compris des professionnel·les de santé parfois peu informé·es sur ces enjeux. Afin de prévenir ces situations, voici les principaux termes à connaître.

1.1. Genre et sexe, deux notions distinctes

Dans un premier temps, il est nécessaire de savoir différencier les termes sexe et genre, parfois confondus. Le sexe correspond à l'ensemble d'attributs biologiques retrouvés chez les humains et les animaux. Il est lié principalement à des caractéristiques physiques et physiologiques, par exemple, les chromosomes, l'expression génique, les niveaux d'hormones et l'anatomie du système reproducteur. (1)

Cependant, cette classification binaire des sexes n'est pas adaptée pour définir l'ensemble des êtres humains. Une partie de la population est *intersexé*. Ces personnes possèdent des caractéristiques sexuelles (organes sexuels, chromosomes, hormones) qui ne correspondent pas strictement aux définitions classiques du sexe masculin ou féminin. Par exemple, la coexistence d'ovaires et de testicules chez une même personne. Selon la littérature, 1,7% de la population est intersexé. (2). Les personnes intersexées étaient autrefois surnommées hermaphrodites. L'hermaphrodisme est un terme ancien, aujourd'hui abandonné car jugé réducteur, biologiquement erroné et stigmatisant. L'intersexuation est à différencier de la transidentité. En effet, la transidentité s'appuie sur l'identité de genre.

Le *genre* est une construction sociale, psychologique et culturelle. En ce sens, chaque personne possède sa propre identité de genre. Elle correspond à « l'expérience intime et personnelle de son genre profondément vécue par chaque personne, qu'elle corresponde ou non au sexe assigné à la naissance ». (3)

1.2. Transidentités et terminologies associées

Les personnes *transgenres* sont les personnes qui vivent ou qui souhaitent vivre dans un genre différent de celui qui leur a été assigné à leur naissance. Le terme *transidentité* est un terme généraliste qui englobe toute personne ayant fait ou souhaitant faire le choix d'une transition, qu'elle décide ou non d'avoir recours à une hormonothérapie substitutive et/ou à des chirurgies.

À l'inverse, les personnes *cisgenres* sont des personnes qui vivent dans le genre qui leur a été assigné à la naissance. Ces préfixes sont issus du latin et signifient « du même côté » pour *cis-* et « de l'autre côté » pour *trans-*.

Un *homme transgenre* est un homme qui a été assigné fille à la naissance. On parle de lui au masculin et on utilise généralement le pronom « il ». Le terme *transmasculin* est plus large. Les *personnes transmasculines* englobent les hommes trans mais aussi les personnes non-binaires qui s'engagent dans un parcours de masculinisation.

À l'inverse, une *femme transgenre* est une femme qui a été assignée garçon à la naissance. On parle d'elle au féminin et on utilise généralement le pronom « elle ». Le terme *transféminin* est plus inclusif. Les *personnes transféminines* désignent les femmes trans ainsi que les personnes non-binaires qui s'engagent dans un parcours de féminisation.

La *dysphorie de genre* est une sensation d'inconfort et de détresse résultant de son assignation de genre à la naissance, parfois ressentie par les personnes trans et non binaires. Cependant, une personne trans ne ressent pas nécessairement de la dysphorie liée à son genre. Dans ce cas, on utilise le terme *incongruence de genre*. Il décrit un désalignement entre le genre ressenti et le sexe assigné à la naissance sans souffrance. C'est un terme neutre sur le plan émotionnel. À l'inverse une *euphorie de genre* décrit une sensation de bien-être résultant du fait de se reconnaître dans son genre, socialement et corporellement. (4)

Le genre n'est pas nécessairement binaire, il s'exprime le long d'un spectre entre féminin et masculin, incluant les identités non-binaires. Une *personne non binaire* est une personne qui ne s'inscrit pas dans la norme binaire, qui n'est ni exclusivement un homme, ni exclusivement une femme. Ses pronoms sont à sa décision, même si le pronom neutre « iel » est couramment utilisé en France. (5) (6)

À noter que ces termes relatifs au sexe et au genre sont distincts de l'orientation sexuelle, laquelle définit vers qui une personne est attirée sur le plan affectif ou sexuel.

Les personnes transgenres appartiennent à une communauté plus large, communément désignée sous l'acronyme *LGBTQ+*. Cet acronyme regroupe les lesbiennes, gay, bisexuel·les, transgenres et queer. Le symbole « + » inclut toutes les autres identités de genre, expressions de genre et orientations sexuelles qui ne sont pas explicitement nommées dans l'acronyme (ex : asexuel·le, pansexuel·le, non-binaire, intersexé, etc.).

1.3. Des termes désuets à bannir

Il convient de souligner que certains termes sont désormais obsolètes et ne doivent plus être employés.

Le terme « *transsexualité* » n'est plus utilisé pour éviter la confusion qui était faite avec la sexualité à cause de son suffixe « - sexualité ». Il en va de même pour le terme « *transsexuel* » ou « *transsexualisme* ». En plus d'être inadaptés du point de vue lexical, ces termes possèdent une forte connotation pathologisante au regard des

définitions retrouvées dans les dictionnaires médicaux parlant de « syndrome de transsexualisme », de personnes « atteintes de transsexualisme ».

« *Travesti·e* » ou encore son diminutif péjoratif « *travelo* » sont également à bannir, puisque relatifs à une appropriation de vêtements du genre opposé mais ne relevant pas de l'identité de genre en soi.

Comparer à un « vrai homme / vraie femme » est une formulation à bannir, car elle sous-entend que l'identité de genre des personnes trans serait moins légitime ou authentique que celle des personnes cisgenres. Il convient donc d'utiliser simplement les termes « homme », « femme », ou « personne trans », selon l'identité revendiquée, sans ajouter de qualificatif de « vrai » ou « authentique » ou « normal ».

L'expression « femme qui devient homme » est couramment utilisée dans le langage courant, mais elle n'est pas appropriée ni respectueuse pour les personnes concernées. Elle suppose que la personne « devient » un homme alors qu'en réalité, elle a toujours été un homme sur le plan de l'identité de genre, même si cela n'était pas visible ou reconnu à la naissance. Elle réduit l'identité de la personne à son sexe assigné à la naissance, ce qui peut être ressenti comme invalidant ou blessant. Il est préférable d'utiliser les termes homme trans ou personne transmasculine.

Enfin, même si cela peut partir d'un bon sentiment, il faudra éviter les faux compliments comme « vous êtes bien réussi ». Cette phrase peut donner l'impression que l'identité de la personne est conditionnée à son apparence ou à une conformité aux normes de genre, ce qui peut être blessant. Cela suggère aussi que son existence est une sorte de « performance » ou de « transformation réussie », alors qu'il s'agit simplement de qui elle est.

2. Les grandes étapes de l'histoire trans

Contrairement à certains discours qui réduisent la transidentité à un phénomène de mode, les recherches en études de genre et en histoire montrent que les personnes trans ont toujours existé, bien que souvent invisibilisées ou marginalisées.

Dès l'Antiquité, nous pouvons retrouver des traces de transidentité. L'empereur romain Héliogabale, couronné en 218 après J.-C., demanda qu'on le considère comme une femme. Il portait des vêtements « féminins » et aurait demandé à ses médecins d'accéder à une « double nature sexuelle » grâce à une incision « à l'avant du corps ». (4)

On trouve une fluidité du genre dans d'autres cultures comme les *muxhes* chez les Zapothèques de l'Oaxaca situés dans le sud du Mexique, considérés comme un troisième genre faisant preuve d'une acceptation sociale, voire même d'une admiration de la part de la population.

Le médecin et sexologue allemand Magnus Hirschfeld est un des premiers à s'intéresser aux personnes transgenres en ouvrant un institut de sciences sexuelles à Berlin en 1919. C'est un lieu de recherche, d'enseignement, de soins mais aussi de refuge pour toutes les minorités sexuelles. Dans ces locaux auront lieu les premiers groupes de parole ainsi que les premières interventions de réassiguation sexuelle. Dora Richter fut

la première femme transgenre à subir une vaginoplastie en 1931 après avoir déjà eu recours à une orchiectomie en 1922 et une Pénectomie en 1930. Le compte rendu opératoire mentionne qu' « effectuer cette chirurgie était dans ce cas une sorte de chirurgie d'urgence nécessaire pour sauver les patients de pires procédures auto-infligées. ». (7) La même année, une greffe d'utérus fut pratiquée sur Lili Elbe, mais elle décédera quelques mois plus tard des complications de l'intervention. (8) En 1933, les autorités nazies ferment les portes de l'institut en y détruisant les précieux livres et archives dans le cadre des autodafés.

Le mot transsexualisme est pour la première fois utilisé par le Dr Harry Benjamin, endocrinologue américain très médiatisé à la suite de la réassignation sexuelle de Christine Jorgensen en 1952.

En parallèle, les associations transgenres voient le jour en France. En 1965, l'AMAHO (Association des malades hormonaux) est créée et permet aux personnes qui le souhaitent d'être orientées dans des pays où la castration thérapeutique est légale. En 1994, l'ASB (Association du syndrome de Benjamin, en référence au Dr Harry Benjamin) crée le premier site internet militant à délivrer des informations juridiques, médicales ou sociales à destination des personnes transgenres.

En 1980, le « transsexualisme » fait son entrée dans le DSM III, (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) puis est remplacé en 1994 par les "troubles de l'identité sexuelle" dans le DSM IV, pour enfin être distingué sous « dysphorie de genre » en 2013 dans le DSM-V. (9)

Dans cette même lignée, le 10 février 2010, Roselyne Bachelot, ministre de la Santé, retire la transidentité des affections psychiatriques de longue durée. (ALD) (10)

En 2017, la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) condamne la France en raison des exigences demandées aux personnes transgenres souhaitant changer leur état civil, à savoir une obligation de chirurgie de réassignation sexuelle (entraînant une stérilisation) afin d'avoir une concordance entre le statut juridique et l'apparence physique. La CEDH a conclu à une violation du droit au respect de la vie privée, article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme. (11) Depuis, les interventions de réassignation sexuelle ne sont plus obligatoires pour pouvoir prétendre à un changement d'état civil.

Il faudra attendre 2019 pour que l'OMS retire la transidentité de la classification des troubles mentaux. Dernièrement, en 2022, la CNAM a mis fin à l'obligation du certificat psychiatrique pour commencer un parcours de transition. Les recommandations de la HAS (2025) vont dans ce sens, même si, dans la pratique, de nombreux·ses professionnel·les continuent d'exiger des certificats psychiatriques.

3. Estimation du nombre de personnes transgenres

À l'heure actuelle, il n'existe pas de données précises sur le nombre de personnes transgenres en France. En revanche, certaines études nous permettent d'obtenir des estimations.

Selon la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), en 2020, 8 952 personnes étaient titulaires d'une ALD pour transidentité. (12) En 2023, le nombre de bénéficiaires pour cette ALD s'élevait à 22 550. (13) Malgré cette large augmentation, ce chiffre n'est pas pleinement représentatif du nombre de personnes transgenres en France, puisque toutes les personnes transgenres ne sont pas titulaires d'une ALD.

Au Canada, en 2021, un recensement met en évidence que 0,33% de la population est transgenre, soit une personne sur 300. (14) Une enquête de l'IPSOS en 2023 indique que 4% de la population française s'identifie comme transgenre ou non-binaire. (15)

Une méta-analyse de 2017 a comparé différentes études s'interrogeant sur la prévalence de personnes trans. Elle souligne des chiffres très disparates en fonction de la définition et des méthodes utilisées. Trois grands types de méthodes ont pu être mises en évidence sur les 32 études analysées. Une première méthode se base sur les diagnostics médicaux de dysphorie de genre (DSM et CIM) et estiment à 6,8 transgenres pour 100 000 personnes. La deuxième se base sur les traitements chirurgicaux et hormonaux mettant en évidence 9,2 pour 100 000. Enfin, la dernière méthode se base sur l'identité de genre auto déclarée et retrouve 355 à 871 pour 100 000 (0,35 à 0,87%). L'hétérogénéité des données en fonction des méthodes employées implique une précaution à prendre quant à ces chiffres. (16)

Malgré des chiffres incertains, il est évident que la population transgenre représente une part non négligeable de la société. À ce titre, il est du devoir du·de la pharmacien·ne de s'y intéresser, de comprendre leurs besoins spécifiques et de les accompagner de manière bienveillante et adaptée dans leur parcours de santé.

4. Une population marquée par une transphobie omniprésente

Dans une société où l'identité cisgenre est la norme et les transidentités méconnues, la transphobie est présente dans la vie de nombreuses personnes trans. La transphobie est une forme de discrimination, de rejet ou de violence à l'encontre des personnes transgenres. À ce jour, les études portant sur les discriminations et les violences subies par les personnes trans restent encore peu nombreuses. (17)

En 2023, le ministère de l'Intérieur signale une augmentation de 13% des infractions anti - LGBT+ par rapport à l'année précédente, soit un total de 4 560 infractions enregistrées. Les types d'infraction les plus souvent rencontrées sont les suivants : 34% des plaintes concernent des injures ou diffamations, 19% des agressions graves et 19% des menaces. (18) La transphobie se manifeste donc de manière variée sous forme d'agressions verbales, physiques ou bien psychologiques. Le rapport du ministère ne différencie pas les infractions en fonction des différents membres de la communauté LGBT+. Il n'établit pas de données spécifiques sur les agressions à l'encontre de la communauté transgenre.

À l'inverse, le rapport de SOS Homophobie opère une distinction des violences en fonction des différentes catégories au sein de la communauté. La même année, en 2023, il dénombre 500 cas de transphobie rapportés via sa plateforme d'écoute, soit 21% des plaintes reçues. (19)

Les chiffres sont largement sous-estimés puisqu'une minorité des victimes déposent plainte. Selon l'enquête Cadre de vie et sécurité sur la période 2012-2018, le dépôt de plainte est estimé à 20% concernant les victimes de menaces ou de violences anti-LGBT+. Il est de 5% chez les victimes d'injures anti-LGBT+.(20) Dans une autre étude, c'est 4% qui décident de porter plainte. (21)

Les incohérences administratives sont fréquemment sources d'actes de transphobie. Elles peuvent créer des difficultés lors de la recherche de travail, de location d'appartement, auprès des administrations scolaires mais aussi lors des interactions avec le corps médical. Selon une étude quantitative menée par Alessandrin et Espineira en 2014, plus de 8 personnes trans sur 10 (soit 85%) déclarent avoir été victimes de transphobie au cours de leur vie. 28% des personnes trans interrogées ont perdu leur travail du fait de leur transidentité. 24,4% déclarent s'être limités dans l'accès au logement, 41,5% dans l'accès aux soins. Au-delà de la transphobie présente dans la société, celle qui provient de l'entourage proche reste particulièrement significative. 68,7% ont perdu un ou des ami·es, 41,8% ont perdu un ou des membres de leur famille à la suite de situations transphobes.(21)

La violence transphobe atteint parfois son paroxysme, se traduisant par de nombreux meurtres chaque année. En 2024, l'association Transgender Europe en a recensé 350 à travers le monde. (22)

Ces différentes données s'accordent à dire que la transphobie est vécue par une grande majorité des personnes transgenres. La transphobie est donc un phénomène systémique, qui affecte tous les domaines de la vie sociale et personnelle des personnes trans, avec des conséquences durables sur leur santé et leur sécurité.

Il paraît important d'ajouter que toutes les discriminations relatives à l'identité de genre constituent un délit pouvant être puni de 3 ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende selon la gravité des faits selon l'article 225-2 du code pénal. (23)

5. Santé mentale des personnes transgenres

Depuis le 12 décembre 2022, il n'est plus obligatoire d'obtenir un certificat d'un·e psychiatre pour commencer une transition de genre. Cette mesure est une vraie avancée dans le processus de dépsychiatrisation des transidentités. Cependant, ce parcours, souvent jalonné de difficultés, peut nécessiter un accompagnement psychologique. Il n'a pas pour objectif de valider son identité de genre (propre à elle·eux-même, principe d'autodétermination) mais pour gérer l'impact de la transition dans la vie personnelle.

Une récente étude danoise de 2023 met en lumière le risque plus élevé de tentative de suicide chez les personnes trans. Le taux de tentatives de suicide est 7,7 fois plus élevé chez les personnes transgenres que chez les personnes cisgenres. (24)

Le concept de stress minoritaire, introduit par Ilan Meyer en 2003, permet d'expliquer le risque majoré de troubles de la santé mentale chez les minorités sexuelles et minorités de genre. Le stress minoritaire s'articule autour de deux grands axes : les stress distaux (externes) et les stress proximaux (internes). Les stress distaux sont caractérisés par des facteurs externes comme les agressions transphobes, les discriminations au travail ou à l'école, l'élaboration de lois ou de discours politiques anti-trans ou encore l'inégalité à l'accès aux soins. Les stress proximaux décrivent les effets psychologiques internes développés par les minorités en réponse à ce climat hostile. Iel·les développent une stigmatisation internalisée et anticipent le rejet pouvant mener à cacher son identité de genre ou à s'isoler socialement. (25) Ce concept permet de mieux comprendre que les troubles psychologiques des personnes trans ne découlent pas de leur identité en soi, mais des pressions et discriminations qu'iel·les subissent dans leur environnement.

Des études confirment que la mise en place de thérapies affirmatives telles que l'hormonothérapie ou les bloqueurs de puberté réduit drastiquement les troubles psychologiques des jeunes trans. Sur 104 personnes interrogées, les résultats montrent un risque de dépression réduit de 60%. (26) L'accès au soin ne relève pas du « confort » mais constitue un enjeu vital pour les personnes concernées.

Par ailleurs, la validation de l'identité de genre des enfants transgenres par l'entourage en débutant une transition sociale montre une réduction du risque de troubles de la santé mentale. En effet, une étude de 2016 indique qu'il n'y a pas de différence significative en matière de bien-être émotionnel entre les enfants transgenres soutenus par leur famille et les enfants cisgenres.(27)

6. Difficulté d'accès aux soins

Dans sa thèse sur la santé des personnes transgenres, Margaux Cosne met en évidence, grâce à une étude quantitative, que plus d'une personne sur deux a été victime de transphobie dans des lieux de soins. En réponse, 35 à 45% déclarent avoir renoncé à un soin ou avoir évité un établissement de santé au cours de l'année écoulée. (28)

De nombreux professionnel·les de santé ne sont pas formé·es à soigner les personnes trans et cela se traduit par des prises en charge inadaptées et un sentiment d'incompréhension du côté des patient·es. Par ailleurs, les praticien·nes formé·es et spécialisé·es sont concentré·es dans les grandes villes et les délais d'attente s'allongent face à une demande croissante. Cette inégalité d'accès aux soins contribue à la dégradation de la santé physique et mentale des personnes concernées, pouvant les conduire à recourir à l'automédication, avec les risques que cela comporte.

Dans une société où les personnes trans sont souvent confrontées au rejet et à la stigmatisation, il est essentiel que la pharmacie, en tant qu'acteur de santé de première ligne, ne devienne pas un nouvel espace de violence psychologique. Au contraire, elle doit offrir un environnement sûr et instaurer un climat de confiance, permettant aux personnes trans d'aborder librement leurs préoccupations et interrogations.

Chapitre II : Parcours de transitions

Le chapitre précédent présentait la transidentité de manière générale, à travers des définitions, quelques données chiffrées, des éléments historiques et une approche sociologique. Ce second chapitre s'attachera, quant à lui, à détailler les différents parcours de transition.

Il n'existe pas une transition type mais une multitude de parcours de transition possibles. Chaque personne possède des souhaits différents avec une chronologie et une temporalité qui lui sont propres. Certain·es ne réaliseront qu'une transition sociale tandis que d'autres choisiront d'y ajouter une hormonothérapie substitutive. La chirurgie d'affirmation de genre est loin d'être un objectif à atteindre pour tous·tes.

1. Transition sociale

La transition sociale consiste à vivre dans son environnement en adoptant un genre social différent de celui qui a été assigné à la naissance. Cette transition est souvent la première mise en place. Elle passe notamment par un coming out, c'est-à-dire l'annonce de son identité de genre à son entourage. Cette transition s'accompagne généralement d'un ajustement de l'expression de genre pouvant inclure un changement de style vestimentaire, de coupe de cheveux, l'utilisation de maquillage, ou d'accessoires tels que binder (brassière comprimant la poitrine) ou prothèse mammaire externe entre autres. Un changement de prénom et de prénom peut être souhaité et communiqué à l'entourage personnel, professionnel ou scolaire.

2. Transition administrative et juridique

Il est possible de modifier son prénom en déposant un dossier de demande de changement de prénom à la mairie. Cette demande doit présenter un « intérêt légitime » selon la loi. Grâce à une jurisprudence, la transidentité du demandeur caractérise un intérêt légitime dès lors qu'elle répond à «la volonté de mettre en adéquation son apparence physique avec son état civil en adoptant un nouveau prénom conforme à son apparence, et ce, indépendamment de l'introduction d'une procédure de changement de sexe ». C'est à l'officier de l'Etat civil de valider la demande. S'il refuse, le dossier est transmis au procureur de la République. (29)

Pour le changement de la mention de genre à l'état civil, le dossier doit être remis au greffe du tribunal judiciaire de son lieu de résidence ou de naissance. Des preuves de son identité de genre sont demandées : « Vous devez démontrer par une réunion suffisante de faits que la mention de votre sexe dans les actes de l'état civil ne correspond pas à celui dans lequel vous vous présentez et dans lequel vous êtes connu. Vous devez apporter la preuve de plusieurs faits à l'appui de votre demande ». (30)

La carte nationale d'identité et le passeport seront à refaire par l'intéressé·e dès lors que la mairie aura reçu la nouvelle version de l'acte de naissance. Ces modifications sont possibles depuis la modification de l'article 60 du Code Civil en 2016. (31)

À la suite d'un changement de sexe à l'état civil par décision du tribunal, deux procédures administratives sont envisageables concernant le devenir du numéro de sécurité sociale. Dans certains cas, le tribunal transmet directement le changement d'état civil à l'INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques) qui modifie automatiquement le NIR (numéro d'inscription au répertoire) en échangeant le 1 par un 2 ou inversement. Dans d'autres cas, le tribunal ne transmet pas l'information à l'INSEE. La demande doit être réalisée par la personne concernée directement à l'INSEE. Finalement, dans les deux situations, un nouveau compte Ameli sera créé avec le nouveau NIR et une demande de nouvelle carte Vitale pourra être effectuée.

3. Accueil d'une demande de transition médicale

Les recommandations 2025 de la Haute Autorité de Santé (HAS) adoptent une approche centrée sur le principe d'autodétermination. Elles reconnaissent la capacité des personnes trans à exprimer leurs besoins et à consentir librement aux soins proposés. (13)

Comme pour toute démarche de soin, l'entretien initial avec une personne trans vise avant tout à accueillir sa demande, à proposer un accompagnement adapté à ses besoins, et à favoriser son autonomie dans les décisions concernant son parcours de santé. Cet entretien permet de personnaliser la prise en charge en fonction des objectifs spécifiques de transition exprimés par la personne. Plusieurs sujets sont à évoquer lors de cet entretien initial :

- Histoire de l'incongruence de genre, sa persistance et les besoins en matière d'affirmation de genre
- Evaluation des facteurs de vulnérabilité en santé, troubles associés, violences subies.
- Recherche de risques spécifiques selon les demandes (hormonothérapie, chirurgie...).
- Informations claires et adaptées sur les options de transition (bénéfices/risques). Les prises en charge irréversibles nécessitent un délai de réflexion qui soit raisonnable et proportionné.
- Information sur la fertilité et parentalité.
- Ressource de l'individu et sécurité à la transition
- Pratiques d'automédication éventuelles, abordées sans jugement.
- Capacité à consentir librement et de façon éclairée

4. Conservation des gamètes

Le désir d'enfant est bien présent chez les personnes transgenres. Dans une étude menée en 2018 dans un service d'endocrinologie, incluant 97 femmes transgenres et 91 hommes transgenres, le souhait d'avoir un enfant était respectivement de 67,4% pour les femmes et 61,9% pour les hommes ($P = 0,447$). Pourtant, seulement 40,4% des femmes transgenres et 5,8% des hommes transgenres ont eu recours à la préservation de la fertilité (PF) ($P < 0,001$).

Plusieurs freins sont exprimés par les patient·es expliquant ce faible recours à la PF dans cette étude : un refus de repousser le début de l'hormonothérapie ou la préférence pour l'adoption. D'autres raisons citées sont plus spécifiques aux hommes transgenres : souffrance causée par les techniques de préservation ; peur d'une dysphorie provoquée par les traitements hormonaux préparant à la préservation ou une inquiétude concernant l'attitude du personnel médical. (32)

Les traitements hormonaux ne sont pas sans conséquence sur la fertilité des patient·es. C'est pour cette raison que doit être proposée une conservation des gamètes aux personnes qui le souhaitent comme l'indique la société américaine de médecine reproductive.(33) Par ailleurs, cette recommandation s'appuie sur l'article L2141-11 du Code de Santé Publique qui mentionne que toute personne qui va recevoir un traitement à risque pour sa fertilité peut bénéficier d'une préservation de la fertilité. (34) À noter que dans ce cadre, la préservation des gamètes est prise en charge à 100% par la Sécurité Sociale.

4.1. Les techniques disponibles

Dans l'idéal, la conservation des gamètes est à réaliser avant que la prise hormonale ne commence. Pour autant, il est parfois possible de conserver ses gamètes une fois l'hormonothérapie débutée, selon les situations, avec ou sans arrêt temporaire du traitement. La technique utilisée dépend des gonades, du statut pubertaire et du stade de la transition médicale.

4.1.1. Conservation des spermatozoïdes

Pour la conservation des spermatozoïdes, deux méthodes existent pour un·e patient·e pubère. La première, la plus fréquemment pratiquée, consiste en la congélation des spermatozoïdes éjaculés obtenus par masturbation. La seconde, plus invasive, est réalisée par prélèvement chirurgical lorsque la masturbation n'est pas réalisable (en cas de refus ou d'échec du recueil). Il existe deux approches chirurgicales différentes pour réaliser ce prélèvement. Un prélèvement chirurgical épидidymaire (PESA, pour percutaneous epididymal sperm aspiration) ou une biopsie testiculaire avec extraction de spermatozoïdes (TESE : testicular sperm extraction).

Des protocoles de recherche sont à l'étude pour les patient·es prépubères avec prélèvement et congélation des tissus testiculaires. (35)

4.1.2. Conservation des ovocytes

La conservation des gamètes se fait généralement par cryoconservation d'ovocytes matures ou vitrification d'embryons. Ce processus implique une stimulation hormonale ovarienne sur une période d'environ deux semaines, suivie d'échographies transvaginales et d'un prélèvement réalisé par voie chirurgicale intravaginale. L'ensemble de ces étapes peut représenter une source importante de dysphorie pour les hommes trans qui souhaitent préserver leur fertilité.

Cependant, la technique MIV (maturation in vitro) peut être une bonne alternative pour les hommes trans. En effet, il n'y a pas de stimulation ovarienne hormonale avec cette méthode. Les ovocytes sont prélevés directement dans l'ovaire à un stade immature. Ils sont ensuite mis en culture en laboratoire avec des hormones LH et FSH pendant 24h à 48h jusqu'à devenir matures. Les ovocytes devenus matures sont congelés seuls ou fécondés par ICSI (injection intracytoplasmique de spermatozoïde). Néanmoins, cette technique est encore peu répandue en France. De plus, le taux de recueil d'ovocytes est aléatoire et leur potentiel après cryoconservation est généralement inférieur à celui des ovocytes obtenus à la suite d'une stimulation ovarienne. (36)

Chez les hommes trans pubères ou prépubères, le prélèvement de tissu ovarien représente une option de préservation de la fertilité sans stimulation hormonale, particulièrement pertinente avant une hormonothérapie

ou une chirurgie. Toutefois, la réutilisation par greffe peut poser des enjeux liés à la dysphorie. De plus, elle est encore peu pratiquée et reste expérimentale.

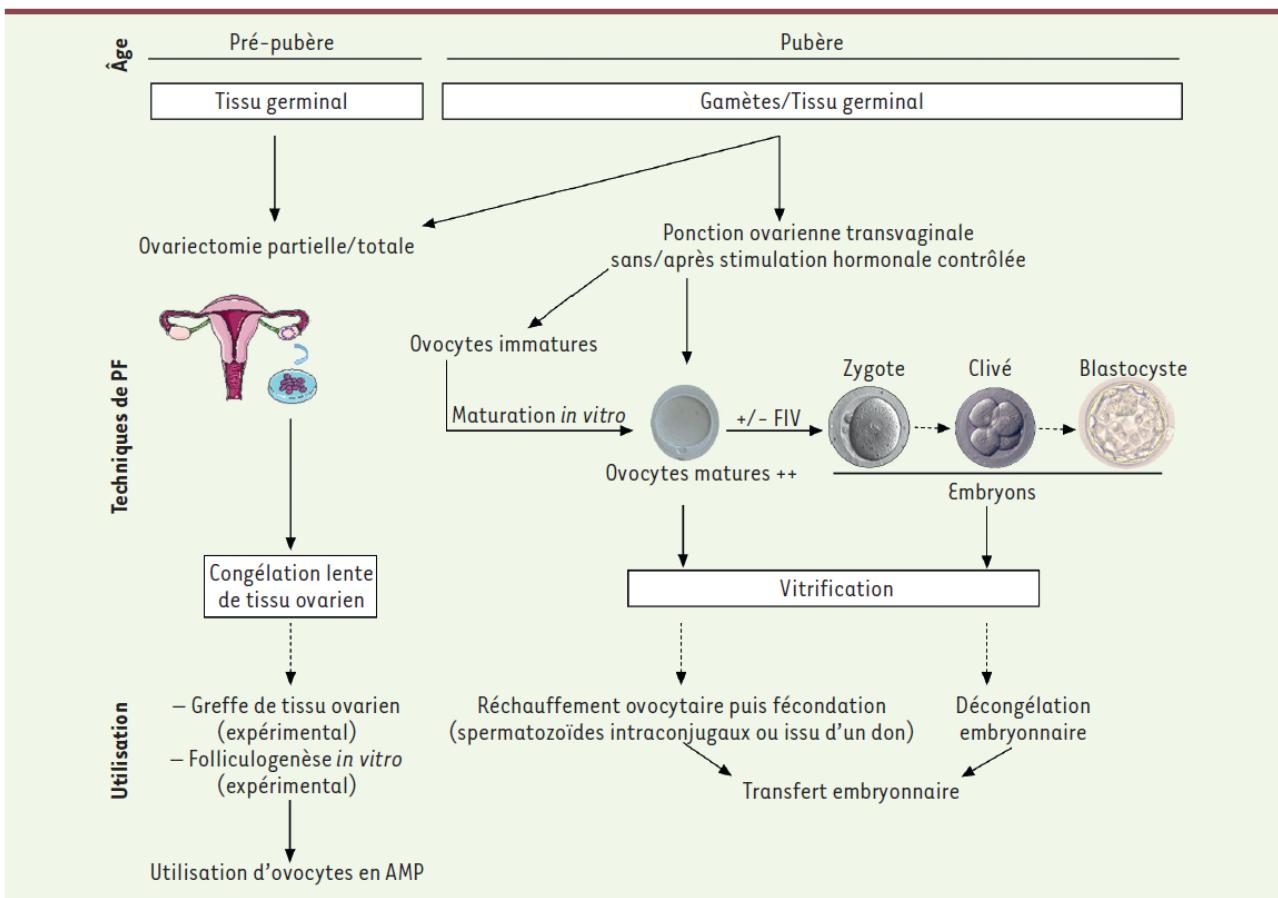


Figure 1 : Préservation de la fertilité chez les hommes trans (35)

Les gamètes sont ensuite congelés dans l'azote liquide. Ils sont conservés dans les CECOS (Centres d'étude et de conservation des œufs et du sperme). Dans les Pays de la Loire, il en existe deux, situés à Nantes et à Angers. Le CHU de Nantes a d'ailleurs édité une brochure à destination des patient·es transgenres souhaitant conserver leurs gamètes avant le recours aux hormones ou à des chirurgies de réassiguation. (Cf [annexe 1](#))

Les CECOS sont impliqués dans cette préservation de fertilité des personnes trans comme le montre une étude de 2021 qui indique que 71,4% d'entre eux reçoivent des personnes trans. (37)

4.2. Utilisation des gamètes

La conservation des gamètes reste un pari sur l'avenir, car leur utilisation ultérieure demeure aujourd'hui complexe pour les personnes transgenres, selon les situations.

