

- p. 433 **Caractéristiques sociodémographiques, identifications de genre, parcours de transition médicopsychologiques et VIH/sida dans la population trans. Premiers résultats d'une enquête menée en France en 2010**
Socio-demographical characteristics, gender identifications, medical and psychological transition process and HIV infection among the transgender population. First results of a 2010 survey carried out in France
- p. 438 **Tests rapides d'orientation et de diagnostic de l'infection par le VIH en CDAG : expérience pilote en France (janvier 2010-janvier 2011)**
Rapid tests for the diagnosis of HIV infection in free and anonymous screening consultations: a pilot experience in France (January 2010-January 2011)
- p. 441 **Surveillance de la grippe A(H1N1) chez les personnes vivant avec le VIH, Cohorte ANRS CO3 Aquitaine (France), 2009-2010**
Surveillance of the A(H1N1) influenza epidemic in the ANRS CO3 Aquitaine Cohort of HIV-infected patients, France, 2009-2010

Caractéristiques sociodémographiques, identifications de genre, parcours de transition médicopsychologiques et VIH/sida dans la population trans. Premiers résultats d'une enquête menée en France en 2010

Alain Giami (alain.giami@inserm.fr), Emmanuelle Beaubatie, Jonas Le Bail

Inserm, Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations, U1018, Équipe Genre, santé sexuelle et reproductive, Le Kremlin-Bicêtre, France

Résumé / Abstract

Introduction – Peu de données fiables sont disponibles en France sur la population trans. Une enquête a été réalisée en 2010 auprès de personnes trans, afin de déterminer leurs caractéristiques sociodémographiques, leurs parcours de soins et leurs situations vis-à-vis du VIH/sida.

Matériel et méthodes – Un questionnaire a été élaboré et diffusé de juillet à octobre 2010, en collaboration avec des associations identitaires et des professionnels de santé hospitaliers et libéraux.

Résultats – Au total, 381 personnes ont répondu de façon anonyme au questionnaire auto-administré et l'ont renvoyé. Le sexe de l'état-civil à la naissance et l'identification de genre constituaient les principaux indicateurs permettant de dessiner différents profils, parcours de soins et situations par rapport au VIH/sida. Les profils sociodémographiques différaient selon le sexe de l'état-civil à la naissance. Les parcours de soins variaient aussi selon cette notion, mais surtout selon l'identification de genre exprimée par les individus eux-mêmes. Le statut sérologique vis-à-vis du VIH était fortement déterminé par le sexe de l'état-civil à la naissance : seules les *male-to-female* (MtF) étaient touchées par le VIH, et plus encore lorsqu'elles étaient d'origine étrangère et avaient eu une expérience du travail sexuel.

Discussion-conclusion – Cette enquête, innovante par son mode de recrutement des individus en partenariat avec leurs principaux réseaux de socialisation et par l'utilisation de catégories d'identification de genre, met en évidence l'hétérogénéité de la population trans et la nécessité de prendre en compte les différences entre ses sous-groupes. Les résultats confirment la gravité de l'épidémie du VIH/sida chez les MtF et éclairent sur les difficultés d'accès aux soins en France.

Socio-demographical characteristics, gender identifications, medical and psychological transition process and HIV infection among the transgender population. First results of a 2010 survey carried out in France

Introduction – Data on the transgender population in France are scarce. The French National Institute of Health and Medical Research (INSERM) carried out a survey on transgender individuals in order to identify their socio-demographic characteristics, their medical and psychological transition processes, and their situation regarding HIV infection.

Material and methods – A questionnaire was developed and disseminated from July to October 2010 in partnership with transgender NGOs, public hospital practitioners and private practice practitioners.

Results – Overall, 381 individuals responded the self-administered questionnaire and sent it back anonymously to the research team. Sex assigned at birth and gender identification, which was expressed by the individuals in their own words, were the two key variables that enabled to outline different profiles, medical transition processes and situations regarding HIV infection. Socio-demographic profiles of the transgender population vary according to the sex assigned at birth, and the participation in the medical transition process also varies according to the sex at birth, but mainly according to gender identification. The HIV serological status is strongly determined by the sex at birth: male-to-females (MtF) are exclusively infected by HIV, especially when they were born abroad and when they experienced sex work.