La loi de bioéthique du 2 août 2021 a ouvert l'AMP (assistance médicale à la procréation) aux couples de femmes et aux femmes célibataires. Cependant, un homme trans ne peut pas utiliser ses propres gamètes s'il a changé de genre à l'état civil, car la loi française ne permet pas à un homme de recourir à l'AMP.(38)

La méthode ROPA (réception des ovocytes du·de la partenaire), pratiquée dans certains pays comme l'Espagne, permettrait à un homme trans en couple avec une femme cisgenre d'utiliser ses ovocytes en faisant porter l'embryon par sa partenaire. Mais cette technique n'est pas autorisée en France.

Par ailleurs, les gamètes d'une femme trans ne peuvent pas non plus être utilisées si elle est en couple avec une autre femme trans ou avec un homme cisgenre, puisque la gestation pour autrui (GPA) reste interdite en France.

Voici un tableau qui récapitule les différentes situations que peuvent rencontrer les personnes trans :

	Femme trans			Homme trans		
Gamètes autoconservés	Spermatozoïdes			Ovocytes		
Genre sur la PI	Féminin	Masculin	Féminin ou masculin	Masculin	Féminin	Féminin ou masculin
Genre du partenaire	Femme cis	Femme cis	Femme trans ou homme cis	Femme cis	Femme cis	Femme trans ou homme cis
Utilisation	Oui	Oui	Non GPA et/ou AMP pour un couple d'hommes interdites en France	Non AMP possible mais unique- ment avec sperma- tozoïdes de donneur et ovocytes de la femme cis. ROPA interdite en France	Oui AMP avec sperma- tozoïdes de donneur et ovocytes de l'homme trans avec un trans- fert de l'embryon chez l'homme trans ROPA interdite en France	Non sauf si l'homme trans a toujours le genre féminin sur sa PI et accepte de porter l'enfant

Figure 2 : Les différentes utilisations des gamètes pour les personnes transgenres en France (35)

Une fois que la conservation des gamètes a été évoquée avec les patient.es, l'hormonothérapie peut être initiée. Les transitions féminisantes seront abordées puis les transitions masculinisantes.

5. Hormonothérapie féminisante

5.1. Molécules utilisées et conseils associés

L'accompagnement hormonal féminisant a pour objectif de promouvoir le développement des caractères sexuels secondaires féminins tout en modulant ou atténuant l'expression de certains caractères secondaires masculins. Les protocoles sont nombreux et diversifiés, avec une grande possibilité de parcours thérapeutiques, adaptés à chaque patient·e. Le choix du traitement repose sur plusieurs critères, constituant un équilibre entre les effets désirés, la tolérance individuelle et les éventuelles contre-indications. La Société d'endocrinologie recommande d'attendre les valeurs cibles suivantes : (39)

- Les taux sériques de testostérone doivent être inférieurs à 50 ng/dL.
- Les taux sériques d'estradiol ne doivent pas dépasser le taux physiologique soit : 100 à 200 pg/mL.

Pour atteindre ces seuils, les œstrogènes et les anti-androgènes sont utilisés.

5.1.1. œstrogènes

Les œstrogènes (=estrogènes) sont des hormones sexuelles féminines appartenant au groupe des stéroïdes. Il existe plusieurs types d'œstrogène parmi lesquels on retrouve l'œstradiol (=estradiol) (E2), l'estrone (E1) et l'estriol (E3). L'estradiol, ou 17 β -estradiol, est la forme d'œstrogène retrouvée lors de l'instauration d'une œstrogénothérapie.

Chez de nombreuses femmes trans, l'apport d'œstrogène (œstrogénothérapie) constitue un élément central. Les œstrogènes permettent le développement des caractères sexuels secondaires féminins par fixation sur les récepteurs aux œstrogènes. De plus, les œstrogènes possèdent un effet anti-androgénique. Ils exercent un rétrocontrôle négatif sur l'axe hypothalamo-hypophyso-gonadique en inhibant la sécrétion de GnRH. Cette inhibition entraîne une diminution des hormones LH et FSH et une diminution de production de testostérone.

Plusieurs dosages et voies d'administration existent. (40)

Tableau I : Les différentes formes galéniques d'œstrogène disponibles

Formes galéniques	Noms commerciaux et dosages	Posologie (13,39)
Comprimés	Provames ® : 1 mg et 2 mg Oromone ® : 1 mg et 2 mg	2 à 4 mg par jour (maximum 8 mg par jour)
Gels transdermique	Oestrodose 0,06% ® Estrava 1% ®	1,5 – 3 mg par jour (maximum 6 mg par jour)
Dispositif transdermique	Dermestril ® : - 25 µg/24h - 50 µg/24h - 100 µg/24h Thais ® : - 25 µg/24h - 50 µg/24h Femstep ® : - 50 µg/24h - 75 µg/24h - 100 µg/24h Thaissept ® : - 25 µg/24h - 50 µg/24h	100 µg par jour (maximum 400µg par jour)

La voie orale n'est pas recommandée en première intention puisqu'elle expose les patient·es à un risque thromboembolique plus élevé du fait du premier effet de passage hépatique. (39) La voie percutanée doit donc être privilégiée en première intention par rapport à la voie orale.

L'estradiol existe sous forme injectable mais les injections d'œstrogènes ne sont pas disponibles en France pour le moment. En revanche, elles sont disponibles dans d'autres pays comme les Etats-Unis ou le Canada sous les noms commerciaux Neofollin® ou Gynodian®.

a) Conseils associés pour les comprimés d'estradiol

Concernant l'estradiol pris par voie orale, il est conseillé de prendre les comprimés à heure fixe pour maintenir une concentration stable d'hormones dans le sang. Sa prise n'est pas dépendante des repas.

b) Conseils associés pour les gels transdermiques d'estradiol

Les gels d'estradiols possèdent des concentrations différentes auxquelles il faudra être particulièrement vigilant pour obtenir la bonne dose à administrer.

Tableau II : Comparaison des spécialités Oestrodose® et Estrava®

Spécialité	Nombre de pression	Quantité de gel (41) (42)	Quantité d'estradiol	Posologies
Oestrodose 0,06%®	1 pression	1,25 g	0,75 mg	2 à 4 pressions par jour (max 8 pressions)
Estrava 1%®	1 pression	0,5 g	0,5 mg	3 à 6 pressions par jour (max 12 pressions)

Les posologies usuelles de l'estradiol en usage transdermique sont de 1,5 à 3 mg par jour, soit, 2 à 4 pressions pour l'Oestrodose® et 3 à 6 pressions pour l'Estrava®.

Il faut appliquer le gel sur une peau saine, propre et sèche (idéalement après la toilette), le matin ou le soir. Il peut s'appliquer sur l'abdomen, les cuisses, les bras, ou la région lombaire. En revanche, l'application sur les bras est à déconseiller avant la réalisation de prises de sang afin de ne pas altérer les mesures du taux sérique d'estradiol. Il conviendra de déconseiller l'application du gel sur la poitrine pouvant augmenter le risque de cancer du sein. Certaines personnes pensent que le gel aura une action locale pouvant accélérer le développement mammaire mais ce n'est pas le cas. Il sera important de rappeler que le gel a une action systémique et non locale.

Le gel doit être appliqué sans massage, puis laissé à sécher pendant deux minutes avant de se revêtir, afin d'assurer une bonne absorption. Les mains devront ensuite être lavées pour éviter tout transfert à une autre personne. Pour les mêmes raisons, la zone doit être nettoyée avant tout contact direct et rapproché. Pour minimiser tout risque de transfert, il sera conseillé d'appliquer le gel sur une zone recouverte par un vêtement. Il faudra éviter de laver la zone dans les trois heures qui suivent l'application du gel.

c) Conseils associés pour les dispositifs transdermiques d'estradiol

Les dispositifs transdermiques d'œstradiol suivent sensiblement les mêmes règles que les gels. Ils s'appliquent sur une peau propre, sèche, saine sur l'abdomen, les hanches, les fesses ou la région lombaire. Ils ne s'appliquent pas sur les seins, les muqueuses, ni sur une zone irritée, lésée ou soumise à des frottements importants.

Il est conseillé de varier le site d'application à chaque pose pour éviter l'irritation locale et d'appuyer fermement sur toute la surface et les bords du patch pour assurer une bonne adhésion. Il convient également d'éviter l'exposition directe au soleil sur le patch car l'estradiol est dégradé par les rayons UV. Si le dispositif se retire accidentellement, il faut utiliser un dispositif neuf qui sera retiré à la date initialement prévue. En cas d'oubli de remplacement, un nouveau dispositif transdermique doit être appliqué dès que possible.

En fonction des marques de dispositifs transdermiques, le temps d'application ne sera pas le même. Il faudra communiquer cette durée aux patient·es lors de la dispensation.

Tableau III : Renouvellement des dispositifs transdermiques d'estradiol

Noms commerciaux	Temps d'application (43-45)
Dermestril ®	Dispositifs à renouveler tous les 3 à 4 jours
Thais ®	
Femstep ®	Dispositifs à renouveler tous les 7 jours
Thaissept ®	

5.1.2. Anti-androgénique

L'œstrogénothérapie seule peut, dans certains cas, suffire à inhiber la production testiculaire de testostérone à un niveau satisfaisant pour les patient·es. Si ce n'est pas le cas, l'association à des anti-androgènes peut être discutée. Une diminution progressive doit être envisagée dès lors que les effets cliniques recherchés sont stabilisés. L'HAS recommande la spironolactone et les agonistes de la GnRH en première intention. Les traitements anti-androgéniques sont à supprimer après orchidectomie. (13)

a) Analogue agoniste de la GnRH

De manière physiologique, la GnRH est sécrétée par l'hypothalamus et stimule l'hypophyse pour sécréter les hormones LH et FSH, qui à leur tour induisent la production de testostérone par les testicules.

Les analogues de la GnRH utilisés lors des transitions de genre sont des agonistes. Les molécules (leuproréline, triptoréline) se lient aux récepteurs hypophysaires de la GnRH, provoquant d'abord une stimulation excessive appelée « effet flare-up ». Cette surstimulation conduit alors à une désensibilisation de ces récepteurs provoquant une baisse de sécrétion de LH et FSH et par conséquent une diminution de la production de testostérone. (46)

La Société d'Endocrinologie recommande une posologie de 3,75 mg en injection mensuelle ou, en alternative, 11,25 mg tous les trois mois.(39)

Tableau IV : Les différentes spécialités d'analogues de GnRH

DCI	Noms commerciaux
Leuproréline	Enantone® : - 3,75 mg LP - 11,25 mg LP Zeulide® : - 3,75 mg
Triptoréline	Décapeptyl® : - 3 mg LP - 11,25 mg LP Gonapeptyl ® : - 3,75 mg LP Salvacyl ® : - 11,25 mg LP

Il est possible de réaliser les injections en sous-cutanée (SC) ou en intramusculaire (IM) selon les RCP d'Enantone®, du Décapeptyl® et du Gonapeptyl®. En revanche pour le Zeulide® ou le Salvacyl®, leur RCP mentionne seulement la possibilité d'une injection intramusculaire. Or, il est montré que les analogues de la GnRH ont une efficacité équivalente que ce soit en injections SC ou IM. La différence principale réside dans la rapidité d'absorption. Le pic plasmatique est atteint plus rapidement en IM (3h) qu'en SC (4,5h). Finalement, la concentration résiduelle est la même pour les deux voies d'administration, sans impact clinique majeur. (47) Zeulide® et Salvacyl® ne disposent pas d'autorisation pour la voie SC, non parce qu'elle serait inefficace ou dangereuse, mais faute d'avoir réalisé les essais cliniques nécessaires à cette indication. Leur AMM reste donc limitée à l'IM, conformément aux études disponibles.

Conseils associés pour les analogues de GnRH :

L'effet « flare-up » initial provoque dans un premier temps une augmentation de la testostérone pendant 1 à 2 semaines. Cette initiation peut-être source de dysphorie et d'incompréhension. Il conviendra de prévenir le·la patient·e sur cet effet systématique. Par la suite, une vigilance devra être accordée à l'état psychique des patient·es puisque la baisse rapide de la testostéronémie a un effet dépresseur sur la thymie et la libido. (40) Afin d'éviter cet effet flare-up, l'utilisation concomitante d'un autre anti androgène peut être discutée. (13)

Il pourrait être intéressant de proposer au·à la patient·e les services des IDE pour l'aider dans ses premières injections.

Les analogues de GnRH figurent sur la liste des produits dopants de l'AMA (Agence Mondiale Antidopage). Actuellement, leur utilisation est interdite chez les sportifs de sexe masculin en raison de leur effet stimulant initial sur la testostérone. Selon leurs dernières lignes directrices de 2023 concernant les athlètes transgenres,

ils indiquent : « Les sportifs transgenres qui sont admissibles à participer à leur sport en tant que femmes n'ont pas besoin d'obtenir une AUT pour utiliser des analogues de la Gn-RH. Par contre, le sportif transgenre qui procède à la féminisation de son corps durant sa participation à son sport en tant qu'homme doit se soumettre aux règles antidopage s'appliquant aux sportifs de sexe masculin et ainsi faire une demande d'AUT (autorisation d'usage à des fins thérapeutiques) relativement à cette substance. ». Cette autorisation est délivrée au cas par cas par les fédérations et les organisations sportives associées à l'athlète.

b) Spironolactone

La spironolactone est un diurétique épargneur du potassium, antagoniste de l'aldostérone au niveau des récepteurs de l'hormone minéralocorticoïde. En bloquant l'échange sodium potassium au niveau du tubule contourné distal, elle réduit la réabsorption des ions sodium et l'excrétion des ions potassium. Elle possède aussi des propriétés anti-androgéniques qui justifient son utilisation chez les femmes transgenres. Il conviendra de préciser le rôle premier de cette molécule, à savoir l'effet diurétique et la prise matinale associée.

Les posologies recommandées sont de 100 à 300 mg par jour de spironolactone.(39)

Cette molécule impose une surveillance régulière de la fonction rénale, de la kaliémie étant donné le risque d'hyperkaliémie et une surveillance de la tension artérielle due à son action hypotensive.

La spironolactone est aussi mentionnée dans la liste des produits interdits par l'AMA dans la section des diurétiques et agents masquants. (48)

c) Acétate de cyprotérone

L'acétate de cyprotérone (Androcur ®) est un progestatif avec une action anti-gonadotrope et anti-androgénique permettant de réduire le taux de testostérone chez les femmes trans. (49)

Depuis 2018, l'acétate de cyprotérone est soumis à des mesures additionnelles de réduction des risques (MARR). L'ANSM a réalisé une attestation d'information pour informer le·la patient·e du risque augmenté de méningiome pendant ce traitement. Cette attestation, doit obligatoirement être signée chaque année par le·la patient·e et son médecin prescripteur dès lors que le traitement est poursuivi au-delà d'un an et être remise au pharmacien pour toute délivrance de ce médicament. (Cf [annexe 2](#)) (50)

De plus, l'instauration de ce traitement est conditionnée par la réalisation d'une IRM. Une étude de la CNAM a permis de chiffrer ce risque de méningiome en cas d'utilisation prolongée de ce médicament. Ce risque est multiplié par 7 au-delà de 6 mois d'utilisation d'une dose moyenne supérieure ou égale à 25 mg par jour. Il est multiplié par 20 au-delà d'une dose cumulée de 60 g, soit environ 5 ans de traitement à 50 mg par jour ou 10 ans à 25 mg par jour. (51)

La surveillance hépatique est aussi nécessaire pendant toute la durée du traitement par l'acétate de cyprotérone compte tenu de son hépatotoxicité. Un dosage des transaminases (ASAT, ALAT), gamma-GT, phosphatases

alcalines, bilirubine est à effectuer à l'initiation puis à répéter tous les trois mois la première année et tous les six mois les années qui suivent. (52)

C'est pourquoi cette molécule n'est pas utilisée en première intention comme THS. Elle n'est d'ailleurs pas disponible aux Etats-Unis. (53)

La Société d'Endocrinologie recommande une posologie d'acétate de cyprotérone de 25 à 50 mg par jour. (39) L'HAS préconise son utilisation sur une courte durée à des dosages de 25mg par jour ou tous les deux jours. Néanmoins, une étude de 2021 montre une efficacité comparable en utilisant de plus faibles doses (10 à 20 mg par jour). (54)

d) Bicalutamide

Le bicalutamide est un anti-androgène non stéroïdien utilisé pour traiter le cancer de la prostate. Il dispose de peu d'études pour son utilisation chez les femmes trans. C'est pourquoi, il n'est pas utilisé en première intention. (55) Il n'est pas mentionné dans les recommandations de la Société d'Endocrinologie et le WPATH le déconseille. (39,55). L'HAS ne le recommande pas non plus au vu de la toxicité hépatique et de son manque d'évaluation. (13) En cas d'utilisation, la posologie est de 50 mg par jour et la fonction hépatique doit être surveillée.

e) Finastéride

Le finastéride est un inhibiteur de 5α-réductase. Il inhibe la conversion de testostérone en dihydrotestostérone. De la même manière que le bicalutamide, son utilisation lors des transitions de genre a été peu étudié et son utilité est controversée. (56) La société d'endocrinologie mentionne qu'il ne permet pas la diminution du taux de testostérone et possède des effets indésirables.(39) Le WPATH ne le recommande pas en raison du peu d'avantage qu'il confère aux femmes trans. (55) L'HAS confirme ces propos en attirant l'attention sur l'impact potentiellement négatif sur la santé mentale de cette molécule.(13)

5.1.3. Progestérone micronisée

L'utilisation de progestérone est également débattue. Elle est réputée pour améliorer le développement mammaire, la thymie, et la libido. Mais à ce jour, il n'y a pas de recommandation publiée par la société d'endocrinologie et le WPATH la déconseille en raison du faible nombre d'études cliniques réalisée sur les femmes trans. (39,55) L'HAS s'aligne à ces recommandations de fait des incertitudes sur les risques cardiovasculaires, de cancer du sein, de méningiome et sur l'humeur. La posologie usuelle de la progestérone est de 100 à 200 mg par jour.

Une étude montre que la prescription récente de progestérone augmenterait le risque d'événements thromboemboliques par la suite.(57)

5.2. Effets attendus et temporalités

Les effets des hormones sont généralement attendus avec impatience. En effet, certain·es attendent parfois des années avant d'avoir accès au traitement qu'ils·elles souhaitent. Ces effets féminisants surviennent de manière

différente chez chaque personne à l'image de la puberté chez les adolescent·es. Le patrimoine génétique, l'âge et le schéma thérapeutique utilisé sont les principaux facteurs influençant le déroulement de la transition hormonale. Ils·Elles devront être prévenu·es de la variabilité inter-individuelle de ces effets et de la temporalité qui y est associée. Les effets de l'hormonothérapie mettent plusieurs années avant d'atteindre leur maximum. La transformation corporelle est comparable à celle d'une puberté. La patience sera donc nécessaire pour pouvoir observer les résultats complets.

Tableau V : Effets féminisants attendus chez les femmes transgenres (39)

Effets	Début	Effet maximal
Changement de la libido	1 - 3 mois	3 - 6 mois
Réduction des érections spontanées	1 - 3 mois	3 - 6 mois
Redistribution des graisses	3 - 6 mois	2 - 3 ans
Réduction de la masse musculaire	3 - 6 mois	1 - 2 ans
Modification de la peau (adoucissement de la peau et réduction du sébum)	3 - 6 mois	Inconnu
Croissance mammaire	3 - 6 mois	2 - 3 ans
Réduction du volume testiculaire	3 - 6 mois	2 - 3 ans
Réduction de la pousse des poils	6 - 12 mois	> 3 ans
Réduction de la spermatogénèse	Inconnu	> 3 ans
Pousse des cheveux	Variable	
Changement de voix	Aucun	Aucun

Lors du premier trimestre suivant l'instauration de l'hormonothérapie, une diminution de la libido et une réduction des érections spontanées se produisent.

Lors du deuxième trimestre, la masse musculaire se réduit et les graisses se redistribuent de manière gynoïde, c'est-à-dire autour des hanches, des fesses et des cuisses. La peau s'adoucit et produit moins de sébum. Une atrophie des testicules, ainsi qu'un début de développement mammaire, apparaissent.

Après six mois, la pousse des poils diminue. Pour autant, une épilation laser est souvent utilisée en complément. Elle bénéficie d'un remboursement par la Sécurité Sociale.

La repousse des cheveux est variable selon chaque individu. Le traitement hormonal peut permettre la repousse des cheveux lorsqu'elle est due à une calvitie androgénique.

La voix ne peut pas être modifiée par les traitements hormonaux lorsqu'elle a déjà mué. Elle peut devenir moins grave grâce à des séances d'orthophonie.

5.3. Effets indésirables

22 cas de signalement de pharmacovigilance ont été effectués avant mai 2020 concernant l'hormonothérapie utilisée chez les femmes trans en France. (58) Le méningiome était l'effet déclaré en majorité, suivi des événements cardiovasculaires et thromboemboliques.

5.3.1. Risque cardiovasculaire

Le risque cardiovasculaire des femmes trans est multifactoriel et n'est pas uniquement dû à la prise hormonale. Les facteurs socio-économiques, le stress chronique, le tabagisme, la sédentarité, l'alimentation et l'accès aux soins influencent fortement le risque cardiovasculaire des personnes trans. De plus, le risque thromboembolique qui suit les chirurgies de réassignation est à prendre en compte (avec la formation de caillots du fait de l'immobilisation et des interventions subies par la personne). Une méta-analyse estime que les personnes transgenres ont un risque de maladie cardiovasculaire 40% fois plus élevé que les personnes cisgenres.

Concernant les femmes trans, le risque d'AVC est 1,3 fois supérieur (95% CI, 1.0-1.8) et le risque de thromboembolie veineuse est 2,2 fois supérieur (95% CI, 1.1-4.5) que les hommes cisgenres. Le risque d'infarctus du myocarde est quant à lui comparable. (59)

La voie transdermique est à privilégier pour l'oestrogénothérapie puisqu'elle présenterait un risque thrombotique très faible. Elle est d'autant plus recommandée chez les personnes présentant des risques cardiovasculaires et chez les personnes de plus de 40 ans. L'éthinylestradiol, dont le risque cardiovasculaire est bien établi, est formellement contre-indiqué dans les parcours hormonaux. (40)

Il conviendra de réduire les facteurs de risque cardiovasculaire en abordant l'arrêt du tabac et la mise en place d'activité physique et d'une alimentation équilibrée.

5.3.2. Cancer du sein

Le risque de cancer du sein chez les femmes transgenres est 47 fois plus élevé que chez les hommes cisgenres (95% CI, 27,2 à 75,4) mais reste plus faible que dans la population des femmes cisgenres (0,3 ; 0,2 à 0,4).

Un dépistage du cancer du sein, selon les mêmes modalités que les femmes cisgenres, est donc recommandé. A savoir, une mammographie à partir de 50 ans. (60)

5.3.3. Hyperprolactinémie

L'hyperprolactinémie toucherait 20% des femmes trans sous hormonothérapie. Cet effet est particulièrement marqué lorsque l'acétate de cyprotérone est prescrit. L'hyperprolactinémie peut rester asymptomatique ou se révéler par la présence de galactorrées. (39) Quelques rares cas de prolactinome sont décrits dans la littérature. (61)

5.3.4. Dyslipidémie

Le taux de HDL cholestérol et de triglycérides semble augmenter chez les femmes trans. Les variations du taux de LDL ne paraissent pas bien connues à ce jour. Une prise de poids est fréquemment observée due à la redistribution des graisses et l'augmentation de la masse grasse. (55,62)

5.4. Suivi clinique et biologique

Il est recommandé de suivre les patient·es tous les 3 mois lors de la première année d'hormonothérapie afin d'évaluer les effets attendus et potentiellement indésirables. Les années suivantes, une ou deux consultations de suivi suffisent. (39)

Il faudra être vigilant·e face aux signes de sous-dosage et surdosage et adapter les posologies si nécessaire. En cas de surdosage, des gonflements et douleurs au niveau des seins ainsi que la sensation de jambes lourdes peuvent apparaître. En cas de sous-dosage, des bouffées de chaleur et une asthénie peuvent survenir.

La surveillance biologique comprend la mesure de la testostérone et l'oestradiol sérique. Pour les personnes traitées par spironolactone, un ionogramme devra être réalisé tous les 3 mois la première année puis tous les ans afin de surveiller la kaliémie, accompagné d'une créatininémie. Le prélèvement sanguin devra être effectué au plus loin de la dernière prise d'oestradiol (juste avant la prise suivante) ou 12 heures après celle-ci. (63)

Un dépistage du cancer (sein, prostate, testicules) est recommandé, au même titre que chez les personnes cisgenres.

Une surveillance osseuse est recommandée pour les personnes en sous-dosage d'estradiol. (13)

5.5. Cadre de prescription

Les médicaments utilisés lors des transitions féminisantes sont prescrits hors AMM. Aucune de ces molécules ne nécessitent une initiation hospitalière et/ou d'un spécialiste. La prise en charge par la sécurité sociale est précisée dans la partie [cadre légal et prescription hors AMM](#).

6. Hormonothérapie masculinisante

6.1. Testostérone

L'hormonothérapie des personnes transmasculines est essentiellement composée de testostérone. Cette hormone permet de développer des caractères sexuels masculins. La testostérone agit principalement après conversion en dihydrotestostérone (DHT) sous l'action de la 5α-réductase. La DHT et la testostérone pénètrent dans les cellules cibles et se lient aux récepteurs aux androgènes intracellulaire. Ce complexe migre dans le noyau pour se fixer à des séquences spécifiques de l'ADN, modulant ainsi la transcription de gènes responsables des effets phénotypiques masculins. (64)

6.1.1. Testostérone injectable

La testostérone existe sous différentes formes galéniques. La forme la plus prescrite est la testostérone énanthate (Androtardyl®) en injection intra-musculaire. La fréquence et la quantité injectée varient selon les besoins de chaque personne et selon la testostéronémie. Cette injection peut être réalisée seul·e ou par un·e infirmier·ère. Le temps de demi-vie de la testostérone énanthate est de 7.8 jours. (65) Le générique Testostérone Desma® est également disponible sur le marché français.

L'Androtardyl ® a longtemps été la seule forme de testostérone remboursée par la Sécurité Sociale, ce qui en faisait le médicament majoritairement prescrit. Les habitudes de prescription des médecins vont sûrement être amenées à changer puisque depuis septembre 2024, une nouvelle forme de testostérone est désormais remboursée, la Testostérone Besins 1000 mg. ®

L'Undécanoate de testostérone (Nebido ® ou son générique Testostérone Besins ®) possède un temps de demi-vie beaucoup plus long de 90 jours ce qui permet d'espacer les injections. (66) Les injections se font toutes les 10 à 14 semaines, ce qui est un réel avantage pour les patient·es. Auparavant, son coût était un frein à sa prescription étant donné qu'il n'était pas remboursé par la Sécurité Sociale et l'ampoule de Nebido ® pouvait valoir jusqu'à 200€. (67)

a) Conseils associés pour les injections de testostérone

Elles se conservent à température ambiante. Il sera préférable de les injecter lentement pour éviter la douleur. Selon les RCP de la testostérone en injectable, seule la voie intramusculaire est autorisée. Or, selon les recommandations de la Société d'Endocrinologie ou de la HAS, les injections peuvent être intramusculaires ou sous-cutanées. (13,39)

Une revue systémique confirme que l'administration de testostérone en SC induit des concentrations sériques similaires à celles obtenues en IM, avec une absorption plus stable et des taux moins influencés par l'activité physique. La voie SC présente plusieurs avantages : facilité d'auto-administration, moindre douleur, utilisation d'aiguilles plus petites et meilleure acceptabilité des patient·es. Les posologies sont proches entre SC et IM, bien que pour l'énanthate de testostérone une dose légèrement plus faible en SC puisse suffire. Pour l'undécanoate de testostérone, la posologie reste identique à celle de l'IM. (68)

Pour réaliser ces injections, il faudra veiller que le·la patient·e ait le matériel adapté. Voici ce dont il·elle aura besoin :

- Compresses non stériles
- Un désinfectant type chlorhexidine
- Une boîte de pansement
- Aiguille de prélèvement 18G (rose)
- Si injection intramusculaire : Aiguille d'injection 21G (verte) ou 22G (noire) ou 23G (bleue)
- Si injection sous-cutanée : Aiguille d'injection 25G (orange)
- En fonction de la quantité à administrer : Seringues de 1 ou 2 ml
- Une boîte DASRI

Le·la patient·e peut choisir d'être accompagné·e par un·e IDE pour réaliser l'injection. D'autres choisiront de pratiquer l'auto-injection.

Une étude a été menée en 2022 par l'association *Safe*, coordinatrice du dispositif de réduction des risques à distance en France, sur les pratiques d'injection des utilisateur·rices d'hormones. Cette enquête s'appuie sur 597 réponses. Seuls 26,5% des injecteur·rices trans faisaient systématiquement appel à un·e professionnel·le de santé. Les autres méthodes utilisées sont l'auto-injection ou l'aide d'un·e proche.

Concernant l'accès au matériel, 41,9% des répondant·es se fournissent en pharmacie et 25% sur Internet. 1 personne sur 3 exprime avoir déjà rencontré des difficultés d'accès au matériel. Parmi les raisons citées : refus de délivrance de la pharmacie, matériel non adapté, pas de stock en pharmacie, stigmatisation transphobe ou toxicophobe ou le manque de ressources financière.

Ces difficultés d'accès au matériel d'injection entraînent des conséquences néfastes sur les personnes concernées. 19,8% d'entre elles indiquaient avoir déjà renoncé à une injection et 68% à en avoir reporté une par le passé. 2% des injecteur·rice·s trans ont déclaré avoir réutilisé du matériel usagé par le passé et 5,7% l'avoir déjà partagé. À noter qu'aucune personne n'a mentionné avoir partagé l'aiguille d'injection. C'est la seringue et/ou l'aiguille de prélèvement qui sont associées à ce partage. (69)

La proposition du matériel par le·la pharmacien·ne est donc nécessaire pour assurer la stérilité et la sécurité de l'acte d'injection. Par ailleurs, il peut être pertinent que le·la pharmacien·ne soit en mesure d'expliquer la technique d'injection au·à la patient·e qui ne souhaite pas recourir à un·e IDE.

Les étapes suivantes doivent être respectées :

1. Se laver soigneusement les mains à l'eau et au savon, ou utiliser une solution hydroalcoolique.
2. Disposer l'ensemble du matériel nécessaire sur une surface propre.
3. Sortir l'ampoule de testostérone de son emballage, la réchauffer entre les mains ou sous un filet d'eau chaude, puis la secouer d'un geste ferme de haut en bas afin d'éviter que du liquide ne reste bloqué dans la partie supérieure.
4. Fixer l'aiguille de prélèvement (rose) sur l'embout de la seringue
5. Casser l'ampoule au niveau du point bleu, en protégeant les doigts
6. Avant d'introduire l'aiguille rose dans l'ampoule, chasser l'air de la seringue en appuyant légèrement sur le piston. Aspirer ensuite lentement le produit.
7. Retirer et jeter l'aiguille rose dans la boîte DASRI prévue pour les déchets perforants. Remplacer cette aiguille par une aiguille noire ou verte (intramusculaire) ou orange (sous-cutanée).
8. Imbibier une compresse de désinfectant et nettoyer soigneusement la zone choisie pour l'injection.
9. Pour une injection intramusculaire dans la fesse, imaginer une croix au centre de la fesse et piquer dans le quadrant supérieur externe. Pour une injection intramusculaire dans la cuisse, viser le bord latéral de celle-ci.
10. Pincer légèrement la zone à piquer, puis enfoncez l'aiguille d'un geste franc. Tirer légèrement sur le piston afin de vérifier que l'aiguille n'est pas dans une veine (si du sang remonte, reculer légèrement l'aiguille et refaire le test).
11. Pour une injection sous-cutanée, injecter dans l'abdomen ou dans la cuisse. Former un pli cutané en saisissant légèrement la peau et insérer l'aiguille à 45°.
12. Injecter lentement le produit.
13. Retirer l'aiguille, appliquer un pansement, puis masser doucement la zone d'injection pour limiter la douleur et favoriser la diffusion du produit.
14. Jeter immédiatement les aiguilles et l'ampoule usagée dans la boîte de collecte DASRI et activer la fermeture provisoire. Une fois la boîte pleine, la fermer définitivement et la rapporter en pharmacie pour échange.

6.1.2. Testostérone en gel transdermique

La testostérone est aussi disponible sous forme de gel (Androgel®, Fortigel®). Cela permet d'obtenir des résultats plus légers pour les personnes qui le souhaitent. La dose peut varier entre 50 et 100 mg de testostérone par jour. Selon les spécialités, la concentration de testostérone n'est pas la même. Ces gels contiennent de l'alcool pouvant être source d'irritation locale. A noter que ces formes ne sont pas remboursées par la Sécurité Sociale.

Tableau VI : Les différents gels de testostérone

Spécialité	Nombre de pression	Quantité de gel	Quantité de testostérone	Posologie
Androgel ®	1 pression	1.25 g	20.25 mg	2 à 4 pressions par jour
Fortigel ®	1 pression	0.5 g	10 mg	5 à 10 pressions par jour
Testavan ®	1 pression	1,15 g	23 mg	2 à 4 pressions par jour

Les différentes formulations contiennent de l'alcool pouvant être à l'origine d'irritation. La réalisation d'une préparation magistrale peut se présenter comme une alternative pour s'affranchir de cet excipient. Cette possibilité est également valable pour les gels d'œstrogènes.

a) Conseils associés pour le gel de testostérone

La testostérone utilisée en application cutanée, nécessite des conseils d'application où le pharmacien a son rôle à jouer pour permettre une absorption optimale et éviter le risque de transfert de testostérone à autrui.

Pour commencer, il sera nécessaire d'amorcer la pompe à chaque première utilisation du flacon. 6 pressions pour le Fortigel®, 3 pressions pour l'Androgel® et 1 pression pour de Testavan®. Lors de l'amorçage, ces pressions sont à éliminer car elles ne contiennent peut-être pas la dose requise.

Avant l'application, il faut se laver les mains à l'eau et au savon. Le gel doit être appliqué en fine couche sur une peau propre, sèche et saine, généralement sur les épaules et les bras, en évitant les parties génitales. Il faut étaler le gel sans frotter intensément, puis le laisser sécher pendant 3 à 5 minutes avant de s'habiller. Après l'application, il est essentiel de bien se laver les mains pour éviter tout transfert. Il est recommandé de porter un vêtement couvrant la zone appliquée pour limiter le risque de transfert à d'autres personnes. En cas de contact cutané accidentel, la zone doit être lavée avec du savon et de l'eau. Enfin, il est conseillé d'attendre au moins 6 heures avant de prendre une douche ou un bain afin de ne pas diminuer l'absorption du gel. (70)

Tableau VII : Les différentes formes galéniques de testostérone

DCI	Noms commerciaux	Formes galéniques	Posologie (39)
Testostérone énanthate	Androtardyl 250 mg/1ml ® Testostérone Desma ®	Injection	<ul style="list-style-type: none">• 100 à 200 mg toutes les 2 semaines• 50 à 100 mg toutes les semaines. Très variables.
Undécanoate de testostérone	Nebido 1000 mg/4ml ® Testostérone Besins ®	Injection	Une ampoule de 1000 mg toutes les 12 semaines
Testostérone	Androgel ® Fortigel ® Testavan ®	Gel ou sachet dose	50 à 100 mg par jour

A noter que la testostérone figure sur la liste des produits dopants de l'Agence Mondiale Antidopage dans la catégorie des stéroïdes anabolisants androgènes. (48) Pour que les hommes trans puissent participer à une compétition sportive de haut niveau, ils devront justifier leur prise hormonale par une autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (AUT).

6.2. Contraception chez les hommes trans

La supplémentation en testostérone chez les hommes trans n'a pas d'effet contraceptif bien qu'elle réduit considérablement la fertilité. Une étude de 2021, suggère que la testostérone induit rapidement une suppression de l'axe hypothalamo-hypophysaire-gonadique chez les nouveaux utilisateurs ce qui bloque l'ovulation. Cette étude émet également l'hypothèse que chez les patients traités au long cours, l'axe hypothalamo-hypophysaire reprend

son fonctionnement et de ce fait, les ovulations reprennent. La contraception est donc une question à aborder avec les hommes trans. (71)

Une étude de 2018 interrogeant 100 hommes transgenres affirme que 31% pensaient que la testostérone empêchait la grossesse et 9% ont cette information par un professionnel de santé. 51% n'ont pas discuté de contraception avec un professionnel de santé après le début de l'hormonothérapie et 3% ont eu des grossesses non planifiées. Cette étude, bien qu'elle possède des limites (effectifs restreints et relativement ancienne), montre un manque de connaissance des patients et des praticiens au sujet de la contraception de la population transgenres. (72)

En dehors de son usage contraceptif, une contraception peut être désirée dans le but d'arrêter les menstruations parfois source de dysphorie chez certaines personnes. A noter que l'aménorrhée est largement observée lors de la prise de testostérone dans un délai de six mois. Entre 55 et 97% des personnes transmasculines utilisant de la testostérone atteignent l'aménorrhée dans les six premiers mois. (73)

Le choix de la contraception doit être une décision partagée entre le·la patient·e et le·la praticien·ne. Plusieurs paramètres sont à prendre en compte pour choisir le contraceptif qui convient à chaque patient·e. Toutes les contraceptions utilisées chez les femmes cisgenres peuvent être utilisées chez les hommes transgenres. En revanche, certaines sont régulièrement privilégiées du fait de l'induction d'aménorrhée et d'une voie d'administration plus adaptée. Les protections mécaniques contraceptives (préservatifs interne/externe) peuvent être utilisées pour prévenir le risque de grossesse. Cependant, elles n'auront pas d'utilité dans l'arrêt des menstruations.

6.2.1. Contraceptifs oestroprogestatifs

La contraception oestroprogestative regroupe plusieurs formes galéniques à savoir les comprimés, les dispositifs transdermiques et les anneaux. Ces méthodes sont parfois vues avec méfiance par les patient·es car elles sont assimilées à un « effet féminisant » à cause de leur composition oestrogénique. Pourtant, l'œstrogène est compatible avec la testostérone et n'affecte pas son efficacité. Néanmoins, l'hypertrophie et la douleur mammaire peuvent accompagner ces méthodes contraceptives et être à l'origine de dysphorie pour les patient·es.

La pilule oestroprogestative à prendre quotidiennement possède un fort symbole féminisant et est un rappel perpétuel au genre d'assignation. L'anneau n'est pas toujours envisagé à cause de son mode de pose.

Les contraceptifs œstroprogestatifs ne sont pas théoriquement contre-indiqués chez les hommes trans, mais le risque thromboembolique doit être évalué. La testostérone peut provoquer une érythrocytose favorisant les thromboses. Il n'existe pas à ce jour de donnée sur l'utilisation d'œstroprogestatifs chez les hommes trans utilisant de la testostérone. (74)

6.2.2. Contraceptifs oraux progestatifs

Les contraceptifs oraux progestatifs (Ex : désogestrel, drospirénone) peuvent être envisagés chez les patient·es. Bien que la progestérone soit une hormone féminine au sens strict, elle n'a pas les mêmes effets ou la même portée sociale que les œstrogènes et n'est donc généralement pas redoutée en termes de dysphorie par les hommes transgenres sous contraception progestative seule. Elle est plus discrète et ne participe pas directement au développement des caractères sexuels secondaires contrairement à l'œstrogène. De plus, ces méthodes progestatives ont l'avantage de ne pas augmenter le risque thromboembolique et induisent fréquemment une aménorrhée. Néanmoins, la prise quotidienne d'une contraception peut être source de dysphorie comme mentionné précédemment.

6.2.3. Les dispositifs intra-utérins (DIU)

Un dispositif intra-utérin (DIU) au lévonorgestrel (Mirena®, Donasert®, Kyleena®, Jaydess®, ...) induit fréquemment une aménorrhée mais nécessite un examen pelvien avec mise en place de spéculum pouvant être un frein pour les patient·es. La pose du DIU peut être réalisée sous sédation ou hypnose. Il présente également l'avantage d'être actif pendant 8 ans.

Le DIU au cuivre n'induira pas d'aménorrhée, au contraire, il peut augmenter les saignements et les spottings. Il est parfois choisi par les patient·es pour être une méthode « non-hormonale ».

6.2.4. Implants contraceptifs

Les implants peuvent être une solution intéressante car ils ne nécessitent pas d'examen pelvien (Nexplanon®, étonogestrel) et peuvent être laissés en place pendant 3 ans (L'étonogestrel est le métabolite actif du désogestrel, progestatif). Les implants contraceptifs provoquent généralement une aménorrhée.

6.2.5. Injections contraceptives

Les injections contraceptives (Depo-provera®, médroxyprogesterone acétate 150 mg) trimestrielles présentent également l'avantage de provoquer une aménorrhée. Toutefois, elles sont encore peu prescrites en raison de leur mode d'administration.

6.3. Effets attendus et temporalité

La testostérone favorise le développement des caractères sexuels secondaires masculins. Un mois après le début du traitement, des changements physiques commencent à être visibles. La peau devient grasse et acnéique, les menstruations s'arrêtent, le vagin s'atrophie et le clitoris s'agrandit. Après six mois de testostérone, la masse musculaire augmente, la voix mue, la croissance des poils du visage et du corps s'accélère et les cheveux peuvent chuter. Les changements définitifs sont attendus cinq ans après le début de la prise de testostérone.

Tableau VIII : Effets masculinisants attendus chez les hommes trans (13,39)

Effet	Début	Effet maximal
Peau grasse / acné	1 – 6 mois	1 - 2 ans
Redistribution de la graisse	1 – 6 mois	2 – 5 ans
Arrêt des menstruations	1 – 6 mois	
Augmentation de la libido	1 – 6 mois	
Accroissement clitoridien	1 – 6 mois	1 – 2 ans
Atrophie et sécheresse vaginale	1 – 6 mois	1 – 2 ans
Mue de la voix	6 – 12 mois	1 – 2 ans
Croissance des poils du visage et du corps	6 – 12 mois	4 – 5 ans
Chute des cheveux	6 – 12 mois	
Augmentation de la masse musculaire	6 – 12 mois	2 – 5 ans

L'âge et le stade de développement pubertaire à l'instauration de la testostérone seront deux facteurs qui influenceront les changements corporels.

6.4. Effets indésirables

En France, six signalements d'effets indésirables ont été réalisés concernant la testostérone utilisée chez les hommes trans avant mai 2020 selon un article du centre de pharmacovigilance de Nancy. La totalité de ces signalements portaient sur des effets indésirables cardiovasculaires et thromboemboliques. Le jeune âge des personnes (40 ans ou moins) ayant subi ces effets indésirables est particulièrement marquant. (58)

Ces signalements sont sûrement bien en dessous de la réalité. Pour rappel, le pharmacien doit signaler tout effet indésirable observé chez les patient·es. Ce devoir est d'autant plus important concernant les patient·es transgenres. L'utilisation des hormones est à ce jour peu étudiée et certains effets indésirables mal documentés. Tous les professionnels de santé devraient participer à ces déclarations afin d'augmenter les connaissances de ces traitements à court, moyen et long terme. Le pharmacien pourra également insister sur la possibilité des patient·es à déclarer eux·elles mêmes leurs effets indésirables via le portail de signalement du gouvernement. Ce dispositif est souvent mal connu des patient·es.

6.4.1. Erythrocytose

L'érythrocytose correspond à une augmentation du nombre de globules rouges se traduisant par une augmentation de l'hématocrite et de l'hémoglobine. La Société d'Endocrinologie déclare un risque d'érythrocytose avec un hématocrite supérieur à 50% chez les personnes utilisatrices de testostérone. (39)

Pour rappel, les normes de l'hématocrite varient en fonction du sexe assigné à la naissance. 42 à 54% chez les personnes assignées homme à la naissance et 37 à 47% chez les personnes assignées femme à la naissance.

Le seuil de surveillance de 50% est choisi parce que la testostérone induit une augmentation rapide de l'hématocrite, qui peut devenir risquée même au sein des valeurs de référence masculine. Les recommandations visent à prévenir toute complication, indépendamment des normes biologiques du sexe assigné à la naissance.

Une étude de cohorte du ENIGI (European Network for the Investigation of Gender Incongruence) menée sur 192 hommes trans décrit une élévation de l'hématocrite allant jusqu'à 54%. 11,5% des patient·es sont concernés par une hématocrite supérieure à 50%. Lors de cette étude, aucun événement thromboembolique n'a été notifié dans l'ensemble de la cohorte. Les personnes utilisant la testostérone undécanoate semblent présenter des taux d'érythrocytose plus faibles que ceux sous esters de testostérone ou gel. L'augmentation de l'hématocrite est davantage marquée lors de la première année de traitement et particulièrement lors des 3 premiers mois. (75)

Une seconde étude souligne qu'une érythrocytose est toujours possible, même des années après le début du traitement, ce qui implique une surveillance régulière de la NFS. Les patient·es fumeurs ou avec un IMC supérieur à 25 semblent avoir un risque majoré d'érythrocytose. Cette étude rapporte également que 11% des patient·es présentent une hématocrite supérieure à 50%. (76)

6.4.2. Impact métabolique

Chez les hommes trans, la prise de testostérone modifie le profil lipidique : le taux de HDL diminue tandis que les taux de triglycérides et de LDL augmentent. Une méta-analyse a mis en évidence ces variations. Théoriquement, ces modifications pourraient accroître le risque cardiovasculaire.(77)

6.4.3. Risque cardiovasculaire

Une étude de cohorte a pu révéler une augmentation du risque d'infarctus du myocarde chez les hommes trans par rapport aux femmes cis. Le taux d'infarctus observé chez les hommes trans était 3,69 fois supérieur à celui attendu sur la base des taux chez les femmes cisgenres du même âge (IC 95% : 1,94–6,42). Ce risque n'est pas significativement augmenté par rapport au groupe des hommes cis. Aucune augmentation des risques n'est démontrée concernant les accidents vasculaires cérébraux ou les thromboses veineuses profondes. En revanche, ces données sont à prendre avec précaution puisqu'aucun ajustement n'a été effectué concernant le tabagisme, l'alimentation ou le stress. (78). Cette étude suggère donc un alignement du risque vers la norme masculine. Cela indique que sous testostérone, le profil cardiovasculaire des hommes trans ressemble plus à celui des hommes cis.

Une autre étude provenant de ENIGI, s'est appuyé sur « Framingham 30-Year Cardiovascular Disease Risk Score », un algorithme prédicteur de maladies cardiovasculaires pour étudier les risques cardiovasculaires chez les hommes trans. Elle souligne qu'après 2 ans de traitement, le risque estimé d'événements cardiovasculaires majeurs a augmenté de 0,68% chez les hommes trans (IC 95% : 0,21–1,16).(79)

6.4.4. Cancer du sein et utérin

Chez les hommes trans le risque de développer un cancer du sein est 80% plus faible que chez les femmes cisgenres selon une étude de cohorte réalisée aux Pays-Bas (SIR =0,2 (IC 95% : 0,1 à 0,5)). En revanche, lorsqu'on compare les hommes trans aux hommes cisgenres, le risque est nettement plus élevé, ce qui s'explique

principalement par le fait que le cancer du sein est extrêmement rare chez les hommes cisgenres (SIR = 58,9 (IC 95% : 18,7 à 142,2)). (80)

Cette étude présente certaines limites. Elle ne précise pas le statut chirurgical des hommes trans (avec ou sans mastectomie), ce qui rend les résultats difficilement interprétables. Il serait ainsi pertinent de comparer les hommes trans ayant subi une mastectomie aux hommes cis, et ceux ayant conservé leur tissu mammaire aux femmes cis, afin d'évaluer plus précisément l'impact de la testostérone sur le risque de cancer du sein.

Pour autant le risque n'est pas nul, il conviendra d'éduquer le·la patient·e à l'autopalpation, y compris chez les patient·es mastectomisé·es où des cas ont été rapportés.(40)

Les ovaires présentent régulièrement un aspect polykystiques observables par échographie. Le risque de cancer ovarien ne semble pas être augmenté chez les hommes trans sous testostérone, la littérature rapportant très peu de cas de malignité ovarienne.

Il n'existe pas de preuve d'un sur-risque de cancer utérin lié à la testostérone, mais toute métrorragie doit être explorée, et un suivi morphologique régulier est recommandé chez ceux qui n'ont pas eu d'hystérectomie.

Concernant le cancer du col de l'utérus, les hommes trans sont tout autant exposés que les femmes cisgenres, et ce, indépendamment de l'orientation sexuelle. La proportion de cancer du col chez les hommes trans est probablement similaire à celle des femmes cis. De ce fait, un dépistage par frottis doit être réalisé chez tous les hommes trans ayant conservés leur utérus. L'adhésion à ce dépistage est moindre dans cette population ce qui entraîne des diagnostics tardifs. (81)

Un suivi gynécologique régulier reste indispensable pour les hommes trans ayant conservé leurs ovaires et leur utérus. Il sera primordial de leur parler du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus à partir de 25 ans.

6.4.5. Alopécie androgénique

Une alopécie androgénique peut survenir après l'initiation de la testostérone. Dans ce cas, si la personne souhaite remédier à cet effet, il faudra envisager de diminuer la posologie de la testostérone. Dans certains cas, les inhibiteurs de la 5 alpha réductase peuvent être prescrits, mais ils ne sont pas recommandés systématiquement. (13)

6.5. Suivi clinique et biologique

La prise de testostérone impose un suivi régulier et rigoureux afin de prévenir tout effet indésirable et de s'assurer que des signes de masculinisation apparaissent. La première année, le·la patient·e doit consulter tous les 3 mois puis 1 à 2 fois par an.

La testostérone sérique doit être mesurée tous les 3 mois jusqu'à ce que les taux soient similaires à ceux des hommes cis.

- Pour les patient·es traité·es par injection de testostérone énanthate (Androtardyl ®), la testostéronémie doit être mesurée entre 2 injections. La cible à atteindre est comprise entre 400 et 700 ng/dL.
- Pour les patient·es traité·es par injection d'undécanoate de testostérone (Nebido ®) la testostéronémie doit être mesurée juste avant l'injection suivante. Si le taux est inférieur à 400 ng/dL, la dose doit être ajustée.
- Pour les patient·es traité·es par testostérone transdermique, la testostéronémie peut être mesurée au plus tôt après 1 semaine d'application quotidienne (au moins 2h après l'application).

L'hématocrite et l'hémoglobine doivent être mesurées tous les trois mois la première année puis une à deux fois par an. Le poids, la pression artérielle et les lipides doivent être contrôlés à intervalles réguliers.

Le dépistage de l'ostéoporose doit être effectué chez celles·ceux qui arrêtent le traitement de testostérone (même épisodiquement), qui ne sont pas observant·es ou celles·ceux qui présentent des risques de perte osseuse.

Si le tissu cervical utérin est présent, la surveillance doit être poursuivie. Des examens annuels du sein sous et périareolaire doivent être effectués si le·la patient·e a réalisé une mastectomie. Si la mastectomie n'a pas été effectuée, il est recommandé de faire des mammographies.(39)

Il conviendra d'être vigilant·e concernant les signes de surdosage et de sousdosage. La rétention d'eau, les fourmillements dans les mains ou les pieds ainsi que les douleurs articulaires ou musculaires sont des symptômes fréquents de surdosage. On peut aussi observer une sensation de nervosité ou une agitation excessive. En revanche, une fatigue intense et des bouffées de chaleur, notamment en fin de cycle, peuvent indiquer un sous-dosage.

6.6. Cadre de prescription

La testostérone est utilisée hors AMM dans le cadre de transition de genre. À ce jour, sa prescription initiale est réservée aux médecins spécialistes suivants : (82)

- En andrologie - médecine et biologie de la reproduction
- En endocrinologie-diabétologie-nutrition
- En gynécologie
- En urologie

En revanche, l'ordonnance de renouvellement peut être prescrite par tous les médecins quelle que soit leur spécialité.

Les dernières recommandations de l'HAS de 2025 préconisent explicitement que les médecins généralistes puissent réaliser la primo-prescription de testostérone, à condition d'être formés. Ceci permettrait un meilleur accès aux soins tout en limitant l'automédication des patient·es. Une adaptation de la réglementation offrirait

aussi un cadre sécurisé aux pratiques déjà exercées par certain·es médecins généralistes, tout en garantissant une dispensation appropriée des traitements par les pharmacien·nes. (13)

La prise en charge par la sécurité sociale est précisée dans la partie [cadre légal et prescription hors AMM](#).

7. Chirurgie d'affirmation de genre

Pour plusieurs personnes transgenres, les chirurgies d'affirmation de genre constituent une étape importante de leur parcours de transition. Pour d'autres, la chirurgie ne sera pas nécessaire pour s'affirmer dans le genre souhaité. Encore une fois, chaque parcours est unique et appartient au libre arbitre de la personne concernée. Trois types de chirurgies sont retrouvés : les chirurgies faciales, thoraciques et génitales.

Nous détaillerons brièvement les différentes chirurgies possibles pour les femmes trans puis pour les hommes trans.

7.1. Chirurgie d'affirmation de genre chez les femmes trans

7.1.1. Chirurgies faciales

Certaines chirurgies faciales peuvent être proposées afin d'adoucir et d'harmoniser les traits du visage, en les rapprochant des caractéristiques généralement associées à un visage féminin. La structure osseuse du visage peut être modifiée en remodelant le front et les arcades sourcilières (cranioplastie). Cette chirurgie osseuse peut être complétée par un abaissement de la ligne d'implantation capillaire pour réduire la hauteur du front. Pour affiner la partie centrale et inférieure du visage, on peut intervenir sur le maxillaire supérieur, la mâchoire et le menton (génioplastie de réduction latérale), afin de rendre ces zones plus fines et moins anguleuses. L'aspect des pommettes peut être modifié par des implants ou des injections de graisse et la forme du nez peut être féminisée par une rhinoplastie adaptée. D'autres gestes peuvent être pratiqués, comme la réduction de la pomme d'Adam (chondrolaryngoplastie), la modification du regard (canthopexie latérale), l'augmentation du volume et la redéfinition des lèvres (lip lift, injections).(83)

7.1.2. Chirurgie thoracique

L'augmentation mammaire avec la pose d'implants est réalisable lorsque la prise hormonale ne parvient pas à satisfaire le développement de la poitrine de la·le patient·e. L'intervention ne pourra avoir lieu que deux ans après le début du traitement hormonal puisque le développement mammaire se poursuit progressivement pendant les premières années.

7.1.3. Chirurgie génitale

La vaginoplastie par inversion pénienne (La peau du pénis est inversée pour tapisser le néo-vagin) est considérée comme la technique de référence. Cette chirurgie comprend le raccourcissement de l'urètre, la création d'un néo-clitoris en réduisant les corps caverneux et le gland du pénis (clitoroplastie), la formation des lèvres (labiaplastie), l'ablation du pénis (pénectomie) et des testicules (orchidectomie).

Les complications post-opératoires sont fréquentes mais mineures et bien prises en charge. Le taux de satisfaction des patient·es après cette chirurgie est élevé tant sur le plan esthétique (90%) et fonctionnel urinaire ou sexuel

(80%). Des complications majeures comme des fistules recto-néovaginales ou uréto-vaginales ou des sténoses vaginales peuvent survenir mais restent relativement rares (<5%). Par conséquent, des dilatations vaginales pluriquotidiennes sont recommandées dans le premiers mois post opératoires et de façon hebdomadaire. (84) Par ailleurs, un suivi au long cours est nécessaire concernant le dépistage du cancer de la prostate (qui est laissé lors de l'intervention) et les prolapsus génitaux. (85)

Une autre intervention possible est la vulvoplastie. Elle ne comprend pas de création de néo-vagin contrairement à la vaginoplastie. Cette intervention représente une minorité des chirurgies réalisées.

7.1.4. Autres interventions

Les traitements hormonaux n'ont aucun effet sur la voix des femmes trans. Si la·le patient·e souhaite rendre sa voix plus aiguë, il est conseillé de faire appel à un·e orthophoniste dans un premier temps. Si cela n'est pas suffisant, il existe des interventions chirurgicales qui visent à modifier les cordes vocales.

Pour diminuer la pilosité faciale et corporelle, des méthodes d'épilation au laser ou par électrolyse sont pratiquées et peuvent bénéficier d'un remboursement par l'Assurance Maladie.

7.2. Chirurgie d'affirmation de genre chez les hommes trans

7.2.1. Chirurgies faciales

Les principales interventions faciales incluent différentes chirurgies. La frontaloplastie (ou cranioplastie frontale), qui permet de projeter le front et les arcades sourcilières à l'aide d'implants personnalisés, donnant un aspect plus anguleux et marqué du tiers supérieur du visage. La rhinoplastie, visant à élargir le nez. Le remodelage du milieu du visage, par l'ablation des boules de Bichat (graisse buccale) et l'augmentation modérée des pommettes, afin de creuser les joues. L'augmentation mandibulaire, qui renforce la mâchoire inférieure grâce à des implants sur mesure au niveau du menton et des angles mandibulaires. L'augmentation du cartilage thyroïdien, enfin, permet de créer une pomme d'Adam visible grâce à une greffe de cartilage (souvent costal). (83)

7.2.2. Chirurgie thoracique

Une chirurgie thoracique est envisageable chez les hommes trans qui le souhaitent. La mastectomie consiste en l'ablation mammaire, puis au remodelage du torse via le repositionnement des aréoles et des mamelons.

7.2.3. Chirurgies génitales

Différentes chirurgies génitales peuvent être suggérées. Ces étapes ne sont pas exclusives. Il est par exemple possible de reconstruire les organes génitaux externes sans nécessairement procéder à l'ablation des organes génitaux internes.

L'ablation des organes génitaux internes est pratiquée via les interventions suivantes : hystérectomie (retrait de l'utérus), salpingiectomie (retrait des trompes) et ovariectomie (retrait des ovaires).

En complément, une phalloplastie peut être considérée. Cela consiste en la création d'un pénis à partir d'un lambeau de peau (souvent l'avant-bras, la cuisse ou l'abdomen). Le clitoris est enfoui à la base du néo-phallus

pour préserver la sensibilité. Cette technique permet d'obtenir un pénis de taille adulte, avec possibilité d'implanter une prothèse érectile et de reconstruire un urètre pour uriner debout. Elle nécessite plusieurs opérations et comporte des risques de complications (fistules, sténoses urétrales, nécrose partielle, etc.). La reconstruction urétrale est source de nombreuses complications.

En alternative, la métaïdoïoplastie est parfois proposée. C'est la transformation du clitoris (hypertrophié par la testostérone) en micro-pénis. Elle peut être accompagnée d'une reconstruction urétrale, combinant une greffe de muqueuse vaginale ou buccale et l'utilisation de lambeaux locaux issus des petites ou des grandes lèvres. Cette technique est moins lourde, permet souvent d'uriner debout, préserve les sensations érogènes et évite la morbidité de site donneur. Elle présente moins de complications que la phalloplastie. Néanmoins, le pénis reste de petite taille et la pénétration sexuelle n'est généralement pas possible.

À cela s'ajoutent la création d'un scrotum avec pose possible d'implants testiculaires (scrotoplastie) et la création d'un gland pour un aspect plus réaliste (glanuloplastie). (86)

8. Spécificité des mineurs transgenres

Il semble important d'apporter quelques précisions concernant la transition de genre des mineurs. En juillet 2025, lorsque la HAS a publié les recommandations de bonnes pratiques vis-à-vis de la transidentité, elle s'est uniquement concentrée sur la prise en charge de l'adulte. Elle a annoncé qu' « en l'absence de données suffisamment robustes et de consensus, la HAS fait le choix d'aborder séparément la question des moins de 18 ans. Après avoir défini le cadrage du sujet, elle démarrera l'élaboration des recommandations relatives aux mineurs début 2026. » (87)

En 2024, la Société française d'endocrinologie et diabétologie pédiatrique avait publié le premier consensus national sur le sujet. Ce rapport explique qu'il est important de reconnaître et soutenir l'identité de genre des jeunes trans dans un premier temps.

Avant chaque décision thérapeutique, un accompagnement pluriprofessionnel est conseillé (réunion de concertation pluriprofessionnelle).

Chez les mineurs, des bloqueurs de puberté peuvent être prescrits (Analogues de GnRH). Elle est conditionnée par « L'existence et la persistance d'une incongruence de genre au sens de la CIM-11 associée à une souffrance exprimée par le jeune en lien avec l'apparition ou le développement des caractères sexuels secondaires ». La puberté doit être débutée (stade de Tanner 2 au minimum) pour initier cette thérapeutique. Cela permet aux adolescents de faire murir leur réflexion tout en freinant le développement des caractères sexuels pouvant provoquer un mal être.

Pour les hormones sexuelles, les experts indiquent qu'elles peuvent être prescrites dans certains cas chez les mineurs. « Les recommandations internationales les plus récentes préconise que l'HAG (Hormonothérapie d'affirmation de genre) soit introduite chez les adolescents trans chez qui l'incongruence de genre a été confirmée

selon les critères de la CIM-11 et qui présentent un degré de maturité émotionnelle et cognitive suffisant pour consentir de façon éclairée au traitement. Ainsi, il n'est plus recommandé de critère d'âge strict. L'ancienneté de l'incongruence de genre et du suivi médical, la persistance de la demande de transition, le degré de souffrance psychologique ainsi que la maturité du jeune sont des éléments qui seront pris en compte dans la décision du moment optimal d'introduction du traitement. » (88)

9. La détransition, mythe ou réalité ?

La détransition correspond à l'arrêt temporaire ou définitif d'une transition de genre. Bien que le sujet soit souvent évoqué lorsqu'il est question des transidentités, il reste relativement rare. Une étude de cohorte américaine réalisée auprès de 1050 adolescent·es transgenres montre que 4% d'entre elles·eux ont arrêté leur transition. Parmi elles·eux, seul 0,5% ont décidé d'arrêter en raison d'une réidentification au genre associé à leur sexe assigné à la naissance. (89) Une autre étude américaine portant sur 27 715 adultes transgenres révèle que 8% des répondant·es ont fait une détransition dont 62% de façon temporaire. Les principales raisons citées sont la pression familiale et sociale, la discrimination à leur encontre et la précarité de l'emploi. (90) Une méta-analyse regroupant 27 études évalue le taux de regrets à la suite des chirurgies d'affirmation de genre à environ 1%. (91)

La HAS exprime à la fois un manque de consensus et un manque d'études robustes sur la question. En revanche, elle appelle à la vigilance des professionnel·les de santé lors des demandes de détransition. Ces situations nécessitent un dépistage des violences qui pourraient avoir eu lieu. Elle précise que les personnes peuvent être confrontées à « des situations de vulnérabilité ou d'exclusion sociale, des pressions de l'entourage ou un manque d'information médicale ». (13)

Chapitre III : Accompagnement par les pharmaciens·nes d'officine

Après avoir présenté les différents parcours de transition, qu'ils soient sociaux, hormonaux et/ou chirurgicaux, nous allons maintenant nous concentrer sur le rôle spécifique du pharmacien à l'officine. Nous verrons d'abord comment il peut accueillir les patient·es, puis nous aborderons le cadre légal encadrant la dispensation de ces prescriptions ainsi que les conseils qui peuvent y être associés. Nous montrerons ensuite en quoi le pharmacien occupe un rôle clé en matière de prévention, avant d'évoquer quelques situations concrètes pouvant survenir à l'officine avec les personnes transgenres.

1. Accueil approprié sans attitude discriminante

La principale difficulté rencontrée dans l'accueil des personnes trans en pharmacie provient de l'usage d'un genre inappropriate pour s'adresser à elles. Les formules telles que « Bonjour Monsieur » ou « Bonjour Madame », très répandues dans la profession et profondément ancrées dans les habitudes, peuvent devenir maladroites lorsqu'on ne connaît pas le·la patient·e. Une alternative simple consiste à privilégier un « Bonjour » neutre, sans ajouter de titre, et à adopter cette pratique pour l'ensemble des patient·es. Penser l'accueil des personnes trans, c'est donc avant tout repenser l'accueil de toutes et tous à l'officine.