Discussion-conclusion – This survey is innovative insofar as it used a sampling methodology that was based on partnerships with the transgender individuals' main networks of socialization, and partly focused its analyze on gender identification categories. The results highlight the diversity

of the transgender population and the necessity, in future research, to take into account the differences between its subgroups. They also confirm the severity of the HIV epidemic among the MtF. Finally, this study brings into light the problems related to the French medical protocol for the transgender, and the difficulties of health care access in this population.

Mots clés / Key words

Transgenre, caractéristiques sociodémographiques, parcours de soins, VIH-sida / Transgender, socio-demographical characteristics, access to health-care, HIV/AIDS

Introduction

Les pouvoirs publics en France et les institutions internationales s'intéressent depuis peu à la santé, à la prise en charge médicale et juridique et aux droits de la population trans, à tel point que ces questions apparaissent désormais inscrites dans un ordre du jour politique qui dépasse le domaine de la santé publique [1-3]. La demande d'une enquête de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) sur le transsexualisme et sa prise en charge, en avril 2011, par le ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé, témoigne des enjeux contemporains soulevés par cette question. En effet, les trans restent mal connus au plan démographique et psychosociologique, d'où la difficulté de disposer d'estimations chiffrées de cette population. Dans ce contexte, le terme de « trans », que nous employons ici, constitue une désignation générique incluant les « transsexuels », les « troubles de l'identité de genre », les « transgenres », les « transidentitaires », et toutes les autres expressions exprimant la diversité des identifications de genre [4;5].

Alors que les contours mêmes de cette population ne sont pas dessinés, son hétérogénéité interne demeure relativement méconnue. Les différences selon le sexe de l'état-civil à la naissance, la pluralité des identifications de genre, ou encore la diversité des parcours de soins font l'objet de peu d'études en sociologie comme en santé publique. En France, une seule enquête exploratoire a été réalisée en 2007, mais elle ne tenait pas compte des différences entre les sous-groupes de cette population (notamment selon le sexe de l'état-civil à la naissance), produisant ainsi une représentation unifiée des trans [6]. À l'inverse, dans le domaine du VIH/sida, la population trans est presque systématiquement réduite à certains des sous-groupes qui la composent (les MtF, les travailleurs du sexe et les personnes appartenant à des minorités ethniques) [7].

L'objectif principal de l'enquête « Trans et santé sexuelle » était d'identifier et de décrire les caractéristiques sociodémographiques de la population trans, leurs parcours de soins concernant le processus de transition, leur santé sexuelle, leur vie sexuelle et leurs situations relatives au VIH/sida. Plus précisément, nous avons tenté de discuter l'intérêt respectif de différentes catégories analytiques permettant d'identifier la diversité des profils qui composent cette population.

Nous utilisons les termes génériques de *male-to-female* (MtF) et *female-to-male* (FtM) : le premier désigne les individus ayant été assignés à la naissance au sexe masculin et engagés dans une démarche de transition vers le sexe féminin ou l'ayant déjà réalisée ; inversement, le terme FtM désigne les individus ayant été assignés à la naissance au sexe féminin et effectuant ou ayant effectué une transition vers le sexe masculin.

Conformément aux usages des associations trans, les MtF sont désignées au féminin et les FtM au masculin.