Après ce premier contact, vient le moment où le·la patient·e présente son ordonnance et sa carte Vitale. C'est alors que de nouvelles maladresses peuvent apparaître.

D'une part, le·la pharmacien·ne peut constater une discordance entre le prénom figurant sur l'ordonnance et celui inscrit sur la carte Vitale. D'autre part, le premier chiffre du numéro de sécurité sociale peut ne pas correspondre au genre indiqué sur l'ordonnance. Enfin, certains traitements liés à la transition de genre peuvent interroger le·la professionnel·le de santé si elle n'est pas formé·e aux transidentités ; par exemple, la prescription de testostérone peut sembler incohérente pour une personne dont le numéro de sécurité sociale commence par « 2 ».

Un·e pharmacien·ne sensibilisé·e aux transidentités saura reconnaître rapidement ce type de situation. La bonne pratique consiste à demander le prénom d'usage et les pronoms du·de la patient·e, puis à les noter dans le dossier afin que l'ensemble de l'équipe en soit informé. Il est également possible d'en discuter brièvement de vive voix avec l'équipe afin de s'assurer que chacun·e comprenne la situation et soit en mesure d'accompagner le·la patient·e.

Une pratique pour assurer la discréetion pourrait consister à demander à la personne d'indiquer par écrit son prénom d'usage et prénom utilisé. Il est toutefois essentiel de recueillir son consentement avant de faire apparaître ce prénom et prénom dans le dossier, car cela revient à révéler son identité et peut potentiellement l'exposer à une situation d'insécurité.

Ces échanges doivent se dérouler dans la plus grande discréetion, malgré les contraintes liées au manque de confidentialité fréquent en officine. Soumise au secret professionnel, la transidentité du·de la patient·e ne doit en aucun cas être divulguée. Une écoute active et bienveillante contribue à instaurer un climat de confiance. Toutes les questions intrusives qui ne sont pas nécessaires à la prise en charge du·de la patient·e doivent être proscrites. En particulier, il est essentiel de ne pas aborder les chirurgies génitales lorsqu'elles ne sont pas en lien direct avec l'ordonnance. Le respect de l'intimité et de la dignité des patient·es doit rester une priorité. Plus que tout, le·la pharmacien·ne devra rester dans la neutralité, quelles que soient ses convictions personnelles et ne pas exprimer de jugement.

Des erreurs peuvent survenir, par exemple l'usage d'un mauvais prénom ou d'un mauvais genre. L'essentiel est alors de présenter ses excuses et de reformuler correctement. Dans la pratique, certaines personnes peuvent se poser de nombreuses questions, mais il s'agit avant tout d'agir naturellement pour assurer un accueil respectueux et approprié.

2. Cadre légal et prescription hors AMM

La dispensation hors AMM est bien légale et reste sous la responsabilité des pharmaciens·nes et des prescripteur·rices. L'Ordre des pharmaciens rappelle qu' « *un médicament ne peut faire l'objet d'une prescription non conforme à son autorisation de mise sur le marché qu'en l'absence d'alternative médicamenteuse appropriée disposant d'une autorisation de mise sur le marché et sous réserve que le prescripteur juge indispensable, au regard des connaissances médicales avérées, le recours à ce médicament pour améliorer ou stabiliser l'état clinique de son patient* » . Comme pour toute dispensation, la responsabilité civile, pénale et disciplinaire est engagée. C'est pour cela que le CNOP attire l'attention sur ces dispensions :

« *Une prescription hors AMM présente un risque accru qui implique de la part du pharmacien une vigilance renforcée lors de son analyse pharmaceutique. Ces demandes doivent être analysées au cas par cas et un contact avec le prescripteur est fortement conseillé. Si l'intérêt de la santé du patient lui paraît l'exiger, le pharmacien doit refuser la dispensation tout en informant immédiatement le prescripteur de son refus et en le mentionnant sur l'ordonnance* ». (92) Il est donc primordial pour les pharmaciens·nes de connaître les parcours hormonaux des patiente·s pour analyser au mieux les ordonnances.

A noter que les prescriptions hors AMM sont loin d'être rares. On estime à 20% le taux des prescriptions hors AMM sur l'ensemble des prescriptions. (93)

En théorie, une prescription hors AMM ne permet pas le remboursement des traitements.

Cependant, dans la pratique, la situation est différente. Selon le rapport de l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) de 2012, il n'existe « pas actuellement de grandes difficultés de remboursement de l'hormonothérapie prescrite aux personnes trans ». Ceci s'explique par une tolérance des CPAM et à l'absence de confrontation entre les traitements et le numéro de Sécurité Sociale lors des contrôles. (94)

De même, le rapport sur la santé et les parcours de soins des personnes trans publié en 2022 par le ministère des Solidarités et de la Santé précise que la prescription hors AMM « induit théoriquement un non-remboursement ; dans les faits, les traitements sont remboursés dans le cadre de l'ALD. » (95)

Les personnes en transition de genre peuvent bénéficier de l'ALD 31 dite « hors liste » permettant une prise en charge à 100% des soins liés à la transidentité.

3. Conseils pharmaceutiques associés

Les conseils associés sont primordiaux lors de la première dispensation afin d'assurer la bonne compréhension du traitement. Lors des délivrances suivantes, il s'agit surtout de vérifier que la personne maîtrise son traitement, de s'assurer d'un suivi médical régulier et de l'absence d'effets indésirables, ainsi que de répondre à ses éventuelles questions. Cette approche évite une posture paternaliste et reconnaît l'expertise des patient·es.

Une composante essentielle de la dispensation des traitements, à ne pas négliger, est le conseil pharmaceutique. Chaque traitement présente des particularités qu'il convient d'expliquer. Le·la pharmacien·ne précisera la posologie ainsi que la conduite à tenir en cas d'oubli de dose. Il rappellera également les modalités d'application des gels et dispositifs transdermiques. Pour les injections, il veillera à fournir le matériel adapté, en insistant sur l'utilisation unique du matériel et sur la remise d'une boîte DASTRI pour l'élimination sécurisée des déchets. Le recours à un·e infirmier·e pourra aussi être proposé pour réaliser les injections.

Le·la pharmacien·ne abordera ensuite les effets attendus des traitements et les délais associés. Il est essentiel de préciser que les effets peuvent mettre du temps à se manifester pleinement, et qu'il est nécessaire de poursuivre le traitement avec patience et régularité. Il détaillera également les signes de sous et surdosage en hormones. Il préviendra le·la patient·e des effets indésirables fréquemment retrouvés.

Dans le suivi quotidien des patient·es, le·la pharmacien·ne s'assurera également de la surveillance iatrogène et pourra interroger le·la patient·e sur son suivi médical régulier, notamment en ce qui concerne les analyses biologiques nécessaires.

4. Un rôle de prévention essentiel

Les pharmacien·nes jouent un rôle essentiel en matière de prévention, grâce à leur accessibilité et à leur présence sur l'ensemble du territoire. Ils disposent pour cela d'un outil précieux : le bilan prévention, pris en charge par l'Assurance Maladie et rémunéré 30 €. Ce rendez-vous permet d'aborder différentes thématiques de santé adaptées aux besoins du·de la patient·e.

Ce bilan peut notamment être l'occasion de :

- Renforcer le dépistage des troubles de santé mentale, particulièrement fréquents chez les personnes trans en raison des oppressions vécues. Le·la pharmacien·ne peut alors orienter le·la patient·e vers une prise en charge adaptée si nécessaire.
- Aborder la santé sexuelle si le·la patient·e le souhaite. (Contraception, IST)
- Vérifier la couverture vaccinale et proposer les rappels nécessaires.
- Échanger sur les habitudes de vie : activité physique, alimentation, consommation d'alcool, tabac ou drogues.
- À partir de 25 ans, parler du dépistage du cancer du col de l'utérus et à partir de 50 ans, rappeler l'importance du dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal.

5. Des situations possibles à l'officine

Plusieurs situations peuvent se présenter à l'officine lors de la dispensation auprès de personnes transgenres. Il est important de les connaître afin de rester à l'aise et de savoir y répondre de manière appropriée. Par exemple, un TROD cystite, avec prescription d'antibiotique en cas de test positif, peut être réalisé chez un homme transgenre ayant conservé son appareil génital de naissance ; la procédure et les critères d'exclusion restent identiques.

Dans le même ordre d'idées, des traitements gynécologiques, tels que des ovules d'éconazole, peuvent être demandés par des hommes transgenres. Le·la pharmacien·ne peut également être confronté·e à une demande de contraception d'urgence pour un homme transgenre.

Enfin, une femme transgenre peut se voir prescrire un inhibiteur de PDE-5 (ex : sildénafil) ou des médicaments contre l'hypertrophie bénigne de la prostate (ex : tamsulosine).

6. Orientation vers des personnes qualifiées en Pays de la Loire

Il peut être pertinent, dans un premier temps, d'orienter les personnes qui le souhaitent vers les associations LGBT+ locales. Celles-ci offrent des réponses aux questions parfois nombreuses des personnes commençant leur transition. Elles proposent également des témoignages qui peuvent être précieux, et certaines organisent des groupes de parole. Il est également conseillé d'orienter les proches vers ces associations, notamment en cas d'incompréhension ou lorsqu'ils ressentent le besoin d'être accompagnés. Concernant les Pays de la Loire, voici les principales associations :

Dans le Maine-et-Loire, l'association Quazar à Angers propose des rendez-vous individuels ou familiaux pour aider les personnes trans qui le souhaitent. (14h à 19h, team-trans-inter@quazar.fr, 15 rue de Jérusalem, 49100 ANGERS, 02 41 88 87 49) (96)

En Loire-Atlantique, l'association Nosig à Nantes met à disposition des rendez-vous pour échanger avec les personnes LGBT+ qui en ressentent le besoin. Une fois par mois des moments conviviaux et des groupes de

parole sont organisés. Ils apportent une aide sur les démarches administratives et judiciaires parfois fastidieuses. Des essayages de binders sont proposés avec leur vente sur commande à prix solidaires. (trans-et-inter@nosig.fr, 02 40 37 96 37, mardi au jeudi : 14h00 - 19h00 ; vendredi : 14h00 - 18h00 ; samedi : 09h00 - 13h00, 7 Rue Magdeleine, 44200 Nantes) (97)

Homogène'72 est une association LGBT+ située au Mans, dans la Sarthe, proposant des permanences ouvertes à tous·tes les mercredis de 18h à 21h et des temps conviviaux les mardis soir sur inscriptions. Ils accompagnent les personnes trans dans leurs démarches sociales et administratives (09 51 44 66 00, 26 de l'avenue du Général-de-Gaulle, 72000 Le Mans, homogene72.asso.lgbt@gmail.com). (98)

En Mayenne, la Gom'53 est une association lavalloise qui ouvre ses portes les mardis de 18h à 21h et le dernier dimanche du mois pour un moment réservé aux personnes trans. (4 rue Marceau - 53000 LAVAL, assolagom53@gmail.com) (99)

Enfin, le centre LBGTQI+ de Vendée basé à la Roche sur Yon, propose des « RainbowCafé » le samedi matin de 10h à 12h les semaines paires et des permanences le mercredi après-midi de 14h à 18h les semaines impaires. (71 boulevard Aristide Briand, 85000, La Roche Sur Yon, centrelgbt85@gmail.com)

L'association Contact, présente dans le Maine-et-Loire, la Mayenne, la Vendée et la Loire-Atlantique, accueille également les personnes LGBT+ et leur entourage afin de faciliter le dialogue familial.

Il ne s'agit pas d'une liste exhaustive des associations LGBT+ ligériennes, mais d'une sélection des principales, dans un souci de synthèse. Elles forment un lieu sûr pour les personnes transgenres et sont d'une aide précieuse pour les pharmaciens.

L'orientation vers l'association Le Refuge est possible pour les jeunes LGBT+ (jusqu'à 25 ans) qui sont rejeté·es du foyer familial et se retrouvent sans les ressources nécessaires pour vivre. Ils mettent à disposition une ligne d'écoute (06 31 59 69 50) tous les jours entre 8h et minuit et orientent vers des hébergements d'urgence en cas de besoin. (100)

Des équipes pluridisciplinaires sont généralement disponibles afin d'accompagner les personnes transgenres dans leurs transitions au sein des centres hospitaliers universitaires comme à Nantes ou à Angers. Cependant, ces réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) sont réservées aux cas complexes et ne sont pas recommandés en première intention comme le rappelle la HAS. Il sera préférable de diriger les patient·es vers des spécialistes (endocrinologue, andrologue, gynécologue). Les médecins généralistes peuvent également initier un accompagnement médical dans le cadre d'une transition.

La transition de genre implique de nombreux changements, tant sur le plan personnel qu'au niveau du regard porté par les autres. Si cette situation entraîne une détresse psychologique, il sera important de proposer à la personne un accompagnement par un·e professionnel·le de la santé mentale.

Chapitre IV : Double enquête auprès des pharmaciens·nes et des patient·es transgenres

Après avoir présenté les différentes actions que le·la pharmacien·ne peut mener lors de la dispensation auprès des patient·es transgenres, il semblait pertinent d'examiner la réalité du terrain. Pour cela, deux enquêtes ont été menées : la première auprès des pharmaciens·nes, afin d'évaluer leurs connaissances actuelles sur le sujet et d'identifier leurs besoins ; la seconde auprès de la communauté transgenre utilisant des hormones, afin de recueillir leurs expériences et de relever leurs pistes d'amélioration.

1. Compétences et besoins des pharmaciens d'officine face à la transidentité : enquête en Pays de la Loire

1.1. Objectifs

L'objectif de cette enquête est d'évaluer le niveau de connaissance et la formation des pharmaciens·nes sur l'accompagnement des personnes transgenres dans leur parcours tout en recueillant leurs besoins sur le sujet.

1.2. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion pour pouvoir répondre au questionnaire sont les suivants :

- Être pharmacien·ne (adjoint·e ou titulaire)
- Exercer en Pays de la Loire

La diffusion du questionnaire par le Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens des Pays de la Loire a permis d'atteindre l'échantillon ciblé.

1.3. Matériels et méthodes

1.3.1. Conception du questionnaire

Une approche qualitative paraît pertinente pour mieux comprendre les possibles difficultés et appréhensions de pharmaciens·nes et leurs différentes attentes sur le sujet.

Le questionnaire est composé de 16 à 18 questions. (Cf [annexe 3](#)). Les sujets sont les suivants :

- Année d'obtention du diplôme
- Lieu d'étude et d'exercice
- Connaissance sur les transidentités
- Nombre de patient.es transgenres par officine
- Formation aux transidentités
- Attentes vis-à-vis des formations

1.3.2. Diffusion du questionnaire

Pour ce faire, le questionnaire a été réalisé via un Google Forms et transmis aux titulaires d'officines des Pays de la Loire par l'Ordre des Pharmaciens en mars 2024. Il est diffusé de mars à mai 2024.

Le format choisi pour réaliser cette enquête est le GoogleForms grâce à sa facilité d'utilisation pour le concepteur du questionnaire comme pour les personnes y répondant, ainsi que sa gratuité et sa compatibilité sur différents supports.

1.4. Exploitation des résultats

Après la clôture du questionnaire, nous avons obtenu 47 réponses.

1.4.1. Année d'obtention du diplôme

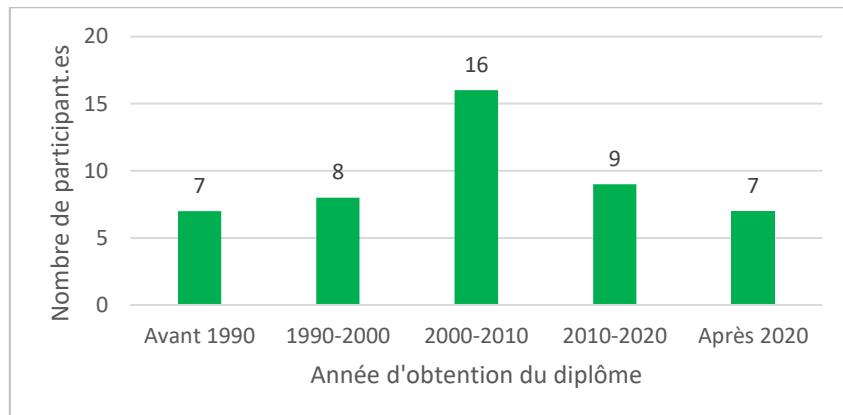


Figure 3 : Année d'obtention du diplôme des participant.es

Nous décidons de regrouper les années d'obtention du diplôme en cinq tranches. Parmi elles, la tranche 2000-2010 est surreprésentée.

1.4.2. Lieu d'étude

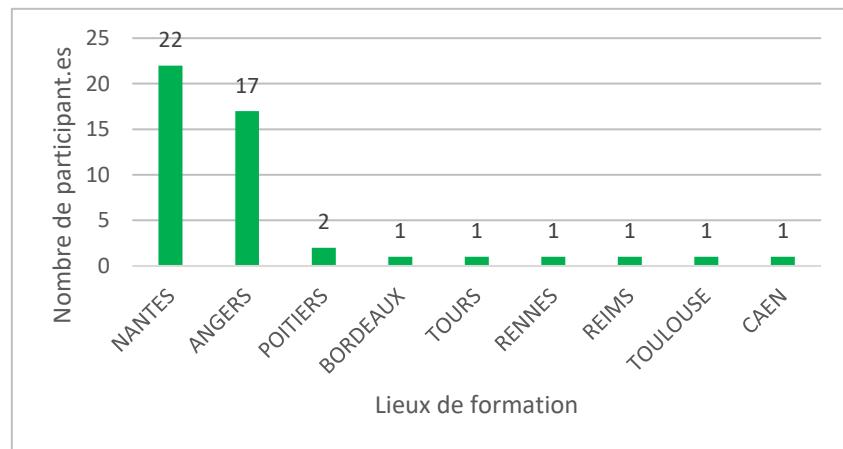


Figure 4 : Lieu d'étude des participant.es

La grande majorité des participant·es ont étudié dans la région où ils·elles exercent actuellement. 22 pharmaciens·nes ayant étudié à Nantes et 17 à Angers ont répondu à l'enquête. Ces résultats étaient attendus au vu des critères incluant uniquement les pharmaciens·nes des Pays de la Loire.

Les autres lieux d'étude cités sont Poitiers, Bordeaux, Tours, Rennes, Reims, Toulouse et Caen.

1.4.3. Lieu d'exercice

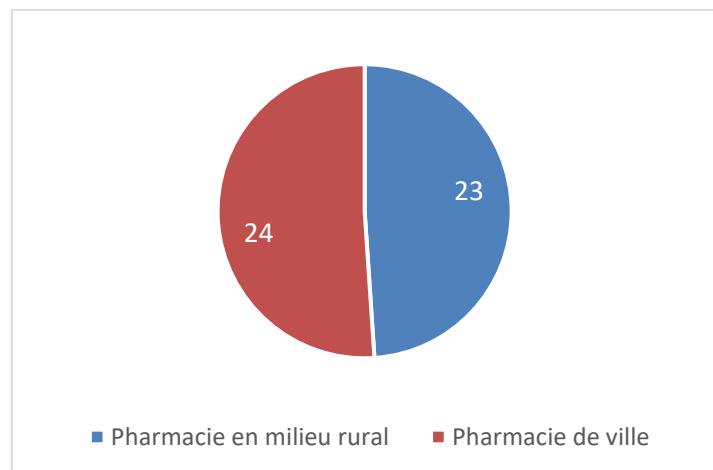


Figure 5 : Lieu d'exercice des participant.es

Nous obtenons une presque parfaite égalité avec 24 pharmaciens·nes exerçant en ville et 23 pharmaciens·nes exerçant en milieu rural.

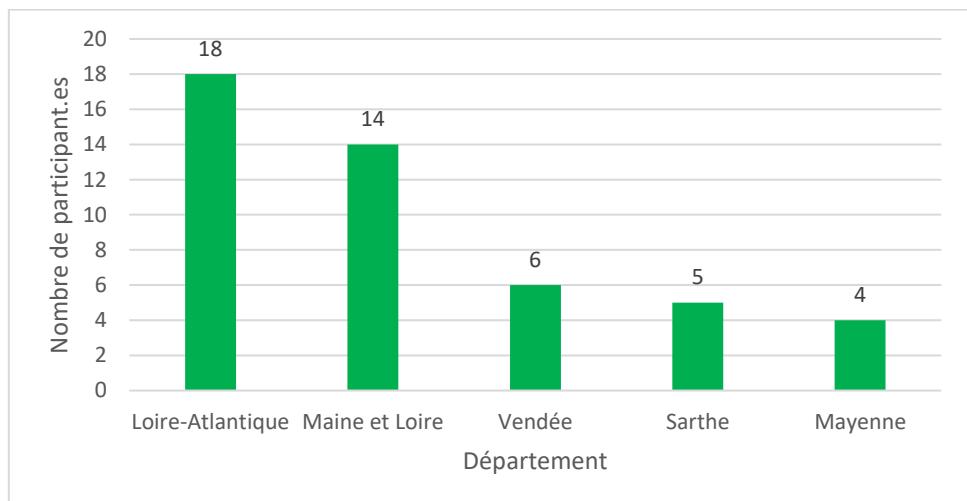


Figure 6 : Département d'exercice

Tableau IX : Comparaison du nombre de participant·es par département avec la répartition des officines dans la région

Département	Nombres de participant·es	Part en %	Part d'officines du département dans la région selon le CNOP en 2020 (101)
Loire-Atlantique	18	38%	36,6%
Maine et Loire	14	30%	21,9%
Vendée	6	13%	19,2%
Sarthe	5	11%	14,6%
Mayenne	4	9%	7,8%

Afin de déterminer la représentativité de l'échantillon, nous comparons la proportion des réponses obtenues dans le questionnaire à la proportion que représentent les officines de chaque département au sein de la région. Cet échantillon paraît représentatif de la région avec une majorité des répondant·es exerçant en Loire-Atlantique et dans le Maine-et-Loire.

1.4.4. Vocabulaires adaptés

Après avoir pris connaissance des profils des participant·es, il s'agit ensuite de déterminer si les pharmaciens·nes maîtrisent le vocabulaire employé dans la transidentité. Pour ce faire, deux questions sont posées :

« Cochez la bonne définition d'une femme transgenre :

- Femme assignée homme à la naissance
- Homme assigné femme à la naissance »

Ici la bonne réponse était : Femme assignée homme à la naissance

« Cochez la bonne définition d'un homme transgenre :

- Femme assignée homme à la naissance
- Homme assigné femme à la naissance »

A l'inverse, la bonne réponse à cette question était : Homme assigné femme à la naissance

Nous devrions obtenir le même nombre de réponse, puisque si l'on connaît une définition, par extension l'autre aussi. Étonnamment, ce n'est pas le cas. Nous pouvons supposer une erreur d'inattention ou de manipulation du questionnaire.

Ainsi, 6 personnes (12,8% des répondant·es) ont donné au moins une réponse incorrecte à ces deux questions. Ce résultat, bien que minoritaire, souligne une lacune dans la compréhension du lexique fondamental lié à la transidentité. Cela peut nuire à la qualité de l'accueil et de l'accompagnement des patient·es concerné·es. Il révèle alors un besoin de formation sur le lexique associé.

Tableau X : Définitions apportées par les participant·es aux termes « femme transgenre » et « homme transgenre »

	Femme transgenre	Homme transgenre
Femme assignée homme à la naissance	42	5
Homme assigné femme à la naissance	6	41

1.4.5. Nombre de patient·es transgenres par officine

Tableau XI : Nombre de patient.es transgenres par officine selon le lieu d'exercice

Nombre de patient.es trans dans l'officine	Pharmacie de ville	Pharmacie en zone rurale
0	6	9
1	5	8
2	5	4
3	4	0
4	0	2
5	1	0
6	1	0
7	1	0
8	1	0

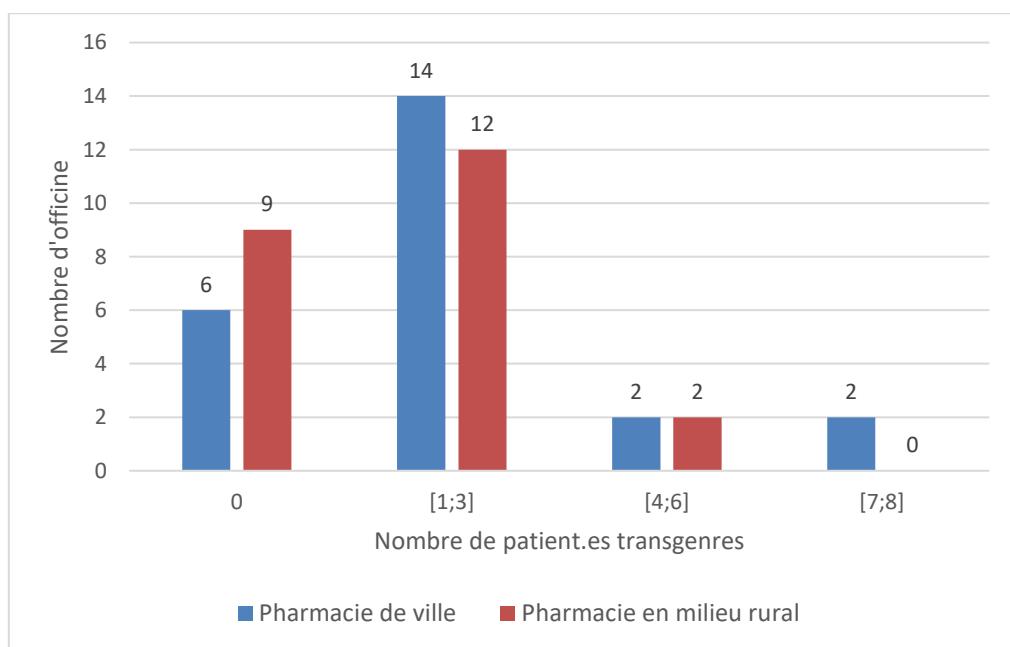


Figure 7 : Nombre de patient.es transgenres par officine en fonction du lieu d'exercice

Il paraissait intéressant de connaître le nombre de patient·es trans pris en charge par officine, afin d'évaluer l'exposition réelle des pharmaciens·nes à cette population dans leur pratique quotidienne. Les réponses obtenues varient de zéro à huit patient·es trans par officine, traduisant une hétérogénéité importante entre les structures.

On observe une prédominance de patient·es trans dans les pharmacies situées en zone urbaine, ce qui peut s'expliquer par une meilleure accessibilité aux structures de soins, une concentration plus forte de professionnel·les de santé formé·es, ou encore une présence plus visible et affirmée des personnes trans dans les environnements urbains.

Globalement, deux tiers des répondant·es déclarent suivre au moins un·e patient·e transgenre dans leur officine. Ce chiffre souligne que, même si la population trans reste minoritaire, elle est bien présente dans les officines de la région.

Il convient de souligner que les réponses relèvent du déclaratif, et que l'estimation des pharmaciens·nes repose probablement sur des critères visibles ou déclarés. Or, certain·es patient·es trans peuvent ne pas être perçus·es comme tel·les par les professionnel·les.

1.4.6. Enseignement à la transidentité

Parmi les 47 participant·es, seule 2 personnes ont reçu des enseignements sur la transidentité durant leur cursus. Ces personnes ont été diplômées à Nantes en 2022. Elles estiment que ces cours ne sont pas « suffisants et appropriés » et pensent avoir besoin d'une formation complémentaire sur la transition de genre.

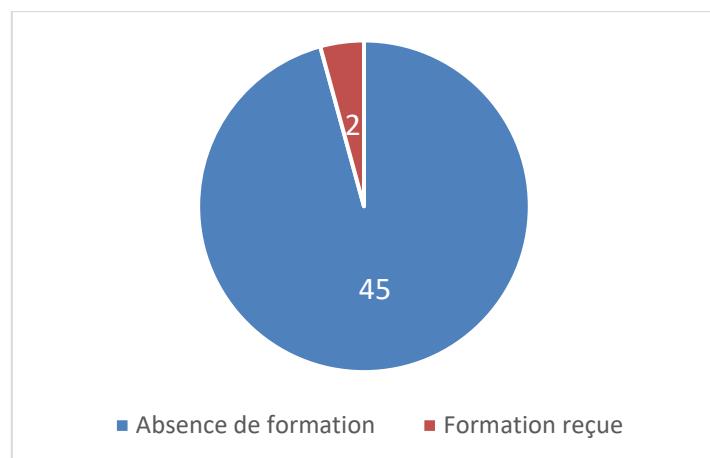


Figure 8 : Nombre de pharmaciens·nes ayant reçu une formation sur les transidentités

Concernant les 45 personnes n'ayant pas eu de formation durant leurs études, 20 déclarent avoir réalisé des recherches de leur propre initiative. Cela traduit une prise d'initiative individuelle, révélatrice d'un manque de cadre formel et structuré sur cette thématique dans les études pharmaceutiques.

Par ailleurs, 38 personnes (soit 81% des répondant·es) estiment avoir besoin d'une formation spécifique sur la transidentité, confirmant l'importance de renforcer les compétences dans ce domaine au sein de la profession.

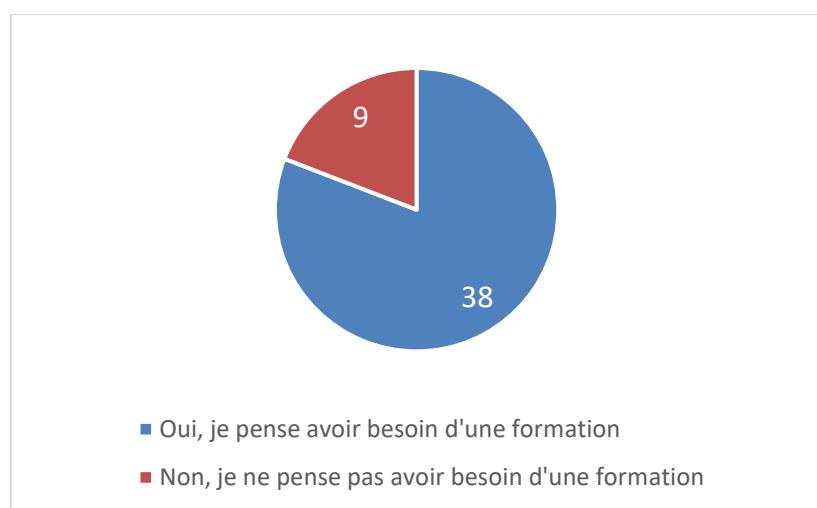


Figure 9 : Nombre de personnes souhaitant une formation aux transidentités

Deux questions du questionnaire portaient sur une auto-évaluation :

- La première mesurait la connaissance globale des transidentités
- La seconde, la capacité à prendre en charge un·e patient·e transgenre

Ces deux dimensions ont été évaluées sur une échelle de 0 à 5.