Méthode

Constitution de l'échantillon et collecte des données

Une enquête de type ethnographique a été menée au sein de la population trans en France à partir de 2004, afin d'en identifier les contours, les principaux réseaux de socialisation et les informateurs-clés pouvant nous aider à l'élaboration du questionnaire et à sa distribution. Nous avons retenu comme partenaires de l'enquête des associations identitaires trans et des professionnels de santé hospitaliers et libéraux (psychiatres, endocrinologues, chirurgiens, généralistes, dermatologues, gynécologues, psychologues, orthophonistes, phoniatres). Nous n'avons pas exploré systématiquement les autres lieux de sociabilité tels que les bars et boîtes de nuit, mais l'animatrice d'un établissement parisien a proposé de mettre le questionnaire à disposition de sa clientèle. Le travail de recensement, notamment celui des professionnels de santé libéraux, a été réalisé par l'intermédiaire d'informateurs-clés implantés dans le domaine associatif et/ou médical. Il s'est déroulé sur l'ensemble du territoire métropolitain. Sur les 21 associations contactées, 18 ont accepté ce partenariat. Six équipes hospitalières ont été sollicitées, dont une équipe belge assurant les soins médicaux et chirurgicaux de trans vivant en France ; et quatre d'entre elles (dont l'équipe belge) se sont engagées à contribuer à l'enquête. Sur les 254 médecins généralistes et spécialistes contactés par courrier de l'Inserm, 57 ont accepté de participer au projet (65 adresses étaient erronées ou concernaient des médecins ayant cessé leur activité, soit un taux d'acceptation des praticiens libéraux de 30,2%).

Un comité de pilotage a été constitué par la Direction générale de la santé (DGS), commanditaire et principal financeur de l'enquête, afin d'assurer la discussion entre l'équipe de l'Inserm en charge de l'enquête et les partenaires. Le questionnaire, validé par les partenaires et le comité de pilotage, a été diffusé sur un mode relais. Chacun des partenaires estimait le nombre précis de questionnaires à diffuser dans son réseau. Le questionnaire, rédigé en langue française, était auto-administré et fourni avec une enveloppe T préaffranchie à renvoyer directement à l'Inserm par voie postale. Le mode de diffusion était laissé à l'initiative des partenaires : soit distribué lors de consultations par les professionnels de santé, soit proposé par les associations à leurs membres. La phase de diffusion s'est déroulée de juillet à octobre 2010. À l'issue de cette période, chaque partenaire précisait le nombre de questionnaires qu'il avait reçu de l'équipe et le nombre effectivement distribué. Par ailleurs, le questionnaire comportait un item

permettant de savoir par quel intermédiaire le répondant avait eu accès au questionnaire, ce qui a rendu possible le calcul des taux de diffusion et des taux de réponse. Le protocole de cette enquête, visant à préserver l'anonymat des répondants, a été validé par le Comité d'évaluation éthique de l'Inserm, qui a valeur d'*Institutional Review Board* à la date du 24 novembre 2009. Le questionnaire comportait 119 questions, divisées en quatre sections : sociodémographie, parcours de transition et prise en charge médicale et psychologique, santé, sexualité.

Les traitements statistiques (tests de significativité et régressions logistiques) ont été réalisés avec le logiciel Stata®. Ils ont également donné lieu à la construction de deux variables centrales pour l'analyse : l'identification de genre et le stade de transition.

Indicateur de l'identification de genre

À la question ouverte « Sur le plan de l'identité de genre, comment vous définissez-vous actuellement ? », 200 réponses ont été obtenues en clair. Elles ont été analysées qualitativement et construites en six modalités : « femme », « homme », « femme trans », « homme trans », « trans » et « autre ». Cette typologie, fondée sur les propos des répondants et l'analyse de la littérature internationale [8-11], prend en compte les deux catégories de genre conventionnelles (homme et femme), deux catégories intermédiaires conciliant les catégories conventionnelles et l'identification en tant que « trans », et deux catégories excluant toute référence au dimorphisme de genre dont l'une ne mentionnant pas la notion de « trans » (en transition d'un genre à l'autre).

Indicateur du stade du parcours de transition

Un indicateur des stades du parcours de soins a été construit en prenant en compte quatre démarches : la demande de certificat d'un psychiatre attestant du diagnostic de « trouble de l'identité de genre », passage obligatoire pour bénéficier de la prise en charge dans les hôpitaux publics et du remboursement par l'Assurance-maladie, la prise d'hormones, le recours à la chirurgie génitale (stérilisation et/ou réassignation de sexe) et la demande de changement d'état-civil auprès d'un tribunal. L'indicateur comprend cinq modalités, la première correspondant à la situation de personnes n'ayant fait aucune des quatre démarches et la cinquième à celles ayant réalisé les quatre.

Régressions logistiques

Des modèles logistiques ont été réalisés en ajustant pour l'âge, avec pour variables dépendantes le statut professionnel, la situation familiale (légale) actuelle, le fait d'avoir été marié ou pacsé dans le passé, le fait d'avoir eu des enfants et le niveau de

diplôme et, pour variables indépendantes : l'âge et le sexe de l'état-civil à la naissance. Les variables dépendantes ont été recodées en deux modalités : travailler actuellement (en étant déclaré ou pas) ou être actuellement inactif (être au chômage, étudiant, être à la retraite, être en arrêt maladie, être en recherche d'emploi) pour le statut professionnel, être actuellement célibataire ou avoir un statut autre que célibataire (marié, pacsé, divorcé, veuf) pour la situation familiale actuelle et enfin, pour le niveau d'études, avoir un niveau d'études inférieur ou supérieur au baccalauréat.

Résultats

Taux de diffusion et taux de réponse (tableau 1)

Sur la totalité des questionnaires envoyés, 11,7% n'ont pas pu être suivis dans la suite de l'enquête, faute de réponse des associations ou des médecins à propos des questionnaires qu'ils ont diffusés. Trois associations sur 18 au total n'ont pas répondu (13,5% des questionnaires envoyés par ce biais). Trois médecins libéraux sur 57 n'ont pas répondu (qui représentent 13,6% des questionnaires qui leur ont été envoyés). Les médecins hospitaliers ont tous répondu, ce qui conduit, pour le total des médecins, à une absence de suivi de 10,0% des questionnaires. Pour calculer les taux de diffusion et de réponse, nous avons considéré les taux de diffusion comme nuls pour les associations et médecins ne nous ayant pas fait de retour.

Sexe de l'état-civil à la naissance et identification de genre

Les FtM représentent 25,2% de l'effectif total et les MtF 73,8%¹. La répartition des individus selon les catégories d'identification de genre qui ont été établies à partir des réponses au questionnaire est similaire pour les MtF et les FtM. Les MtF se disent « femme » à 53,4% et les FtM « homme » à 54,1%. Près d'un quart du total s'identifient aux catégories intermédiaires : 22,8% des MtF se disent « femme trans » et 25,0% des FtM se disent « homme trans ». Enfin, 12,8% et 3,6% des MtF se disent respectivement « trans » et « autre », ainsi que 11,5 et 4,1% des FtM.

Identification de genre selon l'intermédiaire de recrutement

On a observé un lien entre le mode de recrutement et les identifications de genre exprimées par les répondants. Le pourcentage de ceux qui s'identifient comme « homme » ou « femme » s'élève à 60,7% pour les recrutements par le biais de professionnels de santé, tandis que les « femmes trans » et « hommes trans » représentent 18,6% des recrutements effectués par ce biais et les « trans » et « autres », 14,2%. Parmi ceux qui ont été recrutés par le biais d'associations identitaires trans, la proportion d'« hommes » et de « femmes » est moindre (50,0%), mais celle des « hommes trans » ou « femmes trans » ainsi que des « trans » ou « autres » est plus importante que celle qui a été recueillie auprès des professionnels de santé (respectivement 30,3% et 17,6%).

¹ Il y a eu quatre non-réponses à la question sur le sexe de l'état-civil à la naissance.

Tableau 1 Taux de distribution par les intermédiaires de recrutement et taux de réponses au questionnaire. Enquête Trans et santé sexuelle, France, 2010 / Table 1 Circulation rates by partners for sampling and response rate to the questionnaire. Transgender & Sexual Health Study, France, 2010

Intermédiaire de recrutement	Questionnaires envoyés		Questionnaires diffusés		Questionnaires reçus	
	N	N	Taux de diffusion en %	N	Taux de réponse en %	
Associations	747	342	41,7	142	41,5	
Médecins libéraux	590	336	57,0	113	33,6	
Médecins hospitaliers	210	181	86,2	70	38,7	
Total médecins	800	517	64,6	183	35,4	
Non-réponses				56		
Total	1 547	859	55,5	381	44,4	

Caractéristiques sociodémographiques

Les profils sociodémographiques sont fortement différenciés selon le sexe de l'état-civil à la naissance, qui reste ainsi un indicateur de

différenciation important au sein de cette population (tableau 2).