- Le niveau moyen de connaissance sur les transidentités est évalué à 2,02/5
- Celui de la prise en charge des patient·es transgenres à 2,62/5

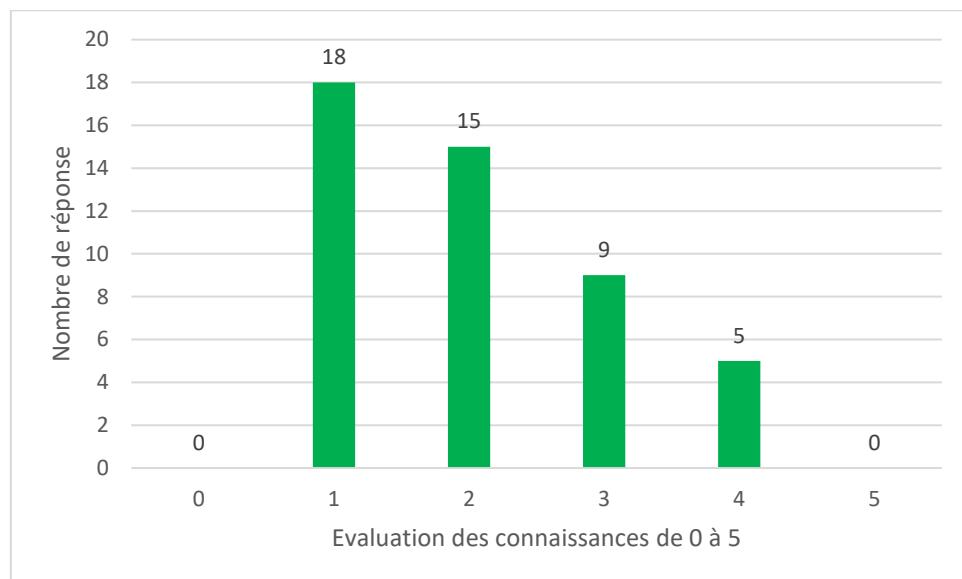


Figure 10 : Echelle d'auto-évaluation des connaissances sur la transidentité de 0 à 5

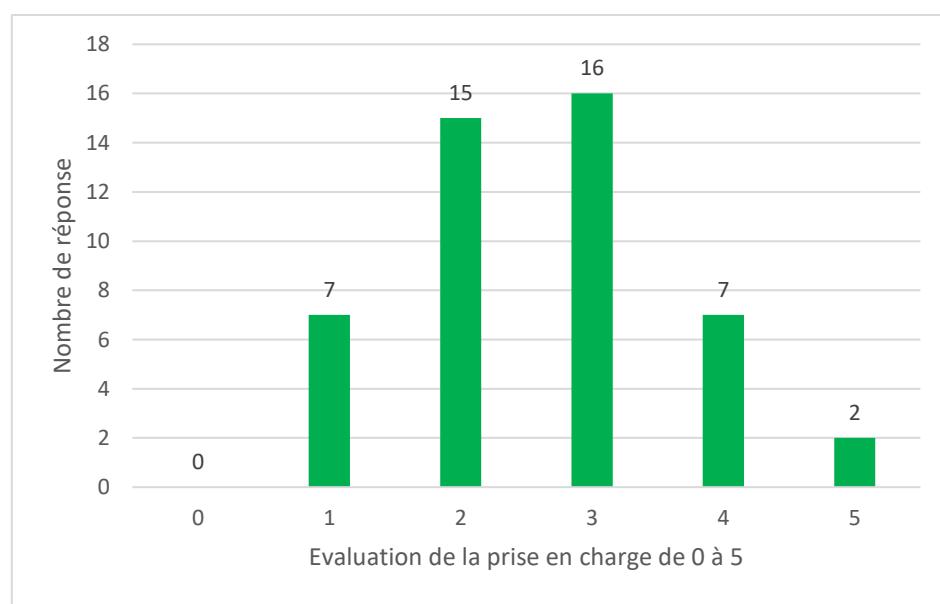


Figure 11 : Echelle d'auto-évaluation de la prise en charge des patient.es transgenres de 0 à 5

La demande de formation est donc bien présente parmi la profession, mais trop peu proposée jusqu'à présent. Une question à choix multiple permet de cibler les sujets souhaités lors d'une potentielle formation.

- Vocabulaire sur la transidentité
- Savoir accueillir de manière adaptée
- Les traitements disponibles en France
- Mécanisme des traitements hormonaux
- Effets indésirables des traitements hormonaux
- Une formation avec l'ensemble de ces points
- Autre :

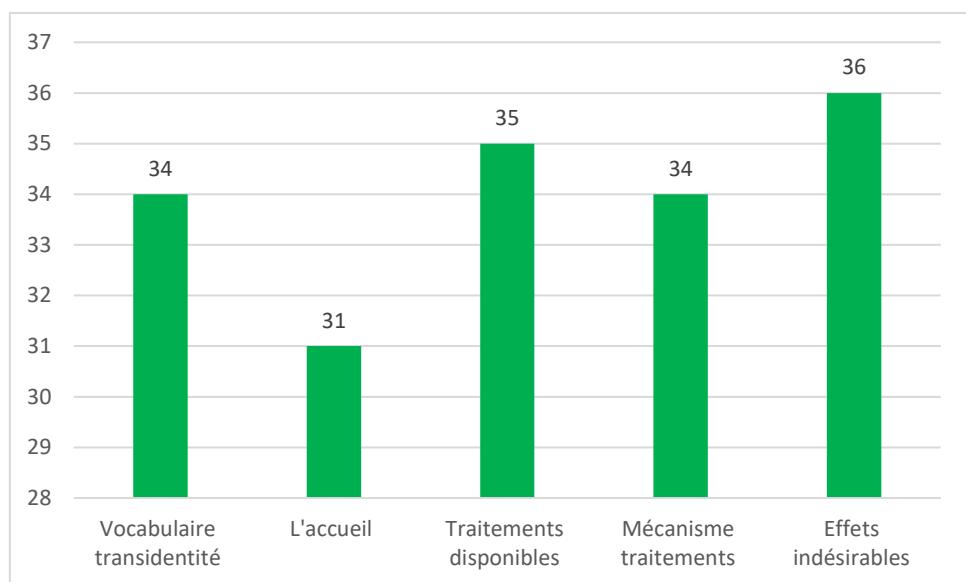


Figure 12 : Sujets à aborder en formation selon les participant.es

Certain·es répondant·es ont utilisé le champ libre pour formuler des besoins complémentaires.

Une personne a exprimé le souhait de mieux connaître la responsabilité légale du pharmacien dans le cadre des dispersions hors AMM. Un·e autre a souligné l'intérêt de comprendre davantage le parcours de soins en France et à l'international, tout en souhaitant être mieux informé·e sur les associations locales pouvant accompagner les patient·es. Des renseignements sont demandés sur le remboursement des CPAM dans le cadre de prescription hors AMM.

1.4.7. Moyens déployés à l'officine

Dans le cadre de cette enquête, nous avons souhaité identifier les moyens éventuellement mis en œuvre en officine pour accompagner les patient·es transgenres. À cet effet, une question ouverte a été posée, laissant aux répondant·es la liberté de décrire leurs pratiques ou réflexions personnelles.

Plusieurs grandes tendances se dégagent des réponses :

Pour une majorité de professionnel·les, les patient·e·s transgenres sont considérés comme « des patient·es comme les autres ». Cette réponse reflète une volonté d'égalité de traitement, mais peut aussi témoigner d'un manque d'adaptation spécifique aux besoins liés à la transidentité.

Certain·es pharmacien·nes ont indiqué avoir discuté du sujet avec leur équipe, soulignant une prise de conscience collective. Certain·es ont d'ailleurs mis en place « une formation spécifique ». Cela inclut, par exemple, la prise en compte du prénom d'usage, même si celui-ci n'a pas encore été modifié sur la carte Vitale. Ce type de démarche témoigne d'un effort d'inclusion et de respect de l'identité de genre.

Dans des contextes particuliers, comme des ruptures d'approvisionnement, des pharmacien·nes ont également mentionné avoir anticipé les besoins en mettant de côté certains traitements hormonaux, afin de garantir la continuité du parcours thérapeutique.

Ces réponses montrent des niveaux d'implication variables, allant d'une attitude égalitaire sans adaptation spécifique à des actions concrètes en lien avec les besoins des personnes transgenres.

1.4.8. Ordonnance falsifiée

Aucun·e pharmacien·ne n'a eu à faire à l'utilisation d'une fausse ordonnance de la part d'un·e patient·e trans.

1.4.9. Attentes des pharmaciens

Une réponse libre a permis de mettre en évidence les attentes des pharmacien·nes concernant l'accompagnement des patient·e·s transgenres. Une partie des répondant·es estime qu'il s'agit d'un sujet d'actualité, avec une demande croissante, justifiant la nécessité d'une formation spécifique pour les professionnel·les officinaux.

Certain·es souhaiteraient, par exemple, « établir une charte à faire signer par le·la patient·e afin de nous décharger en cas d'effet secondaire trop important ». Une telle charte n'aurait pas de valeur légale pour exonérer la responsabilité du pharmacien. De plus, sur le plan éthique, ce type de charte est problématique car contredit le rôle fondamental du pharmacien qui est d'accompagner et sécuriser la prise en charge, pas de s'en dégager. La meilleure protection reste le respect strict des obligations professionnelles (information, conseil, vigilance, traçabilité).

Des interrogations subsistent également sur la prise en charge par l'Assurance Maladie : ces traitements hormonaux bénéficieront-ils un jour d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) spécifique à l'indication de transition de genre ? Le risque d'un rejet de remboursement par la Sécurité sociale en cas de contrôle est-il réel ? Ces zones d'incertitude soulignent le besoin d'un cadre réglementaire plus clair et d'un meilleur accompagnement des professionnel·les.

1.5. Discussion

L'exploitation des réponses met en évidence un déficit global de formation des pharmacien·nes sur les questions liées à la transidentité. Très peu de professionnel·les ont été formé·es durant leur cursus initial, et même si une

partie a entrepris des démarches personnelles pour se documenter, une majorité exprime le besoin d'une formation adaptée aux pratiques officinales.

La présence régulière de patient·es transgenres dans les officines, confirme la nécessité d'un accompagnement plus structuré des équipes officinales, à la fois en termes de formation, de ressources pratiques et de clarification du cadre réglementaire.

1.6. Limites

Cette enquête présente certaines limites méthodologiques qu'il convient de souligner. Tout d'abord, la taille relativement restreinte de l'échantillon (47 réponses) peut limiter la généralisation des résultats à l'ensemble des pharmacien·nes d'officine en Pays de la Loire. Bien que la répartition géographique des répondant·es soit globalement représentative des officines de la région, il subsiste un possible biais de participation : les professionnel·les les plus sensibles ou concernés par la thématique de la transidentité pourraient avoir été davantage enclins à répondre, introduisant un biais de sélection. Par ailleurs, les données recueillies reposent sur l'auto-évaluation des connaissances et des pratiques, ce qui expose à des biais déclaratifs, notamment de désirabilité sociale.

Cette enquête aurait pu être renforcée par un pré-test du questionnaire pour en valider la clarté, ainsi que par un échantillon plus large pour améliorer la représentativité. L'ajout d'entretiens qualitatifs aurait permis d'approfondir certains résultats.

Il aurait été pertinent de demander aux participant·es quel format de formation les intéresserait ainsi que les outils dont ils·elles auraient besoin.

2. Enquête auprès de la population transgenre hormonée des Pays de la Loire : expériences et pistes d'amélioration

2.1. Objectifs

Ce sujet ne pouvait être traité sans prendre en compte l'avis et le ressenti des personnes concernées. L'objectif est de se renseigner sur le vécu des personnes transgenres autour de la dispensation de leurs hormones et de prendre en compte leurs pistes d'amélioration. Cette enquête permettra de recueillir les comportements inadaptés et d'évaluer les besoins de la population transgenre.

L'approche qualitative semble la plus appropriée pour atteindre les objectifs puisqu'elle permettra une compréhension approfondie du vécu des patient·es tout en apportant nuances et contextes. Elle permettra également de faire émerger des thèmes auxquels nous n'aurions pas pensé et de laisser libre cours à leurs propositions.

Avant de réaliser cette enquête, l'avis d'un comité d'éthique a été sollicité. Après examen du dossier, il est apparu que le projet ne soulevait aucune question éthique.

2.2. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion permettant de répondre à cette étude sont les suivants :

- Être une personne transgenre
- Être sous hormonothérapie substitutive
- Résider dans les Pays de la Loire

Nous avons décidé de limiter cette enquête aux habitants des Pays de la Loire afin de mieux croiser les données obtenues via l'enquête menée en parallèle auprès des pharmaciens des Pays de la Loire.

D'autre part, nous nous intéresserons uniquement aux personnes trans sous traitement hormonal substitutif afin de mieux connaître les habitudes associées à la dispensation de ces médicaments.

2.3. Matériels et méthodes

2.3.1. Conception du questionnaire

Le questionnaire est composé de questions à choix unique, de questions à choix multiples et de questions ouvertes. Il est constitué de 15 à 20 questions en fonction des réponses des participant·e·s. Il a été relu, travaillé et validé par 2 personnes trans permettant d'éviter toute maladresse dans nos propos et questions.

Le format choisi pour réaliser cette enquête est le Google Forms grâce à sa facilité d'utilisation pour le concepteur du questionnaire comme pour les personnes y répondant, ainsi que sa gratuité et sa compatibilité sur différents supports.

Plusieurs sujets sont abordés durant ce questionnaire :

- Genre
- Lieu de vie
- Obtention des hormones
- Fidélité aux pharmacies
- Accueil à la pharmacie
- Conseils lors de la dispensation
- Bonnes et mauvaises expériences à la pharmacie
- Confidentialité
- Remarques libres et suggestions

Afin d'obtenir un consentement éclairé des participant·e·s, les réponses au TRICON (Transgender Research Informed Consent) sont mises à disposition. Le questionnaire TRICON est créé en 2019 (et mis à jour en 2022) par *The International Transgender Health Group*. Il est couramment utilisé dans les travaux de recherche qui sollicitent la communauté trans. Il est composé de dix questions qui visent à renseigner les participant·e·s quant aux objectifs, conflits d'intérêt et financements des études auxquelles ils participent. Ce dernier a été conçu en regard des premières recherches réalisées sur la communauté trans, trop souvent « biaisée, diffamatoire, mal générée, exploitante ou non consensuelle. » (102)

Le TRICON et le questionnaire sont disponibles en [annexe 4](#).

2.3.2. Diffusion du questionnaire

Certains médecins ont aussi pu le partager à leurs patient·es (Dr Ferron, Dr Ledieu, Dr Houdebine). Il a été relayé de mai 2024 à janvier 2025. Le prospectus réalisé est disponible en [annexe 5](#).

Ce questionnaire a été partagé par des associations LGBT comme *Les Lucioles* à Angers et *NOSIG* à Nantes via leur réseau social Instagram. La publication réalisée est disponible en [annexe 6](#).

Nous aurions préféré une plus large diffusion pour obtenir davantage de réponses. Malheureusement, les médecins suivant les patient·es trans sont peu nombreux. D'autre part, les associations LGBT sont déjà très sollicitées et ne peuvent pas répondre à toutes les enquêtes.

2.4. Exploitation des résultats

2.4.1. Genre et lieu de vie

56 personnes ont pu répondre à l'enquête. Parmi elles, 30% (n=17) se définissent comme transféminines et 70% comme transmasculines (n=39).

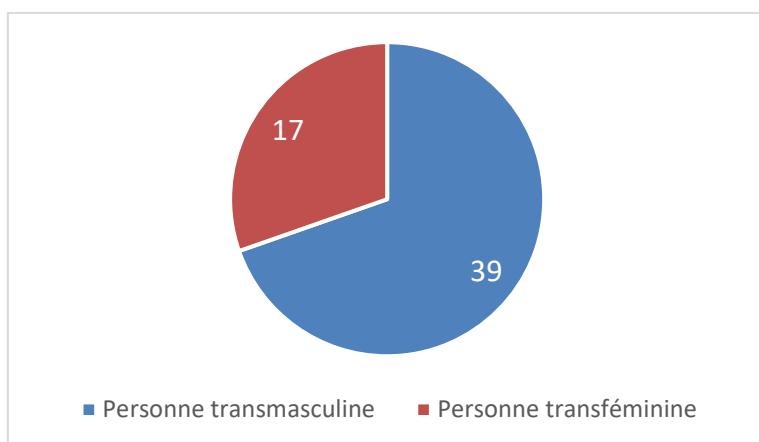


Figure 13 : Répartition des participant.es en fonction de leur genre

Une grande majorité des personnes interrogées, habitent en milieu urbain (48 personnes soit 86%). Ceci peut s'expliquer par le fait que les médecins et les associations ayant partagé le questionnaire se situent dans des zones urbaines.

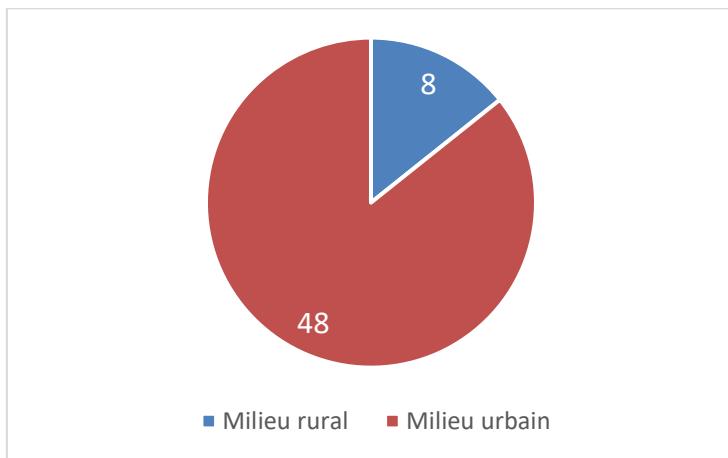


Figure 14 : Répartition des participant.es en fonction de leur lieu d'habitation

2.4.2. Obtention des hormones

À la question « Où obtenez-vous vos hormones actuellement ? », seules 2 personnes se fournissent en dehors du circuit pharmaceutique avec un partage d'hormones par d'autres personnes de la communauté trans. Pour le reste des participant·e·s, iels se fournissent exclusivement en pharmacie. Les propositions possibles étant :

- Pharmacie
- Internet
- Partage de produits par la communauté
- Laboratoire communautaire (= laboratoire clandestin)

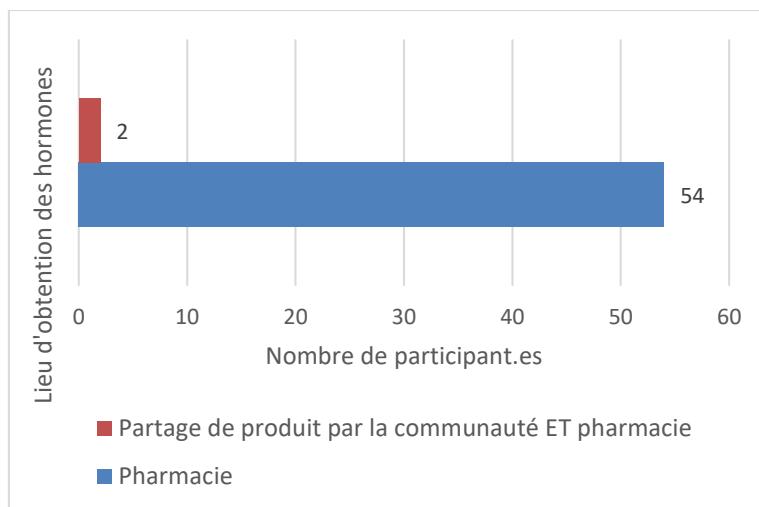


Figure 15 : Mode d'obtention actuel des hormones par les participant.es

La même question est posée concernant le mode d'obtention des hormones, mais cette fois-ci dans le passé. Les propositions sont les mêmes et il est possible d'émettre d'autres possibilités si besoin. 12 personnes ont déjà obtenu leurs hormones hors pharmacie, soit 21,4%. Parmi elles, 9 s'en sont procuré grâce au partage de la communauté et 3 via Internet. Un·e participant·e déclare en avoir déjà obtenu grâce au stock du prescripteur·rice.

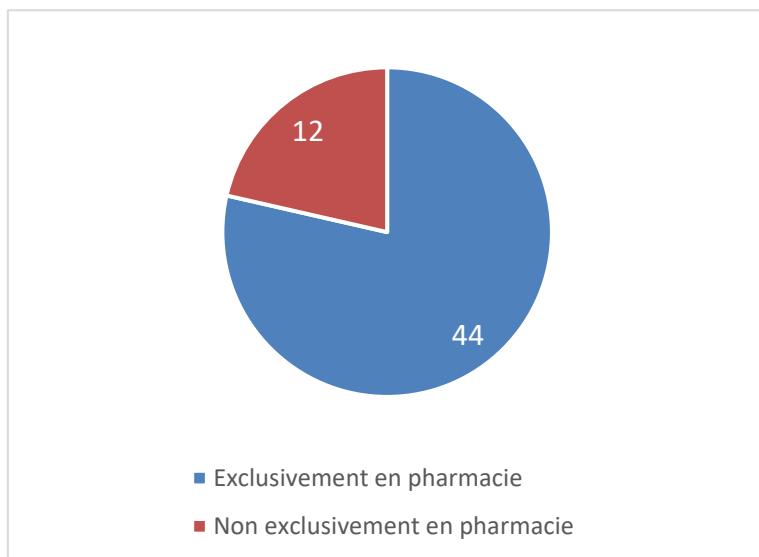


Figure 16 : Obtention des médicaments par les patient.es

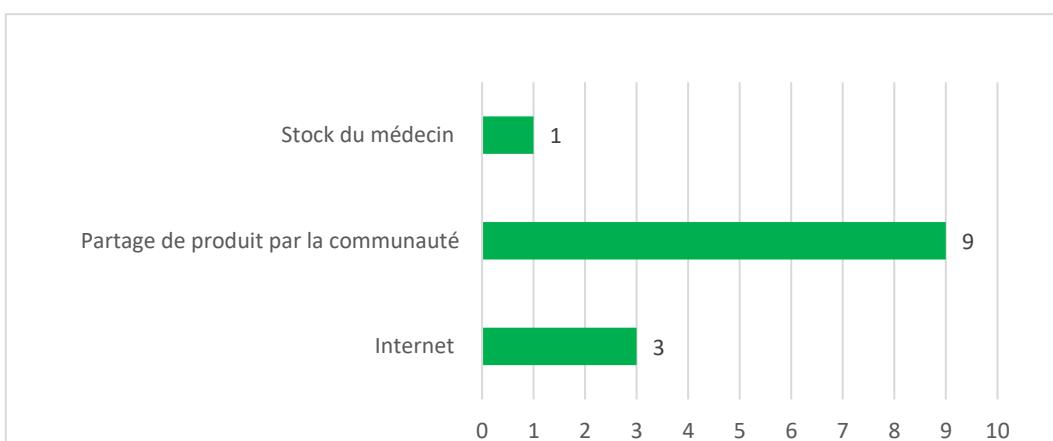


Figure 17 : Mode d'obtention des hormones dans le passé pour les participant.es ne se fournissant pas exclusivement en pharmacie

Pour analyser au mieux ces réponses, une question concernant les raisons de ces obtentions hors pharmacie est posée. Voici les propositions disponibles (ou proposées par les contributeur·rices) et le nombre de personnes les ayant sélectionnées. Cette question n'étant pas rendue obligatoire, nous ne retrouvons pas les 12 personnes concernées.

Tableau XII : Motivations des participant·es pour se procurer des médicaments en dehors de la pharmacie

Raisons	Nombre
Refus de prescription par un médecin	3
Refus de se rendre en pharmacie	2
Absence d'ordonnance (expirée)	2
Forme injectable non disponible en France	1
Arrêt du traitement d'un ami	1

Ces données nous permettent de souligner plusieurs points :

a) Partage de la communauté

Pour commencer, il est important de souligner qu'une faible proportion des participant·e·s sortent du circuit pharmaceutique. Le rôle du pharmacien y est donc essentiel.

Le deuxième moyen de se procurer des hormones est le partage au sein de la communauté. Or, on peut supposer que ces médicaments partagés proviennent de pharmacies. Il est donc important que le pharmacien d'officine ait connaissance de cette pratique pour mieux conseiller les patient·e·s transgenres. En effet, comme cité plus haut, ces médicaments nécessitent des suivis particuliers et des consultations médicales régulières, d'autant plus en initiation de traitement.

Derrière chaque personne qui vient récupérer ses hormones, il faut garder à l'esprit que le traitement peut être partagé par la suite. Sans stigmatisation et sans jugement, il est bon de rappeler aux patient·e·s que ces traitements nécessitent un suivi régulier. Il est également envisageable de proposer plusieurs seringues et aiguilles lorsqu'elles ne sont pas prescrites dans une démarche de réduction des risques.

b) Internet

Internet est le troisième moyen de se procurer des hormones pour les patient·e·s, d'après notre enquête. Cette méthode présente des risques. La provenance et la composition de ces médicaments sont souvent mal connues, ce qui expose les patient·e·s à des dosages non conformes, à l'origine de sous dosage ou à l'inverse, de surdosage. Les achats en ligne sont synonymes d'auto-médication et parfois d'absence de suivi.

c) Les raisons

Les patient·e·s se voient dans l'obligation de sortir du circuit pharmaceutique car de nombreux facteurs les éloignent du système de soin.

Selon l'enquête menée, la première raison citée est le refus de prescription par un médecin. En effet, dans un contexte de pénurie de médecins, il est d'autant plus compliqué d'obtenir un rendez-vous pour commencer sa transition de genre. De plus, peu de médecins acceptent d'accompagner des patient·e·s dans leur transition car iels ne sont pas formé·e·s. Le cadre réglementaire obligeant à prescrire des médicaments hors AMM est aussi un frein non négligeable pour les prescripteur·rice·s.

Les médecins ne sont pas les seuls professionnels de santé à ne pas être formés à la transidentité. Les pharmaciens aussi sont concernés par ce manque de connaissances dans ce domaine. C'est pourquoi, le refus de se rendre en pharmacie est une des raisons qui poussent les patient·e·s à obtenir leurs hormones auprès de la communauté ou sur Internet.

Une troisième raison citée est l'absence de formes injectables sur le marché français. En effet, certaines personnes transféminines ont recours aux œstrogènes sous forme injectable pour une accélération de la transition, les obligeant à passer par d'autres circuits.

2.4.3. Fausse ordonnance

Une question porte sur l'utilisation de fausses ordonnances :

« Avez-vous déjà eu recours à l'utilisation de fausses ordonnances ? »

Une seule personne sur les 56 répondant·es a répondu positivement. Ce nombre est peut-être sous-estimé par peur des conséquences malgré l'anonymat du questionnaire.

Le but de cette question n'est pas de pointer du doigt ces personnes utilisatrices de fausses ordonnances, mais d'en comprendre les raisons afin de limiter ce phénomène. À l'heure actuelle, aucune étude n'a donné de chiffre sur la part d'ordonnances falsifiées lors de parcours de transition.

2.4.4. Habitudes et fidélité aux pharmacies

Nous nous sommes ensuite interrogés sur les habitudes des patient·es en matière de fréquentation des pharmacies en proposant trois possibilités de réponse :

- Oui, je vais toujours dans la même pharmacie
- Oui, je vais souvent dans la même pharmacie
- Non, je change régulièrement de pharmacie

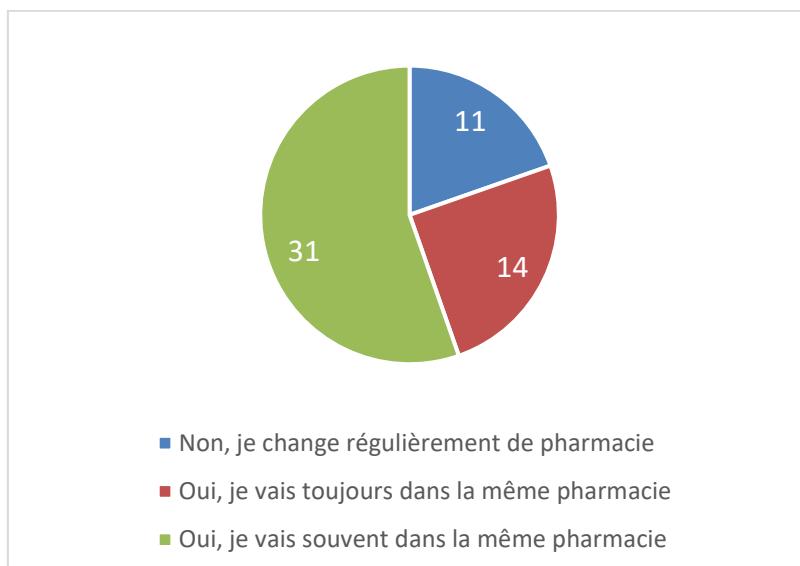


Figure 18 : Habitude de fréquentation des pharmacies par les participant.es

45 personnes se rendent toujours ou souvent dans la même pharmacie, soit 80% des répondant·es. Ce résultat souligne l'importance du rôle du pharmacien dans l'accompagnement de ces patient·es, majoritairement pris·es en charge par une seule officine. Il est essentiel que le pharmacien instaure une relation de confiance avec les patient·es transgenres, qui peuvent se trouver en situation de vulnérabilité. La fidélité à une pharmacie facilite un suivi personnalisé des traitements, permettant au pharmacien d'assurer au mieux ses missions. Ainsi, l'équipe officinale doit être formée à ces enjeux afin de préserver la confiance des patient·es et leur garantir une prise en charge optimale.

Pour les 20% restants, voici les raisons qui les poussent à changer régulièrement de pharmacie (plusieurs réponses possibles) :

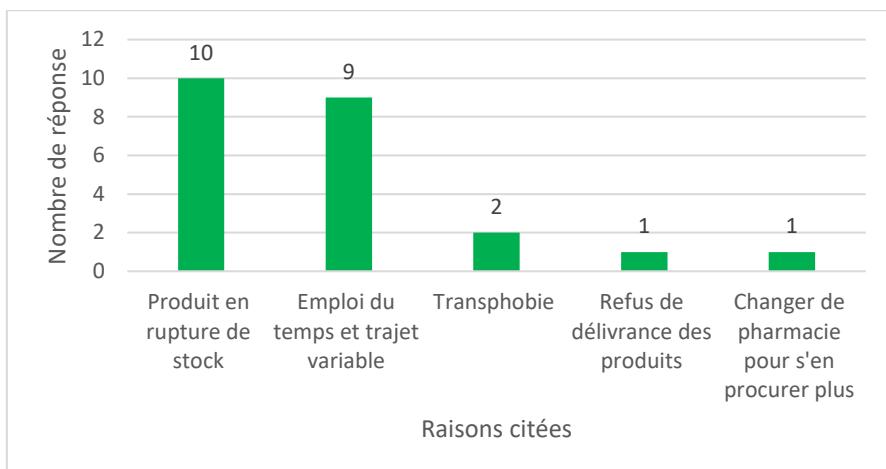


Figure 19 : Motivations à fréquenter plusieurs officines

Les raisons principales motivant ces patient·es à changer de pharmacie régulièrement sont des motifs classiques retrouvés dans la population générale.

Evidemment, certains patient·es ont des emplois du temps, des trajets et des lieux de vie variables qui impliquent un changement régulier de pharmacie.

D'autre part, les ruptures de stock sur les médicaments n'épargnent pas la communauté transgenre avec notamment l'Androtardyl®. En 2019, ces ruptures ont mené à de nouvelles recommandations de la part de l'ANSM et de la SFE (Société française d'endocrinologie). Ces derniers insistent sur le fait que « Le traitement par testostérone n'est absolument nécessaire que pour les patients ayant un réel déficit en testostérone, c'est-à-dire un hypogonadisme sévère. En conséquence, il est recommandé de privilégier dès à présent l'utilisation d'ANDROTARDYL chez ces patients uniquement. » (103,104)

En réponse, les pharmacies ont dû contrôler les indications des prescriptions de testostérone. Dans un contexte de rupture et sous couvert des directives des hautes instances, les pharmaciens ont parfois dû refuser la dispensation aux personnes se présentant avec un numéro de sécurité sociale commençant par 2. Ces nouvelles recommandations ont provoqué de vives réactions auprès des patient·es transgenres qui se sont vus refuser la dispensation de testostérone. Les politiques se sont aussi emparés du sujet lors des débats parlementaires.(105,106)

Sans testostérone, les personnes ayant subi une hystérectomie totale s'exposent à de graves conséquences puisqu'elles se retrouvent sans apport hormonal. Les effets sont les suivants : fonte de la masse musculaire, ostéoporose, perturbation du cholestérol, voire troubles neurologiques et troubles cardiaques. Pour les personnes n'ayant pas subi d'hystérectomie, des perturbations hormonales surviennent jusqu'à atteindre un retour au cycle oestrogénique d'origine, source de dysphorie.

Mais pour toutes personnes se voyant refuser la délivrance d'hormones, c'est la santé mentale qui est impactée. C'est une épreuve supplémentaire dans leur parcours pour une population déjà grandement fragilisée par les discriminations sociales comme médicales.

C'est pourquoi, nous pouvons parfaitement comprendre que la transphobie et le refus de délivrance soient deux motifs cités justifiant le changement de pharmacie.