Les régressions logistiques du statut professionnel ainsi que de la situation familiale actuelle indiquent un effet non significatif du sexe de

Tableau 2 Caractéristiques sociodémographiques selon le sexe de l'état civil à la naissance. Enquête Trans et santé sexuelle, France, 2010 / Table 2 Socio-demographic characteristics by sex assigned at birth. Transgender & Sexual Health Study, France, 2010

	Sexe de l'état-civil à la naissance*						Chi 2
	Féminin (n=96)		Masculin (n=281)		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Âge							61,0^b
34 ans et moins	62	64,6	71	25,3	133	35,3	
35 à 49 ans	29	30,2	98	34,9	127	33,7	
50 ans et plus	3	3,1	105	37,4	108	28,6	
Non-réponse	2	2,1	7	2,5	9	2,4	
Pays de naissance							6,3^a
France métropolitaine et DOM**	90	93,8	233	82,9	322	85,4	
Autres pays	6	6,2	46	16,4	3	0,8	
Non-réponse	0	0,0	2	0,7	52	13,8	
Niveau d'études							13,0^b
Études primaires ou pas de scolarité	4	4,2	33	11,7	37	9,8	
CAP, BEPC, BEP	22	22,9	87	31,0	109	28,9	
Baccalauréat général ou technique	22	22,9	32	11,4	54	14,3	
Diplôme universitaire	47	49,0	118	42,0	165	43,8	
Autres, ne sait pas, non-réponse	1	1,0	11	3,9	12	3,2	
Statut professionnel							39,8^b
Profession déclarée	40	41,7	132	47,0	172	45,7	
Travail non déclaré	2	2,1	11	3,9	13	3,4	
Demandeur d'emploi ou ne travaillant pas	26	27,0	79	28,1	105	27,8	
Arrêt maladie	3	3,1	16	5,7	19	5,0	
Retraite	1	1,0	29	10,3	30	8,0	
Étudiant	23	24,0	12	4,3	35	9,3	
Non-réponse	1	1,0	2	0,7	3	0,8	
Avoir été marié/pacsé dans le passé							30,5^b
Oui	15	15,6	134	47,7	149	39,5	
Non	80	83,3	146	52,0	226	60,0	
Non-réponse	1	1,0	1	0,4	2	0,5	
Situation familiale actuelle							33,4^b
Célibataire	81	84,4	168	59,8	249	66,1	
Marié	1	1,0	42	15,0	43	11,4	
Pacsé	8	8,3	8	2,8	16	4,2	
Divorcé	6	6,3	57	20,3	63	16,7	
Veuf	0	0,0	4	1,4	4	1,1	
Non-réponse	0	0,0	2	0,7	2	0,5	
Avoir des enfants							41,0^b
Oui	8	8,3	124	44,1	132	35,0	
Non	87	90,6	153	54,4	240	63,7	
Non-réponse	1	1,0	4	1,4	5	1,3	

* Les 4 non-réponses à la question du sexe de l'état-civil à la naissance ne sont pas prises en compte dans ce tableau.

** Les DOM ne concernent que 3 individus dans l'échantillon.

^a p<0,05 ; ^b p<0,01

Tableau 3 Stades de transition selon l'identification de genre. Enquête Trans et santé sexuelle, France, 2010 / Table 3 Transition process steps according to gender identification. Transgender & Sexual Health Study, France, 2010

Stade de transition	Identification de genre																Chi 2
	Femme		Homme		Femme trans		Homme trans		Trans		Autre		Non-réponse		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Aucune démarche	6	4,0	2	3,6	2	3,1	1	3,8	6	12,5	3	21,4	3	14,3	23	6,0	28,9 ^a
Une ou deux démarches	64	42,4	21	37,5	40	61,5	12	46,2	28	58,3	8	57,1	6	28,6	179	47,0	
Trois ou quatre démarches	81	53,6	33	58,9	23	35,4	13	50,0	14	29,2	3	21,4	12	57,1	179	47,0	
Total	151	100,0	56	100,0	65	100,0	26	100,0	48	100,0	14	100,0	21	100,0	381	100,0	

^a p<0,01.

l'état-civil à la naissance. En revanche, les régressions logistiques qui modélisent le fait d'avoir été marié/pacsé dans le passé et le fait d'avoir eu des enfants ont révélé un effet du sexe de l'état-civil à la naissance. Le fait d'avoir été marié ou pacsé dans le passé est plus souvent retrouvé chez les MtF (OR=1,8 ; IC95% [0,9-3,6], p<0,10) comme le fait d'avoir eu des enfants (OR=3,3 ; IC95% [1,4-7,7], p<0,01) par rapport aux FtM. Enfin, les MtF ont plus souvent obtenu le baccalauréat général ou technique que les FtM (avec un OR de 0,4 ; IC95% [0,2-0,7], p<0,01).

Parcours de soins médicosychologique et juridique

Au total, une proportion de 83,5% de l'échantillon (85,4% des FtM et 83,6% des MtF) a eu recours à la démarche diagnostique auprès d'un psychiatre pour l'obtention du certificat attestant du « trouble de l'identité de genre ». Ce pourcentage est similaire pour ce qui concerne la prise d'hormones (85,3% au total, 78,1% des FtM et 88,3% des MtF). Par contre, sur le plan des opérations génitales, 22,0% des individus ont eu recours à la chirurgie de stérilisation (orchidectomie, hystérectomie) et 29,4% à la chirurgie de réassignation de sexe (vaginoplastie, phalloplastie, métaoïdioplastie). Parmi ceux n'ayant eu recours ni à la stérilisation ni à la réassignation de sexe, 66,9% envisagent l'une ou l'autre dans l'avenir (63,8% des FtM et 68,3% des MtF). Les MtF ont recours à la chirurgie de réassignation de sexe davantage que les FtM (33,5% des MtF contre 18,8% des FtM). En revanche, ces derniers bénéficient plus fréquemment de la stérilisation (36,5% y ont recours chez les FtM contre 17,4% chez les MtF). Enfin, 44,9% des répondants ont fait une demande de changement d'état-civil (50,0% des FtM et 43,4% des MtF). On observe ainsi que la majorité de la population interrogée a au moins commencé le parcours de transition médicosychologique et que seule une minorité a eu recours aux opérations chirurgicales. Par ailleurs, la proportion de ceux/celles qui souhaitent effectuer ces opérations reste très élevée (tableau 3).

Si l'on s'intéresse plus spécifiquement à la chirurgie de réassignation de sexe (phalloplastie, métaoïdioplastie ou vaginoplastie), on observe des différences importantes selon l'identification de genre des personnes puisqu'elle concerne 39,7% des « femmes » contre 29,2% des « femmes trans » et seulement 8,3% des « trans ». En revanche, cette inégale répartition ne se retrouve pas chez les FtM, puisque 19,6% des « hommes » et 19,2% des « hommes trans » y ont eu recours. Cette répartition est relativement proche dans le cas de la chirurgie de stérilisation (hystérectomie, orchidectomie),

à l'exception d'un écart entre les « hommes » (33,9%) et les « hommes trans » (50,0%). Les « femmes » ont bénéficié d'une chirurgie de stérilisation à 22,5% et les « femmes trans » à 12,3%. Les « hommes trans » ont donc davantage recours à la stérilisation que les « hommes », une dynamique inverse par rapport aux MtF.