La dernière raison mentionnée évoque un changement de pharmacie dans le but d'obtenir davantage de médicaments. « Parfois je peux avoir plus de testo car ils ne vérifient pas mes ordonnances (si toutes les boîtes ont déjà été données) »

2.4.5. Accueil en pharmacie

L'accueil est globalement perçu comme satisfaisant par les répondant·es. Selon le sondage, 49 personnes sont satisfaites de l'accueil qu'ils reçoivent en pharmacie (87,5%). Bien que ce résultat reste très encourageant, il reste 7 personnes (12,5%) qui ne partagent pas cet avis, voici pourquoi :

« Mégenrage »

« Incompréhension et refus (de me délivrer les traitements) la première fois car le personnel n'était sûrement pas informé »

« Selon la personne derrière le comptoir, son humeur du jour, selon la pharmacie, je peux me heurter à des refus / des questions indiscrettes / des accusations » « questions intrusives »

« Remise en question systématiquement de la posologie + dédain, donc désormais je vais en pharmacie de grande ville » « le regard des gens »

« Utilisation de monsieur, alors qu'ils connaissent ma situation »

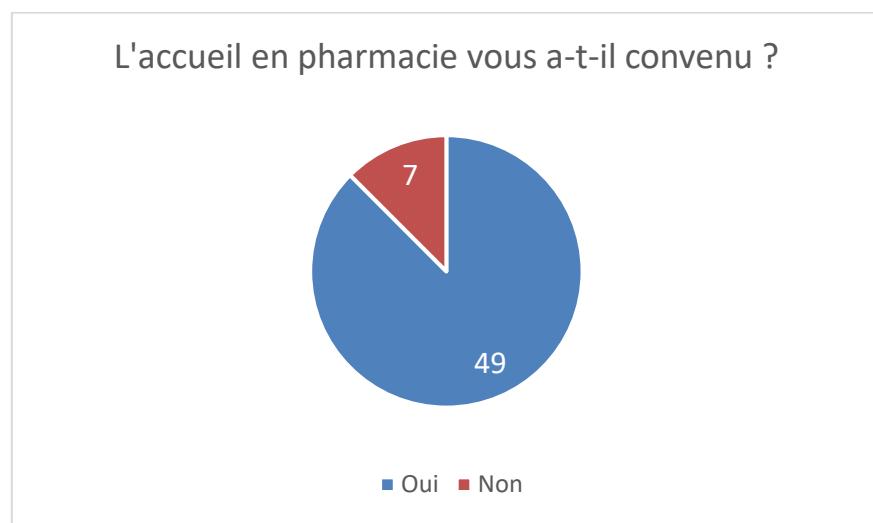


Figure 20 : Appréciation de l'accueil selon les participant.es

Une sensibilisation des équipes paraît nécessaire afin de garantir un accueil correct.

2.4.6. Dispensation et conseils associés

Après l'analyse de l'accueil reçu, c'est le cœur de métier des pharmaciens·nes qui est questionné.

40 personnes (71,4%) déclarent ne pas avoir reçu de conseils lors de la dispensation de leurs hormones. Ce chiffre ne devrait pas être aussi élevé, car le conseil pharmaceutique est l'essence même du métier du pharmacien. Les bonnes pratiques de dispensation peuvent en attester. (107)

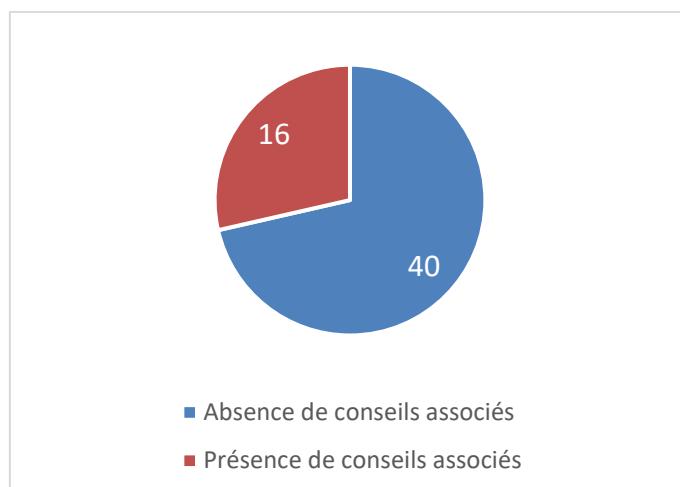


Figure 21 : Taux de présence de conseils associés lors de la dispensation selon les participant.es

Pour les 16 personnes ayant reçu des conseils, 15 d'entre elles estiment qu'ils sont pertinents et adaptés.

Une question ouverte vient compléter ces chiffres avec l'interrogation suivante :

« Quelles informations vous a-t-il manqué lors de la dispensation de vos hormones selon vous ? »

Après avoir trié les différents verbatims, voici les grandes catégories de conseils attendus par les personnes interrogées :

a) Méthodes d'administration

Plusieurs retours réclament des conseils sur les méthodes d'administration des hormones sous forme injectable. Ces techniques sont souvent transmises par les IDE. Or, la population transgenre ne fait pas systématiquement appel à elleux. En effet, selon l'étude de l'association Safe citée précédemment, « Seuls 26,5% des injecteur·rice·s trans faisaient systématiquement appel à un·e professionnel·le de santé ». (69)

Le choix d'auto-injection ou d'injection par les proches est parfois privilégié pour plusieurs raisons comme la volonté d'être acteur·rice de son traitement, la peur de discrimination par les IDE ou encore un aspect purement pratique et logistique. C'est pourquoi, le·la pharmacien·ne est quelque fois le·la dernier·e interlocuteur·rices des professionnel·les de santé avant l'injection d'hormones. Dans ces cas présents où l'infirmier.e n'intervient pas, le·la pharmacien·ne est amené·e à ajouter des conseils sur l'injection intramusculaire. Les verbatims recueillis lors du sondage appuient ces propos :

- « Quelles sont les différentes zones d'injection ? »
- « Des conseils pour l'injection que les infirmières libérales ne connaissaient pas forcément (passer la fiole sous l'eau chaude pour fluidifier le liquide, par exemple) »
- « La possibilité de se faire des injections en sous-cutané. Et en intra-musculaire, la méthode adéquate d'injection pour limiter la sensation de bleu (tirer la peau pour la méthode "en z", attendre 10 secondes avant de retirer la seringue ...) »
- « Plutôt des conseils techniques mais c'est plutôt à l'infirmière de le faire »
- « Si ça relève de la compétence des pharmacien.nes, peut-être la méthode d'administration »
- « Des informations comme des conseils vis à vis des injections : des effets dans les jours à suivre d'une dose par exemple, ou pour la gestion de la douleur. Je fais mes injections moi-même, et je ne savais pas les signes d'une injection sous cutanée mal réalisée, ce qui est normal/ne l'est pas, la taille de seringue recommandée...La majorité des pharmacien.nes ne sont pas renseigné.es, ce qui n'est pas grave car iels restent sympa, mais certaines informations sur particulièrement les injections seraient pratiques »
- « Produit épais »

Globalement le.la pharmacien·ne pourrait aborder plusieurs points comme la préparation du matériel et de la zone de soin, détailler les différentes zones d'injection possibles et comment la réaliser. Etant donné le nombre d'informations à retenir pour les patients, il est possible de lui laisser un guide pratique d'auto-injection. Le SSU de Lyon en a réalisé un disponible en ligne gratuitement. (108)

b) Matériels d'injection adaptés

En complément des conseils sur les techniques d'administration, des renseignements sur les seringues et aiguilles seraient appréciées par bon nombre de patient·es :

- « Des informations plus précises sur la longueur et le diamètre des aiguilles »
- « les pharmacien.nes manquaient d'informations sur les aiguilles à utiliser pour les injections »
- « On ne me demande pas systématiquement si j'ai besoin d'aiguilles lorsque je vais acheter ma testostérone en injection, et donc on ne m'a pas informé sur comment jeter les aiguilles. J'ai dû poser la question à mon infirmière. »
- « Types d'aiguilles à utiliser, protocole de stérilité, bac dans lesquels mettre les aiguilles usagées... »

c) Méthodes d'administration des gels et dispositifs transdermiques

D'autres renseignements sont demandés sur les méthodes d'administration des hormones sous forme de gel.

- « Concernant le gel : zone d'application, moment pour l'appliquer, dose par flacon »
- « Peut être les meilleurs endroits à mettre le gel, les meilleurs horaires d'absorption dans le sang, le derme. (gel d'œstrogènes) »
- « Zone d'application sur le corps et heure(s) d'application dans la journée »
- « J'aimerais bien que des kits d'injection soient à disposition également (comme dans les structures type Aides) »

La même chose est demandée pour les hormones sous forme de patch :

- « Positionnement des patchs et fréquence de changement »

d) Anticipation des ruptures

Des conseils vis-à-vis des ruptures sont attendus :

- « Mon endocrinologue m'a informé que lors de rupture, il est possible d'utiliser une ampoule pour deux injections. Il faut conserver le reste de la testostérone dans une seringue à l'abri de la lumière (boîte en métal). J'aurais bien aimé qu'on me transmette cette info à la pharmacie »
- « Périodes les plus propices pour obtenir le produit en rupture de stock »

e) Précautions particulières de conservation

Des conseils sur la conservation des produits sont souhaités :

- « Moyen de conservation »

f) Effets des traitements

Certain·es répondant·es souhaiteraient recevoir des informations plus générales sur les traitements avec les effets attendus.

- « Ça serait chouette s'il pouvait y avoir des flyers/brochures à disposition qui nous permettraient d'être plus autonome et plus informé.e quant à la prise d'hormones.
- « Savoir que je n'aurai plus le droit d'être donneur de sang »
- « Effets provoqués par les injections »

g) Posologie

Des interrogations sont émises quant à la fréquence de prise et la conduite à tenir en cas d'oubli :

- « Quelle régularité des prises et que faire en cas de prise en retard »

h) Des patient·es très informé·es

D'autres personnes n'attendent pas forcément de conseils de la part des pharmacien·nes. En effet, beaucoup d'entre eux se sont déjà énormément renseigné sur le sujet. Il convient au pharmacien d'en tenir compte et d'adapter ses conseils en fonction des connaissances de la personne.

- « Rien, dès la première fois j'étais déjà bien renseigné grâce à mon médecin et aux forums de discussion. J'ai remarqué que le pharmacien qui m'a servi n'était pas habitué à dispenser ce produit et ne savait pas réellement ce qu'il me vendait. »
- « En soi, rien puisque j'avais déjà toutes les informations par mon médecin et certains sites (outrans, wikitrans) »
- « Rien, j'avais tout creusé de mon côté bien avant »
- « Aucune, mon endocrinologue m'avait tout expliqué »
- « Jamais eu besoin d'informations, j'ai TOUT appris sur internet. Les médecins, endocrino etc ne m'ont pas expliqué la totalité des effets secondaires ni comment se faire soi-même les injections »
- « Renseignement grâce aux forums de discussion »
- « Aucun, j'avais tout regardé sur internet avant (taille d'aiguilles nécessaires notamment) »
- « Aucune les informations étant donné déjà par l'endocrinologue je ne m'attendais pas à avoir d'infos de la part des pharmacies »

2.4.7. Mauvaises expériences en pharmacie

Une question plus générale est posée sur les potentielles mauvaises expériences vécues en pharmacie.

« Avez-vous déjà eu de mauvaise expérience en pharmacie ? »

Les propositions disponibles étaient :

- Absence de mauvaise expérience
- Mégenrage
- Utilisation de vocabulaire non-adapté
- Utilisation du dead name
- Curiosité mal placée / questions intrusives
- Outing à mon entourage
- Jugement
- Absence de discréction
- Refus de délivrer les hormones
- Refus de l'ordonnance d'un généraliste
- Autre : ...

Il était possible d'ajouter des propositions non citées dans la case « autre ».

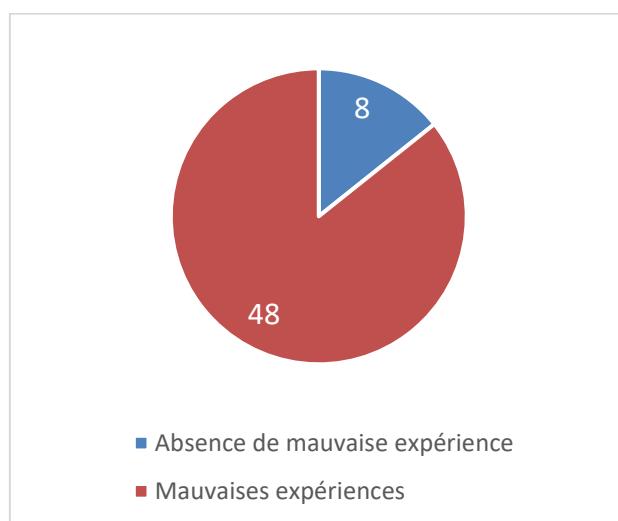


Figure 22 : Proportion de mauvaises expériences vécues en pharmacie selon les patient.es

48 personnes sur les 56 répondant·e·s déclarent avoir vécu au moins 1 mauvaise expérience en pharmacie, soit 86%.

Tableau XIII : Différents types de mauvaises expériences vécues à la pharmacie

Mauvaises expériences vécues en pharmacie	Réponses des participants (n=56)	Part en %
Mégenrage	32	57,1%
Vocabulaire non adapté	18	32,1%
Jugement	15	26,8%
Dead-name	12	21,4%
Questions intrusives	12	21,4%
Absence de discréction	12	21,4%
Refus de délivrance des hormones	6	10,7%
Refus de l'ordonnance d'un généraliste	4	7,1%
Méfiance	3	5,4%
Manque de connaissances du médicament	1	1,8%
"Outing"	0	0,0%

Ces chiffres pointent du doigt les plus grosses difficultés rencontrées à la pharmacie par les personnes transgenres. Ces obstacles sont aussi ceux qu'ils retrouvent dans leur vie quotidienne. Plus d'une personne sur deux (57%) relate avoir déjà été mégenré·e en pharmacie et une personne sur trois a fait l'expérience de vocabulaire non adapté (32%).

Pour un peu plus d'un quart des répondant·es (27%), iels ont dû faire face à une attitude de jugement de la part du personnel de la pharmacie.

On peut ajouter qu'un·e patient·e sondé·e sur cinq (21%) a souffert de l'absence de discréction, de l'utilisation du dead-name ou de questions intrusives en officine.

Six personnes se sont vu refuser la délivrance de leurs hormones, tandis que quatre autres ont subi un refus de leur ordonnance établie par un médecin généraliste, sans qu'un lien puisse être établi entre les deux situations. Dans les propositions libres, trois personnes ajoutent avoir ressenti de la méfiance et une personne estime que le personnel n'avait pas assez de connaissances sur le médicament.

Fort heureusement, le secret professionnel semble respecté car aucune personne n'a subi d'« outing » par un des membres de la pharmacie à son entourage.

On peut souligner un paradoxe dans les résultats : 87% des répondant·es déclarent être globalement bien accueilli·es en pharmacie, tandis que 86% indiquent avoir déjà vécu au moins une mauvaise expérience. Ces résultats ne sont pas nécessairement contradictoires. En effet, la première question reflète une impression générale de l'accueil, tandis que la seconde fait référence à des événements ponctuels, parfois marquants. Il est ainsi possible d'être globalement satisfait·e de son accueil tout en ayant connu des épisodes négatifs isolés.

Une autre explication possible est que les personnes trans considèrent parfois les expériences négatives, y compris la transphobie, comme normales. Leurs attentes en matière d'accueil peuvent être basses, ce qui fait qu'un accueil jugé « correct » peut aller de pair avec des situations de violence ou de discrimination. Il peut aussi être difficile d'identifier certaines de ces situations comme de la transphobie.

2.4.8. Bonnes expériences en pharmacie

Il semblait pertinent de ne pas relever uniquement les mauvaises expériences. Par conséquent, une question portait sur les bonnes expériences avec les propositions suivantes :

« Avez-vous déjà eu de bonne expérience en pharmacie ? »

- Utilisation du bon genre pour s'adresser à vous
- Utilisation du bon prénom
- Explication de la prise hormonale
- Aucun avis exprimé, neutralité
- Discréction
- Autre ...

Tableau XIV : Proportion des bonnes expériences vécues en pharmacie selon les participant.es

Bonnes expériences vécues en pharmacie	Réponses des participants (n=56)	Part en %
Aucun avis exprimé, neutralité	49	87,50%
Utilisation du bon genre pour s'adresser à vous	42	75,00%
Discréction	33	58,93%
Utilisation du bon prénom	31	55,36%
Explication de la prise hormonale	15	26,79%
Bienveillance	3	5,36%
Personnel habitué	1	1,79%
Question pertinente sur tolérance	1	1,79%

87% des répondant·e·s ont déjà pu apprécier la neutralité et l'absence d'avis exprimé en pharmacie et pour 59% la discréction au comptoir. Pour trois quarts d'entre eux, le bon genre a été utilisé et pour 55% le bon prénom. 15 personnes ont pu obtenir des informations sur leur prise hormonale.

Dans les propositions libres, trois personnes ont mentionné avoir ressenti de la bienveillance en pharmacie, une personne confie que le personnel est habitué, ce qui lui facilite les choses. Une dernière personne dit avoir reçu des questions pertinentes sur la tolérance des hormones.

Si on compare les chiffres des bonnes et mauvaises expériences par thématique, c'est plutôt encourageant bien qu'insuffisant.

Tableau XV : Comparaison des bonnes et mauvaises expériences vécues en pharmacie par thématique

Mauvaise expérience	Réponses des participant·e·s	Bonnes expériences	Réponses des participant·e·s
Mégenrage	32	Bon genre utilisé	42
Dead-names	12	Bon prénom	31
Indiscréption	12	Discréction	33
Jugement	15	Neutralité	49

2.4.9. La confidentialité

59% (n=33) ne considère pas le manque de confidentialité comme un frein pour discuter de leur prise hormonale.

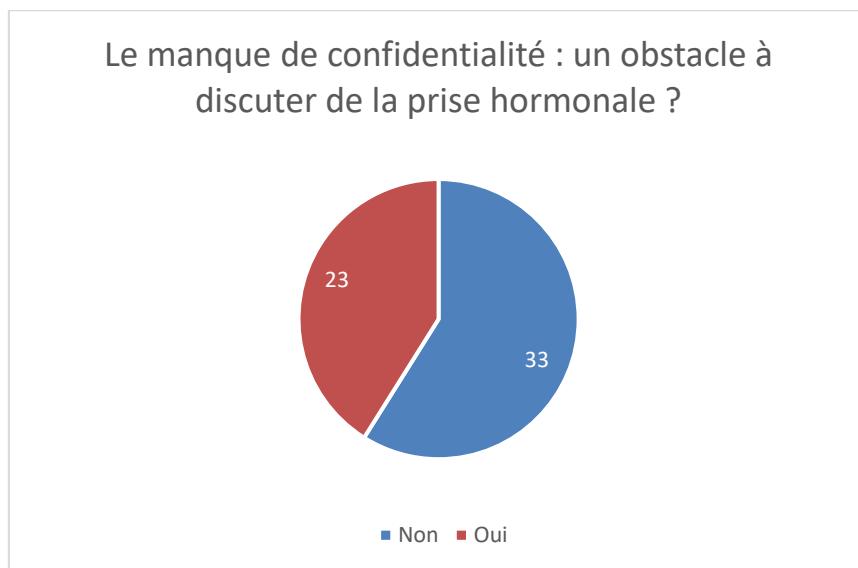


Figure 23 : Avis des participant.es sur le manque de confidentialité comme frein à la discussion de la prise hormonale

2.4.10. Suggestions et remarques libres

Le questionnaire se termine en leur demandant les suggestions qu’iels auraient à soumettre pour améliorer les parcours des personnes trans lors de leur venue en pharmacie. Certaines remarques reprennent les éléments cités plus haut.

Iels apprécieraient une « formation du personnel » afin qu’iels aient une meilleure connaissance des médicaments utilisés mais aussi pour qu’iels aient « moins de méfiance » à leur égard. Il faudrait « se renseigner, réfléchir à la dangerosité des propos ».

Iels souhaiteraient qu’on se comporte « comme avec tout le monde » tout en « évitant de genrer au maximum ». Une autre personne ajoute qu’il faut tout simplement « Agir naturellement, comme avec n’importe quel patient. Il n’est pas nécessaire d’en faire tout un plat juste parce que la personne en face est transgenre. Pour moi la meilleure preuve de tolérance c'est de se comporter comme avec tout le monde. ». Par exemple, « ne pas dire bonjour monsieur ou bonjour madame avant d’être certain du genre, un bonjour seul suffit ». Par ailleurs, iels nous conseillent d’« éviter de mentionner le prénom sur la carte vitale, car il s’agit souvent dead name ». Il serait intéressant d’indiquer « les pronoms et prénoms souhaités sur le dossier pharma » et d’exprimer une « neutralité si carte sécu avec 1 à la place du 2 (et inversement) »

Certains expriment une volonté d’« avoir un peu plus de discréction pour s’isoler et discuter avec les pharmaciens.nes ». Lors de ces échanges le personnel ne « doit pas être intrusif » en évitant les « questions indiscrètes ».

Lors de la dispensation de médicament injectable, la « mise à disposition de numéro d’IDE ou d’application comme Médicalib » sont suggérés ainsi que la proposition de « matériel pour des injections en solo ».

D'autres personnes font remarquer un très bon accompagnement des pharmaciens : « Je réitère que je n'ai jamais eu de mauvaise expérience en pharmacie vis à vis de mon traitement hormonal. Je prends des hormones depuis novembre 2002. J'ai habité à Lille puis dans divers bourgs/villages en campagne bretonne, puis en ville en Bretagne. Globalement je n'ai pas spécialement eu de soucis non plus en ce qui concerne avoir des ordos avec des traitements dits féminins (traitement mycose ou sécheresse vaginale) alors que j'ai changé d'état civil en 2006. Non plus sur ma prise de PrEP depuis 2018. ». Ou encore : « Dans mon vécu (et j'en suis chanceux ce n'est pas le cas de tous·tes), la pharmacie est loin d'être l'endroit où je subis le plus de mégenrage et questions intrusives ».

Une personne témoigne en disant que « les pharmacies n'ont pas à questionner nos ordonnances, qui nous l'a faite etc. Nous sommes légitimes et nous sommes autant prioritaires que des personnes cisgenres (on m'a dit un jour que je n'étais pas prioritaire parce que j'étais trans) »

Une autre personne reproche un manque de quantité délivrée : « Permettre de recevoir plusieurs boîtes d'ampoule lors d'un seul même passage si les injections sont rapprochées (souvent les pharmacies ne veulent pas en délivrer plus d'une, alors qu'avec des injections toutes les 2 semaines ça ne serait pas du luxe d'avoir au moins 2 boîtes d'un coup »

Les nouvelles missions du pharmacien comme le dépistage des cystites peut-être source de discriminations pour les hommes trans comme nous le décrit un·e répondant·e :

« Et d'autres situations sont plus délicates quand il faut expliquer sa transidentité : par exemple lors des tests TROD pour le dépistage de la cystite, qui n'est pas autorisé chez les personnes qui ont un pénis. Je suis un homme trans donc je n'en possède pas, je peux donc faire les tests. Je suis tombé sur des pharmaciennes qui m'ont dit qu'elles avaient eu justement une formation sur les patients trans, et qui avait donc la volonté de bien faire et certaines infos, ou d'autres qui ont même deviné et qui n'ont posé aucune question. Dans une position vulnérable (infection, maladie, douleur) c'est très important et rassurant de savoir que notre identité ne fera pas l'objet d'une longue discussion pour préciser nos parties génitales ! Entre personnes trans, on se passe alors le nom des pharmacies et du personnel qui y travaille pour créer une liste d'endroits safe. Et à l'opposé total, je suis tombé sur une pharmacienne qui semblait bienveillante pour ensuite aller me mégenrer auprès de ses collègues. C'est difficile - après avoir mis son meilleur sourire, d'avoir été le plus poli et coopératif possible malgré le stress et la douleur - de voir qu'au final on ne nous respecte plus une fois le dos tourné. Je note quand même j'ai eu très très peu d'expériences négatives, je m'attendais à pire surtout au niveau des hormones - mais la plupart du personnel est très discret et accueillant là-dessus ! »

D'autres demandes ne sont pas atteignables à l'échelle du pharmacien d'officine. Ces remarques concerneraient davantage les autres métiers de la pharmacie. Une personne insiste sur le fait qu'il faudrait « avoir à disposition beaucoup plus d'hormones sur le marché, le produit est constamment en rupture ce qui met les patients et les pharmaciens dans le stress ». Une autre souligne qu'« Il faudrait que les notices de médicaments incluent les personnes trans dans leur conseil. Car ce qui est écrit (effets secondaires etc..) ne concerne souvent que les femmes cis. De manière générale il faut que plus d'études soient faites sur nos médicaments, on est vraiment

dans l'inconnu sur beaucoup de points. ». Pour finir, l' « autorisation des injectables (oestradiol, nandrolone, etc.) » est réclamée par d'autres.

2.5. Discussion

Cette enquête a permis de mettre en lumière le vécu des personnes transgenres dans la dispensation de leurs hormones en pharmacie, ainsi que leurs besoins et attentes. La pharmacie apparaît comme le lieu principal d'approvisionnement, confirmant le rôle central du pharmacien dans la sécurisation du parcours de soins et la bonne utilisation des traitements hormonaux. La fidélité observée envers une même officine renforce cette place : elle permet un suivi régulier, une continuité dans la relation de confiance et la possibilité, pour le pharmacien, d'orienter les patient·es vers des professionnel·les de santé adapté·es en cas de besoin. En tant qu'acteur de première ligne, le pharmacien se trouve ainsi dans une position privilégiée pour accompagner ces parcours.

Si la grande majorité des répondant·es déclarent obtenir leurs hormones en pharmacie, des pratiques alternatives (achat en ligne ou le partage au sein de la communauté trans) existent, bien que minoritaires. Ces pratiques soulignent l'importance, pour les officinaux, d'avoir conscience de l'existence de ces patient·es afin de jouer pleinement leur rôle de prévention et de réduction des risques.

Malgré un accueil globalement jugé satisfaisant, des marges d'amélioration importantes subsistent concernant les conseils délivrés lors de la dispensation. Les participant·es expriment notamment le besoin d'informations claires et précises sur les méthodes d'administration des injectables, gels et dispositifs transdermiques, le choix du matériel d'injection, les effets attendus des traitements, la fréquence des prises et la conduite à tenir en cas d'oubli.

Par ailleurs, l'étude met en évidence des expériences négatives récurrentes en pharmacie : mégenrage, utilisation du dead name, indiscretion, questions intrusives ou encore attitudes de jugement. Ces comportements, vécus comme des violences psychologiques, fragilisent la confiance dans les professionnel·les de santé et alimentent un sentiment d'exclusion. Pour améliorer la qualité de la prise en charge, une réelle implication des équipes officinales est nécessaire, passant par une meilleure information et formation sur les questions de transidentité. La lutte contre ces discriminations devrait constituer une priorité, afin de garantir à chaque patient·e un accueil respectueux, inclusif et sécurisé.

Ces constats rejoignent directement les données du premier questionnaire adressé aux pharmacien·nes, qui met en évidence un déficit global de formation sur la transidentité. Le croisement de ces deux enquêtes montre que les attentes des patient·es et les besoins exprimés par les professionnel·les convergent.

2.6. Limites

Cette étude présente plusieurs limites qu'il convient de souligner. La première limite observée est soulevée dans les réponses que j'ai pu recevoir : « J'aurais bien aimé que dans la première question du formulaire (qui demande notre genre) ne soit pas mentionnée notre assignation de naissance. Il y plein de personnes intersexes qui sont

également transgenre et pour qui il est impossible de répondre à cette question. Il existe aussi des transitions non-binaires. Peut être juste demander quel est notre genre et quelles hormones prenons-nous. ». Malgré des relectures, des maladresses dans la tournure des questions et des propositions ont persisté.

L'échantillonnage peut être remis en question avec une majorité de personnes transmasculines (70%) et de citadin·es (86%). Le nombre de réponses reste relativement restreint ($n=56$) et représente une faible proportion de la population transgenre.

Les participant·es étaient volontaires, ce qui peut introduire un biais de sélection : les personnes ayant répondu sont probablement celles qui avaient déjà un intérêt particulier pour la question ou un vécu suffisamment marquant pour souhaiter le partager.

Comme il s'agissait d'un questionnaire rempli directement par les participant·es, les réponses reflètent surtout leur ressenti personnel. Cela ne permet pas de mesurer précisément à quelle fréquence ces situations se produisent.

Chapitre V : Formations disponibles et propositions d'un outil pédagogique pour se former en autonomie

Ces deux enquêtes, menées auprès des pharmaciens·nes et des patient·es, mettent en évidence un manque de formation indéniable du côté des pharmaciens. Pour les patient·es, cela se traduit par un déficit de conseils lors de la dispensation et par certaines maladresses dans l'accompagnement au comptoir. Les formations actuellement disponibles seront présentées, puis un outil pédagogique adapté aux pharmaciens·nes sera proposé.

1. Vers une formation adaptée des pharmaciens·nes

1.1. Formations universitaires disponibles

Depuis 2023, la faculté de pharmacie d'Angers propose deux heures de formation sur la prise en charge des personnes transgenres aux étudiant·es de cinquième année en filière officine. L'enquête a également révélé qu'une formation était dispensée aux étudiants nantais.

Il existe également des diplômes universitaires dédiés à la thématique, bien qu'ils ne soient pour l'instant pas accessibles aux pharmaciens·nes. La Sorbonne propose le DU « Prise en charge de la transidentité », tandis que le DIU « Accompagnement, soins et santé des personnes trans » est disponible dans plusieurs universités : Aix-Marseille, Bordeaux, Claude Bernard Lyon 1, Lille et Paris Cité. Rennes propose aussi un DU « Prise en charge des personnes transgenres : aspects endocrinologiques, chirurgicaux et psychologiques (109-111)

Des formations continues destinées aux pharmaciens·nes peuvent occasionnellement inclure des thématiques liées aux transidentités. À titre d'exemple, j'ai eu l'occasion de participer à une formation organisée par la faculté de santé d'Angers sur ce sujet. Elle a eu lieu le 27 février 2025, en présence du Dr Houdebine, médecin généraliste et du Pr Rodien, professeur d'endocrinologie du CHU d'Angers. (112)

1.2. Formations associatives

Certaines associations proposent des formations destinées au personnel soignant. L'association ReST (Réseau Santé Trans) organise des sessions sur la transidentité et l'hormonothérapie, en présentiel ou en visioconférence, sur une durée maximale de deux jours, destinées aux professionnel·les prescripteur·rices. L'association Fransgenre propose également des formations adaptées aux professionnel·les de santé de manière plus générale. (113,114)

2. Proposition d'un outil de formation à destination des pharmaciens·nes

2.1. Choix de l'outil

Les deux enquêtes menées auprès des pharmaciens·nes et des patient·es ont mis en évidence un manque de formation des équipes officinales concernant les transidentités. Bien que les étudiant·es en pharmacie soient désormais sensibilisé·es à cette question dans plusieurs facultés, l'offre de formation continue destinée aux professionnel·les reste encore limitée. Dans ce contexte, la mise en place d'un outil pédagogique accessible à toutes et tous a été proposée.

La carte interactive est apparue comme l'outil le plus adapté à la pratique officinale pour plusieurs raisons. Tout d'abord, son format visuel et interactif facilite l'accès rapide à l'information ainsi que son intégration par les utilisateur·rices. Afin d'héberger cette carte, un site web a été conçu. Celui-ci présente plusieurs avantages : la protection des droits d'auteur grâce aux mentions légales, la possibilité de mettre à jour aisément les données, ainsi qu'un accès simplifié pour les professionnel·les. De plus, grâce à un nom de domaine pertinent, le site a plus de chances d'apparaître en tête des résultats Google lorsque des pharmaciens·nes recherchent des informations pour accompagner leurs patient·es.

2.2. Création de l'outil

L'outil a d'abord été conçu sur la plateforme en ligne Genially, qui offre la possibilité de créer facilement des contenus interactifs et visuels, notamment des cartes interactives. Cette solution présentait l'avantage d'une utilisation intuitive.

Cependant, elle comportait des limites : d'une part, la protection des droits d'auteur n'était pas assurée, et d'autre part, l'accès à la carte nécessitait la transmission d'un lien spécifique aux utilisateurs. Pour dépasser ces contraintes, un informaticien a été sollicité pour développer une page web dédiée à la carte. Il a ainsi procédé à la transposition du prototype initialement élaboré sur Genially, afin de le coder et de l'intégrer directement sur une interface web. Grâce à l'acquisition d'un nom de domaine adapté pour héberger le site, celui-ci peut désormais apparaître parmi les premiers résultats d'une recherche en ligne. Par exemple, le 13 octobre 2025, une recherche avec les mots-clés « transgenre » et « pharmacie » a placé le site web en deuxième position. Ce référencement est, bien sûr, amené à évoluer au fil du temps.

Le site web est disponible à l'adresse suivante : www.pharmacietransgenre.com

2.3. Contenu de la formation

Cette formation interactive est composée de 4 diapositives.

La première diapositive est centrée sur l'accueil des personnes transgenres. Elle expose le vocabulaire approprié à employer, ainsi que les termes à proscrire, et propose quelques données chiffrées relatives à la transidentité.

Des explications sont également fournies concernant les différents types de transitions, qu'elles soient sociales, administratives ou chirurgicales. ([Cf Annexe 7](#))

La deuxième diapositive est consacrée aux hormones féminisantes. Les œstrogènes, les anti-androgènes ainsi que la progestérone y sont détaillés. Pour chaque molécule, sont présentés les formes disponibles, le mécanisme d'action, les posologies ainsi que les conseils d'utilisation, sans oublier les effets attendus, les effets indésirables potentiels et le suivi associé. ([Cf Annexe 8](#))

La troisième diapositive concerne les hormones masculinisantes. Elle reprend la même structure que la précédente. ([Cf Annexe 9](#))

Enfin, la dernière diapositive est dédiée aux questions fréquemment posées par les professionnels de santé. Des éléments d'information sont apportés sur la prescription hors AMM, la prévention ainsi que les possibilités de conservation des gamètes. Cette section comprend également des exemples concrets de situations rencontrées en officine et les sources utilisées sont mises à disposition. La HAS recommande aux professionnel·les de santé de transmettre aux patient·es des informations sur les « associations locales et d'utiliser les ressources communautaires ». C'est pourquoi une fiche de contacts utiles pour l'orientation des patient·es a été créée pour compléter cette formation ([Cf Annexe 10](#) et [Annexe 11](#)).

2.4. Perspective de la formation

Comme toute source d'information, cet outil devra être mis à jour régulièrement en fonction des recommandations des hautes instances et des changements législatifs.

Évidemment, le support pourrait gagner en interactivité. Il pourrait inclure des questionnaires interactifs permettant d'évaluer ses connaissances et ses axes d'amélioration sur le sujet. Des vidéos et des images pourraient être incluses afin de dynamiser la formation. Des témoignages de patient·es pourraient être ajoutés pour que les professionnel·les comprennent davantage le vécu des personnes transgenres.

Enfin, cette formation devrait être accessible et bien connue des pharmaciens·nes afin d'avoir un impact sur les pratiques professionnelles. Pour cela, des acteurs de la profession pourraient communiquer sur l'existence de ce site web afin qu'ils en prennent connaissance. Les syndicats, les conseils régionaux de l'Ordre des pharmaciens, les organismes de formation ou encore les journaux pharmaceutiques pourraient relayer l'information pour que la profession se forme à l'accompagnement des personnes trans.

Conclusion

Ce travail s'est penché sur l'accompagnement des patient·es trans en pharmacie. Les enquêtes menées ont permis de recueillir les points de vue des patient·es ainsi que des pharmaciens·nes. La grande majorité des professionnel·les déclare n'avoir jamais reçu de formation sur les transidentités durant leur cursus. Iels expriment un réel souhait de se former sur ce sujet, d'autant plus que la majorité des répondant·es comptent des patient·es transgenres dans leur patientèle. Du côté des patient·es, bien que l'accueil soit globalement jugé satisfaisant, certains aspects nécessitent des améliorations. Des expériences négatives persistent, comme le mégenrage, des questions intrusives ou des jugements émanant des équipes officinales. Par ailleurs, les patient·es rapportent un manque de conseils lors des dispersions ainsi qu'une méconnaissance notable de la part des professionnel·les.

Pour mieux accompagner ces patient·es, une prise de conscience réelle de la part des professionnel·les est nécessaire concernant le vécu des personnes transgenres. Ces dernières sont largement exposées aux discriminations, ce qui peut impacter leur santé mentale. L'équipe officinale doit en être pleinement consciente afin d'offrir aux patient·es un cadre sécurisé, où iels se sentent libres d'exprimer leur identité. Il est crucial que les pharmaciens s'emparent réellement de cette question et ne la relèguent pas au second plan sous prétexte que les personnes trans représentent une minorité. Chaque patient·e mérite un accompagnement respectueux et de qualité au comptoir, et les pharmaciens·nes ont le pouvoir de transformer les pratiques et mentalités en choisissant de se former et de s'engager pleinement sur ce sujet.

Cependant, le manque de formation continue sur ce sujet reste un enjeu majeur. C'est pourquoi la mise en place d'un outil de formation en libre accès, utilisable en autonomie, apparaît comme une solution pertinente pour répondre aux besoins des équipes officinales. Ce support, spécialement adapté aux pharmaciens·nes, bénéficie d'une grande accessibilité, ce qui facilitera sa diffusion à l'ensemble de la profession.

De toute évidence, ce support devra être mis à jour régulièrement afin de garantir l'actualisation des contenus. Il pourrait également évoluer en intégrant davantage d'interactivité. Par ailleurs, il pourrait être repris et diffusé par les organismes de formation continue pour toucher plus largement les pharmaciens·nes.

Les recherches sur l'accompagnement des personnes trans sont susceptibles d'évoluer. Des enquêtes à plus grande échelle, menées au niveau national, pourraient apporter de nouveaux éléments sur les pratiques officinales et le vécu des patient·es. Par ailleurs, les supports de formation pourraient se diversifier afin que chaque professionnel·le trouve celui qui correspond le mieux à ses besoins, sous forme de vidéos en ligne, de formations en présentiel ou à distance, ou encore de fiches pratiques.

Il revient à la profession pharmaceutique de prendre en main cette question pour garantir un accompagnement adapté, sécurisé et inclusif aux personnes trans.

Bibliographie

1. Gouvernement du Canada I de recherche en santé du C. Qu'est-ce que le genre? Qu'est-ce que le sexe? - IRSC; [consulté le 26 janv 2025]. <https://cihr-irsc.gc.ca/f/48642.html>
2. OHCHR. Personnes intersexes; [consulté le 28 févr 2025]. <https://www.ohchr.org/fr/sexual-orientation-and-gender-identity/intersex-people>
3. Amnesty France. Qu'est-ce qu'une personne transgenre?; [consulté le 16 mars 2025]. <https://www.amnesty.fr/focus/transgenre>
4. Axel Léotard. Transidentités, une histoire volée. La Musardine. Paris. 2023.
5. OUTrans. Lexique; [consulté le 15 janv 2025]. <https://www.outrans.org/ressources/lexique-outransien/>
6. Wiki Trans. Les bases sur la transidentité; [consulté le 20 déc 2024]. <https://wikitrans.co/intro/>
7. Rivera JC. La première chirurgie de reassignation sexuelle réussie : Magnus, Dora et l'institut de sexologie de Berlin en 1931. Annales de Chirurgie Plastique Esthétique. 1 sept 2024;69(5):338-42.
8. Bertrand B, Perchenet AS, Casanova D. Histoire de la vaginoplastie : évolution technique et sociologique. Annales de Chirurgie Plastique Esthétique. nov 2023;68(5-6):389-96.
9. Marchand JB, Pelladeau E, Pommier F. Du transsexualisme à la dysphorie de genre: regroupement ou amalgame. L'Évolution Psychiatrique. avr 2015;80(2):331-48.
10. Légifrance. Décret n° 2010-125 du 8 février 2010 portant modification de l'annexe figurant à l'article D. 322-1 du code de la sécurité sociale relative aux critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection de longue durée «affections psychiatriques de longue durée»; [consulté le 25 mars 2025].<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000021801916>
11. Cour européenne des droits de l'homme. AFFAIRE A.P., GARÇON ET NICOT c. FRANCE. 2017. [https://hudoc.echr.coe.int/fre#%22itemid%22:\[%22001-172556%22\]}](https://hudoc.echr.coe.int/fre#%22itemid%22:[%22001-172556%22]})
12. HAS. Parcours de transition des personnes transgenres - note de cadrage; sept 2022.
13. HAS. Transidentité : prise en charge de l'adulte; juill 2025.
14. Gouvernement du Canada SC. Au Canada, 1 personne sur 300 âgée de 15 ans et plus est transgenre ou non binaire; [consulté le 17 mars 2025].<https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220427/gb001-fra.htm>
15. Ipsos. LGBT+ Pride 2023 : 10% des Français s'identifient comme LGBT+; 1 juin 2023 [consulté le 21 sept 2025].<https://www.ipsos.com/fr-fr/lgbt-pride-2023-10-des-francais-sidentifient-comme-lgbt>
16. Collin L, Reisner SL, Tangpricha V, et al. Prevalence of Transgender Depends on the "Case" Definition: A Systematic Review. The Journal of Sexual Medicine. 1 avr 2016;13(4):613-26.
17. SPF. Encore trop peu d'études françaises rendent compte de la transphobie et de ses conséquences en santé publique - Focus; [consulté le 4 mai 2025].<https://www.santepubliquefrance.fr/import/encore-trop-peu-d-etudes-francaises-rendent-compte-de-la-transphobie-et-de-ses-consequences-en-sante-publique-focus>
18. Ministère de l'Intérieur M. Info Rapide n°38 - En 2023, augmentation des infractions anti-LGBT enregistrées par les services de sécurité; [consulté le 4 mai 2025].<https://mobile.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Info-Rapide-n-38-En-2023-augmentation-des-infractions-anti-LGBT-enregistrees-par-les-services-de-securite>

19. SOS homophobie. Rapport sur les LGBTphobies; 10 avr 2025 [consulté le 4 mai 2025]. <https://www.sos-homophobie.org/>
20. Ministère de l'Intérieur. Rapport d'enquête Vécu et ressenti en matière de sécurité - 2022; [consulté le 4 mai 2025].http://www.interieur.gouv.fr/Media/SSMSI/Files/SSMSI_Rapport-d-enquete-Vecu-et-ressenti-en-matiere-de-securite-2022
21. Alessandrini A. La transphobie en France : insuffisance du droit et expériences de discrimination: Cahiers du Genre. 30 mars 2016;n° 60(1):193-212.
22. TGEU - Trans Europe and Central AsiaTGEU. Will the cycle of violence ever end? TGEU's Trans Murder Monitoring project crosses 5,000 cases; 2024 [consulté le 4 mai 2025]. <https://tgeu.org/will-the-cycle-of-violence-ever-end-tgeus-trans-murder-monitoring-project-crosses-5000-cases/>
23. Légifrance. Article 225-2 - Code pénal ; [consulté le 4 mai 2025]. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000033975382
24. Erlangsen A, Jacobsen AL, Ranning A, et al. Transgender Identity and Suicide Attempts and Mortality in Denmark. JAMA. 27 juin 2023;329(24):2145-53.
25. Meyer IH. Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. 2007;
26. Tordoff DM, Wanta JW, Collin A, et al. Mental Health Outcomes in Transgender and Nonbinary Youths Receiving Gender-Affirming Care. JAMA Netw Open. 25 févr 2022;5(2)
27. Olson KR, Durwood L, DeMeules M, et al. Mental Health of Transgender Children Who Are Supported in Their Identities. Pediatrics. 1 mars 2016;137(3)
28. Cosne M. Santé des personnes transgenres 2021. Étude quantitative explorant la santé, l'accès aux soins et les discriminations vécues par les personnes transgenres en France en 2021. 2021.
29. Service public. Changement de prénom; [consulté le 26 mars 2025].<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F885>
30. Service public. Modification de la mention du sexe à l'état civil; [consulté le 26 mars 2025].<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F34826>
31. Légifrance. De la modification de la mention du sexe à l'état civil. Code civil, Article 61-5. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000033437637
32. Alpern S, Yaish I, Wagner-Kolasko G, et al. Why fertility preservation rates of transgender men are much lower than those of transgender women. Reproductive BioMedicine Online. mai 2022;44(5):943-50.
33. ASRM. Access to fertility services by transgender and nonbinary persons: an Ethics Committee opinion (2021); [consulté le 12 mai 2025].<https://www.asrm.org/practice-guidance/ethics-opinions/access-to-fertility-services-by-transgender-and-nonbinary-persons-an-ethics-committee-opinion-2021/>
34. Légifrance. Chapitre Ier : Dispositions générales. (Articles L2141-1 à L2141-13); [consulté le 30 avr 2025]. <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000043896209/2025-04-30/?isSuggest=true>
35. Puy V, Magnan F, Lousqui J, et al. Préservation de la fertilité chez les personnes transgenres. Med Sci (Paris). nov 2022;38(11):926-33.
36. APHP. Fertilité féminine: les principales techniques; 15 déc 2016 [consulté le 13 mai 2025]. <https://www.aphp.fr/fertilite-feminine-les-principales-techniques>
37. Eustache F, Drouineaud V, Mendes N, et al. Fertility preservation and sperm donation in transgender individuals: The current situation within the French CECOS network.

38. Légifrance. LOI n° 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique (1). 2 août 2021.
39. Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L. Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab. 1 nov 2017;102(11):3869-903.
40. Johnson N, Chabbert-Buffet N. Hormonothérapies de transition chez les personnes transgenres. Med Sci (Paris). EDP Sciences; nov 2022;38(11):905-12.
41. Base de données publique des médicaments. Résumé des caractéristiques du produit - OESTRODOSE 0,06 POUR CENT, gel pour application cutanée en flacon avec pompe doseuse; [consulté le 17 mai 2025]. <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=63071975&typedoc=R>
42. Base de données publique des médicaments. Résumé des caractéristiques du produit - ESTREVA 0,1 %, gel; [consulté le 17 mai 2025]. <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=63216075&typedoc=R>
43. Base de Données Publique des Médicaments. Résumé des caractéristiques du produit - FEMSEPT 100 microgrammes/24 heures, dispositif transdermique; [consulté le 4 sept 2025]. <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/medicament/67144004/extrait#tab-rcp>
44. Base de Données Publique des Médicaments. Résumé des caractéristiques du produit - THAIS 25 microgrammes/24 heures, dispositif transdermique; [consulté le 4 sept 2025]. https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/medicament/66283307/extrait#4.2._Posologie_et_mode_d_administration
45. Base de Données Publique des Médicaments. Résumé des caractéristiques du produit - DERMESTRIL 100 microgrammes/24 heures, dispositif transdermique; [consulté le 4 sept 2025]. https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/medicament/66501802/extrait#4.2._Posologie_et_mode_d_administration
46. Pharmacomedicale. Agonistes et antagonistes de la LH-RH; [consulté le 18 mai 2025]. <https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/agonistes-et-antagonistes-de-la-lh-rh>
47. Base de Données Publique des Médicaments; Résumé des caractéristiques du produit - DECAPEPTYL L.P. 11,25 mg, poudre et solvant pour suspension injectable (IM ou SC) forme à libération prolongée sur 3 mois [consulté le 10 sept 2025]. https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/medicament/67772596/extrait#5.2._Propri%C3%A9t%C3%A9s_pharmaco_cin%C3%A9tiques
48. Agence mondiale antidopage. Liste des interdictions; [consulté le 24 juill 2025]. <https://www.wadaama.org/fr/liste-des-interdictions>
49. Base de données publique des médicaments. Résumé des caractéristiques du produit - ANDROCUR 50 mg, comprimé sécable - [consulté le 17 mai 2025]. <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=61255738&typedoc=R#RcpPropPharmacologiques>
50. ANSM. MARR - Acétate de cyprotérone; [consulté le 17 mai 2025]. <https://ansm.sante.fr/tableau-marr/acetate-de-cyproterone>
51. Exposition prolongee a de fortes doses d'acetate de cyproterone et risque de meningiome chez la femme - Etude pharmaco-epidemiologique de cohorte a partir des donnees du SNDS - Juin 2019.
52. Résumé des Caractéristiques du Produit; Résumé des caractéristiques du produit - [cité le 17 mai 2025]. Disponible: <https://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0420376.htm>
53. Angus LM, Nolan BJ, Zajac JD, et al. A systematic review of antiandrogens and feminization in transgender women. Clinical Endocrinology. mai 2021;94(5):743-52.

54. Even Zohar N, Sofer Y, Yaish I, et al. Low-Dose Cyproterone Acetate Treatment for Transgender Women. *J Sex Med.* juill 2021;18(7):1292-8.
55. Coleman E, Radix AE, Bouman WP, et al. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *International Journal of Transgender Health.* 19 août 2022;23(sup1):S1-259.
56. Irwig MS. Is there a role for 5a-reductase inhibitors in transgender individuals? *Andrology.* nov 2021;9(6):1729-31.
57. Pyra M, Casimiro I, Rusie L, et al. An Observational Study of Hypertension and Thromboembolism Among Transgender Patients Using Gender-Affirming Hormone Therapy. *Transgender Health.* 1 mars 2020;5(1):1-9.
58. Yelehe M, Klein M, El Aridi L, et al. Adverse effects of gender-affirming hormonal therapy in transgender persons: Assessing reports in the French pharmacovigilance database. *Fundamemntal Clinical Pharma.* déc 2022;36(6):1115-24.
59. Van Zijverden LM, Wiepjes CM, Van Diemen JJK, et al. Cardiovascular disease in transgender people: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Endocrinology.* 1 févr 2024;190(2):S13-24.
60. Getahun D, Nash R, Flanders WD, et al. Cross-sex Hormones and Acute Cardiovascular Events in Transgender Persons: A Cohort Study. *Ann Intern Med.* 21 août 2018;169(4):205-13.
61. Raven LM, Guttman-Jones M, Muir CA. Hyperprolactinemia and association with prolactinoma in transwomen receiving gender affirming hormone treatment. *Endocrine.* mai 2021;72(2):524-8.
62. Leemaqz SY, Kyinn M, Banks K, et al. Lipid profiles and hypertriglyceridemia among transgender and gender diverse adults on gender-affirming hormone therapy. *Journal of Clinical Lipidology.* Elsevier BV; janv 2023;17(1):103-11.
63. OUTrans. Brochure Hormones et parcours trans; [consulté le 26 janv 2025]. <https://www.outrans.org/ressources/brochures-doutrans/hormones-et-parcours-trans/>
64. Sehgal I. Review of adult gender transition medications: mechanisms, efficacy measures, and pharmacogenomic considerations. *Front Endocrinol.* 4 juill 2023;14:1184024.
65. Base de données publique des médicaments. Résumé des caractéristiques du produit - ANDROTARDYL 250 mg/1 ml, solution injectable intramusculaire; [consulté le 26 janv 2025]. <https://base donnees-medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=68178899&typedoc=R>
66. Base de données publique des médicaments [En ligne]. Résumé des caractéristiques du produit - NEBIDO 1000 mg/4 ml, solution injectable; [consulté le 26 janv 2025]. <https://base donnees-medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=69033757&typedoc=R>
67. Société Française d'Endocrinologie. Testostérone undécanoate. 2024 [consulté le 23 mai 2025]. <https://www.sfendocrino.org/testosterone-undecanoate/>
68. Figueiredo MG, Gagliano-Jucá T, Basaria S. Testosterone Therapy With Subcutaneous Injections: A Safe, Practical, and Reasonable Option. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism.* 17 févr 2022;107(3):614-26.
69. Jaafar S, Torres-Leguizamon M, Duplessy C, et al. Hormonothérapie injectable et réduction des risques : pratiques, difficultés, santé des personnes trans en France. *Santé Publique.* Société Française de Santé Publique; mai 2023;Vol. 34(HS2):109-22.
70. Base de Données Publique des Médicaments; Résumé des caractéristiques du produit - ANDROGEL 16,2 mg/g, gel transdermique; [consulté le 31 juill 2025]. Disponible: <https://base donnees-medicaments.gouv.fr/medicament/68097237/extrait#tab-rcp>

71. Taub RL, Ellis SA, Neal-Perry G, et al. The effect of testosterone on ovulatory function in transmasculine individuals. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. août 2020;223(2):229.e1-229.e8.
72. Abern L, Maguire K. Contraception Knowledge in Transgender Individuals: Are we Doing Enough? [9F]. *Obstetrics & Gynecology*. mai 2018;131:65S.
73. Arshed A, Madanes S, Pottinger S, et al. Menstrual management in transgender and gender diverse individuals: psychiatric and psychosocial considerations. *Front Psychiatry*. Frontiers Media SA; 29 oct 2024 [consulté le 22 juill 2025];15. Disponible: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2024.1422333/full>
74. Faucher P, Linet T. La contraception d'un homme transgenre : à propos d'un cas et revue de la littérature. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*. mars 2023;51(3):182-5.
75. Defreyne J, Vantomme B, Van Caenegem E, et al. Prospective evaluation of hematocrit in gender-affirming hormone treatment: results from European Network for the Investigation of Gender Incongruence. *Andrology*. mai 2018;6(3):446-54.
76. Madsen MC, Van Dijk D, Wiepjes CM, et al. Erythrocytosis in a Large Cohort of Trans Men Using Testosterone: A Long-Term Follow-Up Study on Prevalence, Determinants, and Exposure Years. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 13 mai 2021;106(6):1710-7.
77. Rahman SU, Manasrah N, Kumar N, et al. Impact of Gender-Affirming Hormonal Therapy on Cardiovascular Risk Factors in Transgender Health. *JACC: Advances*. oct 2024;3(10):101265.
78. Nota NM, Wiepjes CM, De Blok CJM, et al. Occurrence of Acute Cardiovascular Events in Transgender Individuals Receiving Hormone Therapy: Results From a Large Cohort Study. *Circulation*. 12 mars 2019;139(11):1461-2.
79. Pirtea P, Ayoubi JM, Desmedt S, et al. Ovarian, breast, and metabolic changes induced by androgen treatment in transgender men. *Fertility and Sterility*. oct 2021;116(4):936-42.
80. De Blok CJM, Wiepjes CM, Nota NM, et al. Breast cancer risk in transgender people receiving hormone treatment: nationwide cohort study in the Netherlands. *BMJ*. 14 mai 2019;i1652.
81. Di Lisa FS, Villa A, Filomeno L, Arcuri T, et al. Breast and cervical cancer in transgender men: literature review and a case report. *Ther Adv Med Oncol*. janv 2024.
82. Meddispar. ANDROTARDYL; [consulté le 26 janv 2025]. [https://www.meddispar.fr/Medicaments/ANDROTARDYL-250-B-1/\(type\)/\(value\)/androtardyl/\(cip\)/3400930046135#nav-buttons](https://www.meddispar.fr/Medicaments/ANDROTARDYL-250-B-1/(type)/(value)/androtardyl/(cip)/3400930046135#nav-buttons)
83. Bui P. Féminisation faciale, historique, évolution des objectifs. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*. nov 2023;68(5-6):e1-4.
84. Condat A, Cohen D. La prise en charge des enfants, adolescentes et adolescents transgenres en France : controverses récentes et enjeux éthiques. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 1 déc 2022;70(8):408-26.
85. Madec FX, Sabbagh P, Schirrmann A, et al. Chirurgie génitale d'affirmation de genre pour les femmes trans: revue des vulvo-vaginoplasties. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*. nov 2023;68(5-6):468-76.
86. Schirrmann A, Neuville P, Morel-Journel N, et al. Chirurgie génitale de masculinisation des hommes trans. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*. nov 2023;68(5-6):462-7.
87. Haute Autorité de Santé. Transition de genre : la HAS publie les premières recommandations sur la prise en charge médicale de l'adulte; [consulté le 28 sept 2025]. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3636602/fr/transition-de-genre-la-has-publie-les-premieres-recommandations-sur-la-prise-en-charge-medicale-de-l-adulte

88. Trajectoires Jeunes Trans. Publication des premières recommandations françaises sur l'hormonothérapie des adolescent·es trans. 2024 [consulté le 28 sept 2025]. <https://trajectoiresjeunestrans.fr/actualites/publication-des-premieres-recommandations-francaises-sur-lhormonotherapie-des-adolescent-es-trans/>
89. Boskey ER, Scheffey KL, Pilcher S, et al. A Retrospective Cohort Study of Transgender Adolescents' Gender-Affirming Hormone Discontinuation. Journal of Adolescent Health. avr 2025;76(4):584-91.
90. James SE, Herman JL. The Report of the 2015 U.S. Transgender Survey. National Center for Transgender Equality; 2016.
91. Bustos VP, Bustos SS, Mascaro A, et al. Regret after Gender-affirmation Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis of Prevalence. Plast Reconstr Surg Glob Open. 19 mars 2021;9(3):e3477.
92. CNOP. Les prescriptions et délivrances hors AMM à l'officine; [consulté le 3 oct 2025]. <https://www.ordre.pharmacien.fr/je-suis/pharmacien/pharmacien/mon-exercice-professionnel/les-fiches-professionnelles/les-prescriptions-et-delivrances-hors-amm-a-l-officine>
93. Bouvenot G, Juillet Y, Saint-Pierre A, et al. Les Prescriptions médicamenteuses hors AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) en France. Une clarification est indispensable. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. nov 2018;202(8-9):1749-82.
94. Igas. Evaluation des conditions de prise en charge médicale et sociale des personnes trans et du transsexualisme | 4 mai 2012 [consulté le 17 févr 2025]. <https://igas.gouv.fr/Evaluation-des-conditions-de-prise-en-charge-medicale-et-sociale-des-personnes>
95. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. Rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans; [consulté le 17 févr 2025].<https://sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-relatif-a-la-sante-et-aux-parcours-de-soins-des-personnes-trans>
96. Pôle Team Trans Inter. Quazar, Centre LGBTI+ d'Angers et du Maine-et-Loire. [consulté le 1 avr 2025]. <https://quazar.fr/team-trans>
97. AssoConnect. Actions LGBTQIA+ | Nosig, Centre LGBTQIA+ de Nantes; [consulté le 10 avr 2025]. <https://www.nosig.fr/page/2385037-actions-lgbtqia>
98. Accueil transidentitaire. Association Homogène Centre LGBTI+ du Mans. 2021 [consulté le 10 avr 2025]. <https://homogene72.net/accueil-transidentitaire/>
99. LA GOM 53; [consulté le 10 avr 2025]. <https://www.helloasso.com/associations/la-gom-53-2>
100. Fondation Le Refuge. La ligne d'écoute. [consulté le 10 avr 2025]. <https://le-refuge.org/la-ligne-decout/>
101. CNOP. Les pharmaciens - Panorama au 1er janvier 2022; [consulté le 4 août 2025]. <https://www.ordre.pharmacien.fr/les-communications/focus-sur/la-demographie/les-pharmaciens-panorama-au-1er-janvier-2022>
102. Kelley. Transgender Research Informed Consent (TRICON) Disclosure Policy: 2022 Update. Trans Policy Reform Blog. 2022 [consulté le 15 janv 2025]. Disponible: <https://transpolicyreform.wordpress.com/2022/10/08/transgender-research-informed-consent-tricon-disclosure-policy-2022-update/>
103. VIDAL. ANDROTARDYL (testostérone) : risque de rupture de stock en début d'année 2019; [consulté le 25 janv 2025]. <https://www.vidal.fr/actualites/23054-androtardyl-testosterone-risque-de-rupture-de-stock-en-debut-d-annee-2019.html>
104. Société Française d'Endocrinologie SFE. Difficultés d'approvisionnement de la spécialité Androtardyl® et rappel des indications prioritaires; 17 juill 2018 [consulté le 25 janv 2025].

<https://www.sfendocrino.org/difficultes-dapprovisionnement-de-la-specialite-androtardyl-et-rappel-des-indications-prioritaires/>

105. Assemblée nationale Danièle Obono. Question écrite n° 20344; 11 juin 2019 [consulté le 25 janv 2025]. Disponible: <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/questions/QANR5L15QE20344>
106. Assemblée nationale Sébastien Peytavie. Question écrite n° 14115; [consulté le 25 janv 2025]. <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/questions/QANR5L16QE14115>
107. CNOP. Bonnes pratiques de dispensation des médicaments; [consulté le 23 janv 2025]. <https://www.ordre.pharmacien.fr/les-communications/focus-sur/les-autres-publications/bonnes-pratiques-de-dispensation-des-medicaments>
108. Service de Santé Universitaire Lyon 1. L'auto- injection d'hormones - Les tips de ton SSU 2024 [consulté le 25 janv 2025]. http://ssu.univ-lyon1.fr/files/2024/07/MANUEL_AUTO_INJECTION_A6_WEB.pdf
109. Formation Continue Sorbonne Université. DU - prise en charge de la transidentité [consulté le 26 août 2025]. <https://fc.sorbonne-universite.fr/nos-offres/prise-en-charge-de-la-transidentite/>
110. Université de Rennes. Diplôme d'Université - Prise en charge des personnes transgenres : aspects endocrinologiques, chirurgicaux et psychologiques | Annuaire des formations [consulté le 26 août 2025]. <https://formations.univ-rennes.fr/parcours/diplome-duniversite-prise-en-charge-des-personnes-transgenres-aspects-endocrinologiques>
111. Accompagnement, soins et santé des personnes trans : Fiche Parcours : Offre de formation; [consulté le 26 août 2025]. <https://offre-de-formations.univ-lyon1.fr/parcours-1219/accompagnement-soins-et-sante-des-personnes-trans.html>
112. Faculté de santé d'Angers. Parcours de formations pluriprofessionnelles (pharmaciens, infirmiers, médecins) - Angers; 6 janv 2025 [consulté le 10 sept 2025]. <https://fcsante.univ-angers.fr/fr/offre-de-formation/formations-courtes/parcours-de-formation-pour-les-pluripro-pharmaciens-infirmiers-medecins-angers.html>
113. Fransgenre. Fransgenre; [consulté le 26 août 2025].<https://fransgenre.fr>
114. Le ReST — Réseau Santé Trans. Formations; 2021 [consulté le 26 août 2025]. <https://reseausantetrans.fr/formations/>

Table des matières

PLAN	VII
LISTE DES ABREVIATIONS	IX
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I : REGARDS CROISES SUR LES TRANSIDENTITES	2
1. Un langage adapté comme outil de bienveillance	2
1.1. Genre et sexe, deux notions distinctes	2
1.2. Transidentités et terminologies associées	2
1.3. Des termes désuets à bannir	3
2. Les grandes étapes de l'histoire trans.....	4
3. Estimation du nombre de personnes transgenres	5
4. Une population marquée par une transphobie omniprésente	6
5. Santé mentale des personnes transgenres	7
6. Difficulté d'accès aux soins	8
CHAPITRE II : PARCOURS DE TRANSITIONS	9
1. Transition sociale	9
2. Transition administrative et juridique	9
3. Accueil d'une demande de transition médicale	10
4. Conservation des gamètes	10
4.1. Les techniques disponibles.....	11
4.2. Utilisation des gamètes	12
5. Hormonothérapie féminisante.....	13
5.1. Molécules utilisées et conseils associés	13
5.2. Effets attendus et temporalités	19
5.3. Effets indésirables.....	21
5.4. Suivi clinique et biologique	22
5.5. Cadre de prescription	22
6. Hormonothérapie masculinante.....	22
6.1. Testostérone	22
6.2. Contraception chez les hommes trans	26
6.3. Effets attendus et temporalité	28
6.4. Effets indésirables.....	29
6.5. Suivi clinique et biologique	31
6.6. Cadre de prescription	32
7. Chirurgie d'affirmation de genre	33
7.1. Chirurgie d'affirmation de genre chez les femmes trans	33
7.2. Chirurgie d'affirmation de genre chez les hommes trans	34
8. Spécificité des mineurs transgenres	35
9. La détransition, mythe ou réalité ?	36
CHAPITRE III : ACCOMPAGNEMENT PAR LES PHARMACIEN·NES D'OFFICINE	37
1. Accueil approprié sans attitude discriminante	37
2. Cadre légal et prescription hors AMM	38
3. Conseils pharmaceutiques associés	39
4. Un rôle de prévention essentiel.....	39
5. Des situations possibles à l'officine.....	40
6. Orientation vers des personnes qualifiées en Pays de la Loire	40
CHAPITRE IV : DOUBLE ENQUETE AUPRES DES PHARMACIEN·NES ET DES PATIENT·ES TRANSGENRES	42
1. Compétences et besoins des pharmaciens d'officine face à la transidentité : enquête en Pays de la Loire	42
1.1. Objectifs	42
1.2. Critères d'inclusion	42
1.3. Matériels et méthodes	42

1.4.	Exploitation des résultats	43
1.5.	Discussion.....	50
1.6.	Limites	51
2.	Enquête auprès de la population transgenre hormonée des Pays de la Loire : expériences et pistes d'amélioration	51
2.1.	Objectifs	51
2.2.	Critères d'inclusion	52
2.3.	Matériels et méthodes	52
2.4.	Exploitation des résultats	53
2.5.	Discussion.....	68
2.6.	Limites	68
CHAPITRE V : FORMATIONS DISPONIBLES ET PROPOSITIONS D'UN OUTIL PEDAGOGIQUE POUR SE FORMER EN AUTONOMIE		70
1.	Vers une formation adaptée des pharmaciens·nes	70
1.1.	Formations universitaires disponibles.....	70
1.2.	Formations associatives.....	70
2.	Proposition d'un outil de formation à destination des pharmaciens·nes	71
2.1.	Choix de l'outil	71
2.2.	Création de l'outil	71
2.3.	Contenu de la formation	71
2.4.	Perspective de la formation	72
CONCLUSION		73
BIBLIOGRAPHIE		74
TABLE DES MATIERES		81
TABLE DES ILLUSTRATIONS		83
TABLE DES TABLEAUX.....		84
ANNEXE 1 : BROCHURE SUR LA CONSERVATION DES GAMETES (CHU NANTES)		I
ANNEXE 2 : ATTESTATION D'INFORMATION ANDROCUR ®		II
ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE A L'ATTENTION DES PHARMACIENS.....		III
ANNEXE 4 : QUESTIONNAIRES A L'ATTENTION DES PERSONNES TRANS		V
ANNEXE 5 : PROSPECTUS POUR LA DIFFUSION DU QUESTIONNAIRE AU PRES DES PATIENT·ES ...		VIII
ANNEXE 6 : PUBLICATION SUR LES RESEAUX SOCIAUX POUR LA DIFFUSION DU QUESTIONNAIRE .		IX
ANNEXE 7 : DIAPOSITIVE 1 DE LA FORMATION		X
ANNEXE 8 : DIAPOSITIVE 2 DE LA FORMATION		XI
ANNEXE 9 : DIAPOSITIVE 3 DE LA FORMATION		XII
ANNEXE 10 : FICHE RESSOURCE POUR LES PATIENT·ES		XIII
ANNEXE 11 : DIAPOSITIVE 4 DE LA FORMATION		XIV

Table des illustrations

Figure 1 : Préservation de la fertilité chez les hommes trans (35)	12
Figure 2 : Les différentes utilisations des gamètes pour les personnes transgenres en France (35)	13
Figure 3 : Année d'obtention du diplôme des participant.es	43
Figure 4 : Lieu d'étude des participant.es	43
Figure 5 : Lieu d'exercice des participant.es	44
Figure 6 : Département d'exercice	44
Figure 7 : Nombre de patient.es transgenres par officine en fonction du lieu d'exercice.....	46
Figure 8 : Nombre de pharmacien.nes ayant reçu une formation sur les transidentités	47
Figure 9 : Nombre de personne souhaitant une formation aux transidentités	47
Figure 10 : Echelle d'auto-évaluation des connaissances sur la transidentité de 0 à 5	48
Figure 11 : Echelle d'auto-évaluation de la prise en charge des patient.es transgenres de 0 à 5	48
Figure 12 : Sujets à aborder en formation selon les participant.es	49
Figure 13 : Répartition des participant.es en fonction de leur genre	53
Figure 14 : Répartition des participant.es en fonction de leur lieu d'habitation	54
Figure 15 : Mode d'obtention actuel des hormones par les participant.es	54
Figure 16 : Obtention des médicaments par les patient.es	55
Figure 17 : Mode d'obtention des hormones dans le passé pour les participant.es ne se fournissant pas exclusivement en pharmacie	55
Figure 18 : Habitude de fréquentation des pharmacies par les participant.es	57
Figure 19 : Motivations à fréquenter plusieurs officines.....	58
Figure 20 : Appréciation de l'accueil selon les participant.es	59
Figure 21 : Taux de présence de conseils associés lors de la dispensation selon les participant.es	60
Figure 22 : Proportion de mauvaises expériences vécues en pharmacie selon les patient.es	63
Figure 23 : Avis des participant.es sur le manque de confidentialité comme frein à la discussion de la prise hormonale	66

Table des tableaux

Tableau I : Les différentes formes galéniques d'oestrogène disponibles	14
Tableau II : Comparaison des spécialités Oestrodose® et Estrava®	15
Tableau III : Renouvellement des dispositifs transdermiques d'estradol	16
Tableau IV : Les différentes spécialités d'analogues de GnRH	17
Tableau V : Effets féminisants attendus chez les femmes transgenres (39)	20
Tableau VI : Les différents gels de testostérone	25
Tableau VII : Les différentes formes galéniques de testostérone	26
Tableau VIII : Effets masculinisants attendus chez les hommes trans (13,39)	29
Tableau IX : Comparaison du nombre de participant·es par département avec la répartition des officines dans la région.....	44
Tableau X : Définitions apportées par les participant.es aux termes « femme transgenre » et « homme transgenre »	45
Tableau XI : Nombre de patient.es transgenres par officine selon le lieu d'exercice	46
Tableau XII : Motivations des participant·es pour se procurer des médicaments en dehors de la pharmacie	55
Tableau XIII : Différents types de mauvaises expériences vécues à la pharmacie	64
Tableau XIV : Proportion des bonnes expériences vécues en pharmacie selon les participant.es	65
Tableau XV : Comparaison des bonnes et mauvaises expériences vécues en pharmacie par thématique	65

Annexe 1 : Brochure sur la conservation des gamètes (CHU Nantes)



PRÉSERVER
SA FERTILITÉ...

QUAND ?

Une consultation d'information doit vous être proposée avant tout traitement susceptible d'altérer la fertilité tel que :

- ➡️ Prise d'hormones : retardateur de puberté (agoniste du GnRH), testostérone, estrogènes
- ➡️ et/ou chirurgie (ablation des ovaires ou des testicules).

Il est important d'y réfléchir même si vous n'envisagez pas pour l'instant d'avoir un jour un enfant.

Cette consultation pourra être programmée aussi rapidement que possible pour ne pas retarder le début du traitement hormonal.

Même si vous prenez déjà des hormones, il n'est pas trop tard pour venir en discuter car la préservation peut toujours être envisagée – avec ou sans arrêt temporaire du traitement, selon votre situation et votre souhait.

POURQUOI ?

Préserver ovocytes et spermatozoïdes est une offre de soins sans aucune obligation de réutilisation ultérieure.

Même si nous savons que les effets de certains traitements sont réversibles, nous ne disposons pas actuellement d'étude à grande échelle concernant leur impact à long terme sur la qualité des ovocytes et spermatozoïdes et la santé des enfants issus de ces gamètes. Alors pour maximiser ses chances de congeuler des cellules de bonne qualité il est recommandé de le faire jeune et avant d'avoir débuté une hormonothérapie.

COMBIEN ÇA COÛTE ?

Rien ne vous sera facturé, tout est pris en charge par la CPAM.

La première étape pour se lancer dans la préservation de fertilité, c'est de s'informer

L'équipe du centre de conservation des gamètes du CHU de Nantes, en charge de la préservation de fertilité pour la Loire-Atlantique, est à votre disposition pour toute prise de rendez-vous.



Médecine et biologie de la reproduction

PRISE DE RDV

- ✉️ bp-acc-amp@chu-nantes.fr
pour la congélation des spermatozoïdes :
📞 02 44 76 80 87
pour la congélation des ovocytes :
📞 02 40 08 32 34



Hôpital femme - enfant - adolescent
38, boulevard Jean Monnet.
Arrêt de tram Aimé Delrue

Avec le soutien institutionnel de GEDEON RICHTER

ENV-964-V01 - © stock.adobe.com

COMMENT ?

Pour les spermatozoïdes, le recueil se fait le plus souvent par masturbation au laboratoire. Dans certains cas, un prélèvement chirurgical pourra également vous être proposé.

Pour les ovocytes, il est nécessaire de réaliser dans un premier temps une stimulation ovarienne nécessitant des injections pendant 10 jours environ, avec surveillance par échographies abdominales et dosages sanguins, puis une ponction sous anesthésie permettra le recueil des cellules.

Spermatozoïdes et ovocytes seront ensuite congelés et conservés au laboratoire dans l'azote liquide aussi longtemps que vous le souhaitez selon le cadre réglementaire en vigueur.

OÙ ET AVEC QUI ?

Au CHU de Nantes : seul centre autorisé pour la préservation de fertilité en Loire-Atlantique.

Vous serez accueilli.e par une équipe de médecins et biologistes spécialistes de la fertilité, formés à la prise en charge des personnes trans dans un environnement inclusif et bienveillant.



ET APRÈS ?

L'utilisation des gamètes congelés nécessite une technique d'Assistance Médicale à Procréation (AMP ou PMA).

C'est la loi de bioéthique qui fixe le cadre réglementaire de l'AMP. La réutilisation des gamètes congelés peut être possible mais peut encore être limitée pour les personnes trans en fonction de leur situation personnelle et de celle de leur conjoint.e.

Dans les années à venir, le cadre légal évoluera probablement, et il est important d'anticiper pour ne pas regretter.



Il n'est pas nécessaire d'être bénéficiaire de l'ALD trans. Un simple formulaire de soins pour préservation de fertilité sera établi par l'équipe médicale qui vous prendra en charge.

Annexe 2 : Attestation d'information Androcur ®

Traitement par acétate de cyprotérone (50 mg et 100 mg) et risque de méningiome

(Document à remplir et signer par le médecin et le patient)

L'acétate de cyproterone (Androcur 50 mg, Androcur 100 mg et génériques) s'oppose aux effets des hormones sexuelles mâles (androgènes). Son utilisation prolongée à forte dose augmente le risque de survenue de méningiomes. Le méningiome est une tumeur généralement non cancéreuse développée aux dépens des membranes du cerveau (méninges).

L'objectif de cette attestation d'information est de garantir l'information des patients traités par acétate de cyprotérone (50 mg et 100 mg) par leur médecin sur :

- les risques de méningiome liés à la prise de ce traitement,
- les mesures permettant, d'une part, de vérifier l'absence de méningiome à l'initiation et au cours du traitement et, d'autre part, de réduire ces risques au cours du traitement,
- la conduite à tenir en cas d'identification d'un méningiome.

Attestation d'information

Veuillez lire attentivement ce qui suit et cocher les cases

Nous confirmons avoir discuté des points suivants :

- | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--|
| • Ce médicament est prescrit : | - dans les indications de son AMM <input type="checkbox"/> | |
| | - hors AMM <input type="checkbox"/> | |
| • Ce médicament est contre-indiqué en cas d'existence ou d'antécédent de méningiome. Une imagerie du cerveau par IRM en début de traitement est / a été prescrite pour vérifier l'absence de méningiome. | <input type="checkbox"/> | |
| • L'utilisation prolongée de l'acétate de cyprotérone au delà de 6 mois, à la posologie de 50 mg par jour, peut multiplier le risque de méningiome par 7, et par 20 au-delà de 5 ans de traitement. | <input type="checkbox"/> | |
| • Les symptômes cliniques évocateurs d'un méningiome peuvent être, notamment, des maux de tête, des troubles de la vision et/ou du langage, l'apparition d'une épilepsie. En cas de symptômes cliniques évocateurs, il est nécessaire de consulter le médecin traitant. | <input type="checkbox"/> | |
| • L'intérêt de la prescription doit être réévalué annuellement en tenant compte du bénéfice et des risques pour chacun. Dans la mesure où le risque augmente avec la dose et la durée d'utilisation, les utilisations prolongées et à fortes doses doivent être évitées. | <input type="checkbox"/> | |
| • Si le traitement est poursuivi pendant plusieurs années, une IRM cérébrale devra être réalisée 5 ans après la première IRM, puis tous les deux ans si l'IRM à 5 ans est normale, et ce, tant que le traitement est maintenu. | <input type="checkbox"/> | |
| • En cas de découverte d'un méningiome, le traitement devra être arrêté définitivement et un avis neurochirurgical sera requis. | <input type="checkbox"/> | |
| • Cette attestation d'information ne constitue en aucune manière une décharge de responsabilité ni une acceptation du risque en l'état des connaissances à ce jour | | |

Nom du médecin :

Date :

Signature et tampon du médecin :

Nom du patient :

Date

Signature

L'ORIGINAL DE CE DOCUMENT DATÉ ET SIGNÉ DOIT ÊTRE CONSERVÉ AVEC LE DOSSIER MÉDICAL DU PATIENT ET UNE COPIE EST REMISE AU PATIENT QUI DOIT LE PRÉSENTER IMPÉRATIVEMENT AU PHARMACIEN POUR CHAQUE DELIVRANCE DU MÉDICAMENT.
LA DUREE DE VALIDITÉ DE CE FORMULAIRE EST DE 1 AN. LA POURSUITE DU TRAITEMENT AU DELÀ DE 1 AN NECESSITE UN NOUVEL ACCORD DE SOINS (FORMULAIRE ANNUEL).

Annexe 3 : Questionnaire à l'attention des pharmaciens.

Dans le cadre de ma thèse d'exercice, je cherche à améliorer l'accompagnement des patients transgenres pendant leur parcours de transition en officine. Pour cela, je souhaite réaliser un état des lieux des connaissances et formations des pharmaciens des Pays de Loire sur la transidentité afin de proposer des pistes d'amélioration.

Ce questionnaire s'adresse à tous les pharmaciens adjoints ou titulaires. Il ne prendra que cinq minutes.

Vos réponses resteront anonymes, et les informations recueillies seront traitées de manière confidentielle.

Je vous remercie par avance pour votre précieuse contribution, ainsi que pour le temps et l'intérêt que vous accorderez à mon questionnaire.

Pour toutes questions vous pouvez me contacter à l'adresse suivante : magie@etud.univ-angers.fr

- 1) Année d'obtention de votre diplôme de docteur en pharmacie :
- 2) Lieu de votre formation :
- 3) Lieu d'exercice actuel :
 - Milieu rural / ville
 - Département
- 4) Cochez la bonne définition d'une femme transgenre :
 - Femme assignée homme à la naissance
 - Homme assigné femme à la naissance
- 5) Cochez la bonne définition d'un homme transgenre :
 - Femme assignée homme à la naissance
 - Homme assigné femme à la naissance
- 6) Combien de patients transgenres sont suivis dans votre officine ?
- 7) Avez-vous eu des enseignements sur la transition de genre pendant vos études ?
 - Oui
 - Non
 - ➔ Si OUI : ces cours vous semblent-ils suffisants et appropriés ?
 - Oui
 - Non
- 8) Vous êtes-vous informés par vos propres moyens sur les traitements hormonaux utilisés pour les transitions de genre ?
 - Oui
 - Non
- 9) Pensez-vous avoir besoin d'une formation sur la transition de genre ?
 - Oui
 - Non
 - ➔ Si OUI : à quel sujet ?
 - Vocabulaires de la transidentité
 - Savoir les accueillir de manière adaptée
 - Les traitements disponibles en France

- o Le mécanisme des traitements hormonaux
 - o Les effets indésirables des traitements hormonaux
 - o Une formation avec l'ensemble de ces points
- 10) Sur une échelle de 1 à 10, à combien évalueriez-vous vos connaissances sur la Trans identité et sa prise en charge ? (0 = je ne connais rien / 10 = je connais tout)
- 11) Sur une échelle de 1 à 10, pensez-vous prendre correctement en charge vos patients ? (0 = je pense prendre très mal en charge mes patients transgenres / 10 = je pense prendre correctement en charges mes patients transgenres)
- 12) Avez-vous déployé des moyens particuliers pour les patients transgenres dans votre pharmacie ?
(Procédures, entretiens, ...)
- 13) Avez-vous déjà eu le cas d'ordonnances falsifiées concernant des traitements hormonaux pour un parcours de transition ?
- Jamais
 - 1 fois
 - 2 fois
 - 3 ou plus
- 14) Avez-vous des attentes particulières sur ce sujet ? (Ex : questionnement, demande de formation)
- 15) Seriez-vous intéressé pour recevoir ma thèse par mail ? Si oui précisez votre adresse e-mail ci-dessous.
- 16) Des remarques ?

Annexe 4 : Questionnaires à l'attention des personnes trans

Questionnaire à l'attention des personnes en transition de genre avec prise hormonale.

Dans le cadre de mes études de pharmacie, je dois réaliser une thèse d'exercice. J'ai choisi de me concentrer sur l'accompagnement des personnes transgenres en pharmacie d'officine. A mon sens, ce sujet ne peut être étudié sans prendre en compte l'avis des personnes concernées. C'est pourquoi je me permets de vous adresser ce questionnaire afin d'améliorer l'accueil des personnes transgenres en pharmacie. Je souhaite me concentrer sur la délivrance des hormones dans le cadre d'une transition hormonale. Ce questionnaire s'adresse donc aux personnes transgenres prenant actuellement des hormones. **Cette étude s'adresse uniquement aux personnes résidant dans les Pays de la Loire.**

Je mets à votre disposition les réponses aux questions du TRICON (Transgender Research Informed Consent) vous permettant d'avoir un consentement éclairé concernant cette étude.

*** Quel est l'objectif spécifique de cette étude et les impacts attendus sur les vies des personnes trans dans le futur ?** L'objectif est de se renseigner sur le vécu des personnes transgenres hormonées autour de la dispensation de leurs hormones et de prendre en compte leurs pistes d'amélioration. Cette étude permettra de recueillir et quantifier les comportements inadaptés et de trouver des solutions pour les changer. À terme, une procédure sera créée en collaboration avec des personnes trans et proposée aux pharmacies qui souhaitent la mettre en place.

*** Qui est le ou la chercheuse principale de cette étude ?** Marine GIET, étudiante en cinquième année de pharmacie à Angers.

*** Quelle est ou quels sont les institutions ou organismes qui parrainent la recherche ?** Cette enquête est réalisée dans le cadre de ma thèse. Elle est donc dirigée par la faculté de pharmacie et de santé d'Angers.

*** Comment les chercheur.e.s/étudiant.e.s trans sont inclus.e.s dans ce travail de recherche ?** Aucun.e étudiant.e trans n'est inclus.e dans ce travail de recherche. Je suis seule à le réaliser. En revanche, ce questionnaire a été relu par des personnes concernées.

*** Qui finance l'étude ?** L'étude ne fait l'objet d'aucun financement.

*** Qui est la population ciblée par cette étude ?** Toutes les personnes transgenres utilisant des hormones dans les Pays de la Loire.

*** Y a-t-il un coût ou un déplacement requis, ou y a-t-il une compensation pour les participant.e.s?** Aucun coût, déplacement ni compensation. Le questionnaire prendra environ 10 minutes de votre temps.

*** Les résultats de cette recherche seront-ils publiés dans un journal ou une chaîne libre d'accès ?** Le questionnaire est anonyme. Les résultats seront disponibles dans ma thèse qui sera en libre accès sur internet. Ils pourront potentiellement être publiés dans un journal pharmaceutique.

Si vous souhaitez recevoir ma thèse une fois terminée, je vous invite à m'envoyer un mail pour m'en informer : marine.giet49@gmail.com

- 1) Dans quelle région habitez-vous ? (Pour rappel, cette étude se limite aux résidants des Pays de la Loire)

- Pays de la Loire
- Autre

- 2) Comment vous définissez vous ?
- Personne transféminine (assignée garçon à la naissance)
 - Personne transmasculine (assignée fille à la naissance)
- 3) Où habitez-vous ?
- En ville
 - En milieu rural
- 4) Où obtenez-vous vos hormones actuellement ?
- Pharmacie
 - Internet
 - Partage de produit par la communauté
 - Laboratoire communautaire
 - Autre : ...
- 5) Où avez-vous déjà obtenu vos hormones dans le passé ?
- Pharmacie
 - Internet
 - Partage de produit par la communauté
 - Laboratoire communautaire
 - Autre : ...
- ➔ Si procuration hors pharmacie : pour quelle raison ?
- Refus de prescription par un.e médecin
 - Refus de se rendre en pharmacie
 - Autre : ...
- 6) Avez-vous déjà eu recours à de fausses ordonnances ?
- Oui
 - Non
- 7) Allez-vous chercher vos médicaments (hormones) dans la même pharmacie ?
- Oui, je vais toujours dans la même pharmacie
 - Oui, je vais souvent dans la même pharmacie
 - Non, je change régulièrement de pharmacie
- ➔ Si non, pourquoi ?
- o Transphobie
 - o Produits en rupture de stock
 - o Pas de lieu de vie fixe
 - o Autres
- 8) L'accueil vous a-t-il convenu ?
- Oui
 - Non
- ➔ Si non, Pourquoi ?
- 9) Vous a-t-on donné des conseils lors de la dispensation de vos hormones ?

- Oui → Les conseils donnés lors de la dispensation de vos hormones étaient-ils pertinents/adaptés ?
Si Non → Lesquels ?
- Non → Quelles informations vous a-t-il manqué selon-vous ?

10) Avez-vous déjà eu de mauvaise expérience en pharmacie ?

- Absence de mauvaise expérience
- Mégenrage
- Utilisation de vocabulaire non-adapté
- Utilisation du dead-name
- Curiosité mal-placée / questions intrusives
- Outing à mon entourage
- Jugement
- Absence de discréction
- Refus de délivrer les hormones
- Refus de l'ordonnance d'un·e Généraliste
- Autre : ...

11) Avez-vous déjà eu de bonne expérience en pharmacie ?

- Utilisation du bon genre pour s'adresser à vous
- Utilisation du bon prénom
- Explication sur la prise hormonale
- Aucun avis exprimé, neutralité
- Discréction
- Autre :

12) Le manque de confidentialité à l'officine est-il un frein pour discuter de votre prise hormonale avec le pharmacie.ne ?

- Oui
- Non

13) Avez-vous des suggestions pour améliorer l'accompagnement des personnes trans en pharmacie ?

14) Autres remarques libres :

Annexe 5 : Prospectus pour la diffusion du questionnaire au près des patient·es

QUESTIONNAIRE À L'ATTENTION DES PERSONNES EN TRANSITION DE GENRE AVEC PRISE HORMONALE RÉSIDANT EN PAYS DE LA LOIRE

Etude menée dans le cadre d'une **thèse** d'exercice de pharmacie sur "L'accompagnement des personnes transgenres en pharmacie"

Quels sont les objectifs ?

- **Se renseigner sur le vécu** des personnes transgenres hormonées autour de la dispensation de leurs hormones.
- **Prendre en compte les pistes d'amélioration** suggérées.
- **Création d'une procédure** en collaboration avec des personnes trans qui sera proposée aux pharmacies qui souhaitent la mettre en place.



Pour qui ?

Toutes les personnes **transgenres** utilisant des **hormones** dans les **Pays de la Loire**.

Par qui ?

Je suis **Marine GIET**, étudiante en cinquième année de pharmacie à Angers. Ce questionnaire a été réalisé en collaboration avec des personnes trans concernées.



Ce questionnaire est **anonyme** !

Si vous souhaitez recevoir ma thèse une fois terminée je vous invite à m'envoyer un mail pour m'en informer (marine.giet49@gmail.com)



MERCI POUR
VOTRE PARTICIPATION !



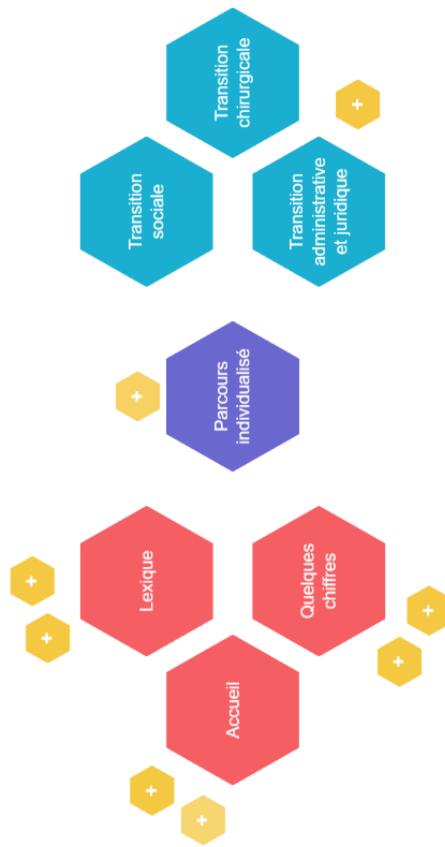
Annexe 6 : Publication sur les réseaux sociaux pour la diffusion du questionnaire



Annexe 7 : Diapositive 1 de la formation

ACCOMPAGNER LES PERSONNES TRANSGENRES À L'OFFICINE

Formation interactive à destination des pharmaciens·nes et préparateur·rices en pharmacie



Réalisée par Marine GIET dans le cadre d'une thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie intitulée « Accompagnement des personnes transgenres en pharmacie »

Annexe 8 : Diapositive 2 de la formation

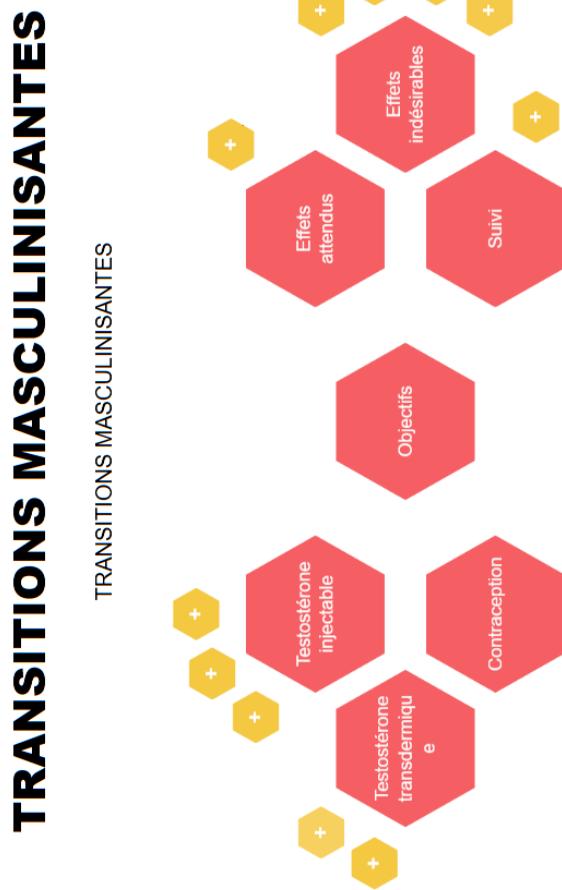
TRANSITIONS FÉMINISANTES

TRANSITIONS FÉMINISANTES



Réalisée par Marine GIET dans le cadre d'une thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie intitulée « Accompagnement des personnes transgenres en pharmacie »

Annexe 9 : Diapositive 3 de la formation



Réalisée par Marine GIET dans le cadre d'une thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie intitulée « Accompagnement des personnes transgenres en pharmacie »

Annexe 10 : Fiche ressource pour les patient.es

RESSOURCES POUR LES PERSONNES TRANS ET LEURS PROCHES

RESSOURCES INTERNET

Site web avec de multiples informations : information sur les démarches administratives et médicales, brochures à destination des proches, forum, témoignages, ...

Wikitrans : <https://wikitrans.co>

Transgenre : <https://transgenre.fr>

Outrans : <https://www.outrans.org>



ASSOCIATIONS LOCALES EN PAYS DE LA LOIRE

Liste non exhaustive d'associations locales proposant :
Groupes de parole pour les personnes concernées et les proches,
rendez-vous individuels ou familiaux, moments conviviaux,
assistance dans les démarches, ...

Quazar à Angers

NOSIG à Nantes

Homogène72 au Mans

La Gom'53 à Laval

Centre LGBT de Vendée à la Roche-sur-Yon

L'association Contact à Angers, Nantes, la Roche-sur-Yon et Laval

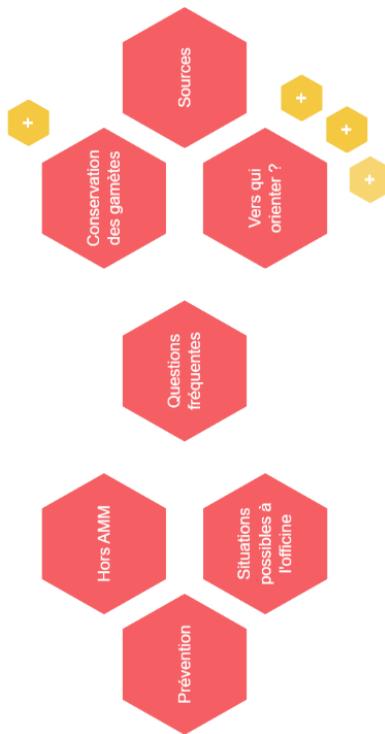


N'hésitez pas à revenir vers nous en cas de besoin !

Annexe 11 : Diapositive 4 de la formation

QUESTIONS FRÉQUENTES

QUESTIONS FRÉQUENTES



Réalisée par Marine GIET dans le cadre d'une thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie intitulée « Accompagnement des personnes transgenres en pharmacie »

GIET Marine

Accompagnement des personnes transgenres en pharmacie : Enquête sur les pratiques professionnelles et développement d'un outil de formation

RÉSUMÉ

Bien que les personnes transgenres gagnent en visibilité médiatique, elles continuent de subir de nombreuses discriminations. Leur parcours de santé reste largement méconnu, y compris par les professionnel·les de santé, notamment les pharmaciens·nes, qui occupent pourtant une position centrale dans la dispensation des traitements hormonaux. Ce travail vise à analyser les pratiques et à identifier des pistes pour améliorer l'accompagnement des personnes transgenres au sein de la pharmacie d'officine.

Après une revue de la littérature scientifique retraçant les parcours et réalités vécues des personnes transgenres, ce travail présente deux enquêtes menées par l'auteure.

La première, auprès des pharmaciens·nes, révèle un manque important de formation sur les questions trans, malgré la fréquence des patient·es transgenres en officine.

La seconde, auprès des personnes transgenres, montre un accueil globalement satisfaisant, mais souligne aussi la persistance d'expériences négatives telles que le mégenrage, le jugement et le manque de conseils associés.

Face à ces constats, un outil de formation interactif en libre accès, accessible via une page web, a été conçu. Il appartient désormais à la profession de s'en saisir pour améliorer les pratiques et garantir un accompagnement respectueux et adapté à toutes les personnes trans.

Mots-clés : Transgenre, pharmacie, enquête, formation

Transgender patient support in community pharmacy: Professional practices and training tool development

ABSTRACT

Although transgender individuals are gaining media visibility, they continue to face significant discrimination. Their healthcare journeys remain widely misunderstood, including by healthcare professionals such as pharmacists, who hold a central role in dispensing hormonal treatments. This work aims to analyze current practices and identify ways to improve the support provided to transgender individuals in community pharmacy settings.

Following a review of the scientific literature that traces the pathways and lived realities of transgender people, this study presents two surveys conducted by the author.

The first, carried out with pharmacists, highlights a significant lack of training on trans-related issues, despite the frequency of transgender patients in community pharmacies.

The second, conducted with transgender people, shows an overall satisfactory reception but also emphasizes the persistence of negative experiences such as misgendering, judgment, and lack of appropriate counseling.

In response to these findings, an open-access interactive training tool, available via a web page, was designed. It is now up to the profession to make use of it in order to improve practices and ensure respectful, tailored support for all transgender people.

Keywords : Transgender, Pharmacy, Study, Training