Expérience vécue et contexte du parcours de soins

Plus de la moitié des individus (56,9%) qui ont suivi une démarche diagnostique auprès d'un psychiatre pour l'obtention du certificat l'ont fait auprès d'un psychiatre libéral et 34,6% auprès d'une équipe hospitalière. Parmi les individus ayant eu recours à une ou plusieurs interventions chirurgicales génitales, 32,1% en ont réalisé au moins une dans un hôpital public en France, 12,1% dans une clinique privée en France et 66,4% à l'étranger². Une proportion de 58,7% des personnes opérées dans le secteur public ont très bien ou plutôt bien vécu leur parcours, pourcentage qui s'élève à 94,1% pour celles qui ont été opérées en clinique privée et à 77,7% pour celles ayant bénéficié de ces interventions à l'étranger. Cette différence d'appréciation subjective de la qualité des soins – selon le lieu où ils ont été reçus – est confirmée par le fait d'avoir vécu des complications suite à une intervention chirurgicale sur les organes génitaux³. Près de la moitié (48,9%) des individus opérés dans un hôpital public français ont déclaré avoir connu de telles complications, contre seulement 17,6% et 23,7% respectivement de ceux ayant réalisé l'opération en clinique privée en France ou à l'étranger.

VIH/sida

Le taux de dépistage du VIH est important dans la population trans : 82,5% des MtF et 63,6% des FtM ont déclaré avoir fait le test au moins une fois dans leur vie et 32,3% des FtM et 39,2% des MtF déclarent en avoir fait un au cours des douze derniers mois. La prévalence du VIH/sida dans l'échantillon est fortement différenciée selon le sexe de l'état-civil à la naissance, puisqu'aucun FtM n'a déclaré être porteur du VIH. Elle s'élève à 6,9% parmi les MtF ayant déjà réalisé un test de dépistage du VIH. Parmi les MtF ayant déjà eu recours au travail du sexe, 17,2% sont séropositives. Précisons que 20,6% des MtF ont déjà pratiqué le travail du sexe au moins une fois dans leur vie, ainsi que 12,5% des FtM. Par ailleurs, 10,9% des MtF nées à l'étranger sont séropositives. Au total, la prévalence du VIH parmi les MtF nées

à l'étranger et ayant déjà eu recours au travail du sexe est de 36,4% (n=4).

Discussion

La méthode par partenariats adoptée dans cette enquête est inédite dans le domaine des populations difficiles à joindre. Elle se distingue à la fois de l'échantillonnage dirigé par les répondants (RDS) [12] et de l'échantillonnage dit par « boule de neige » [2]. Cependant, le choix de ce type de recrutement a pu introduire certains biais d'échantillonnage. Les trans n'évoluant pas ou plus dans les réseaux associatifs ou dans le circuit médical public ou privé, profil correspondant surtout aux personnes estimant avoir achevé leur transition depuis plus ou moins longtemps, ont pu échapper à cette méthode de recrutement. Il a été choisi de ne pas mettre en œuvre un recrutement sur Internet à la manière de l'enquête de 2007 [6] afin de privilégier la traçabilité des questionnaires. La participation à l'enquête est plus importante lorsque le questionnaire est obtenu au travers des associations identitaires que lorsqu'il l'est par le biais d'un professionnel de santé, ce qui peut être interprété comme une résistance de la part des trans vis-à-vis d'un document fourni par une structure médicale dont ils dépendent pour la poursuite de leur parcours de soins.

Ne disposant pas de population de référence, il était difficile d'évaluer la représentativité de l'échantillon, mais il a été néanmoins possible de comparer sa composition avec celle d'autres enquêtes ou estimations. Du point de vue du sexe de l'état-civil à la naissance, la proportion en faveur des MtF obtenue dans cette enquête est supérieure à celle que l'on observe à partir des études internationales, qui ont établi un ratio de 1 FtM pour 3 MtF [13]. Par ailleurs, la mobilisation des réseaux spécifiques du travail sexuel ou des personnes de nationalité autre que française aurait sans doute permis de surreprésenter ces groupes et d'étudier leurs caractéristiques avec plus de précision. Toutefois, les proportions de travailleurs du sexe et de personnes n'étant pas nées en France sont largement supérieures à celles qui ont été recrutées *via* Internet dans l'enquête de 2007 (1,1% de travailleurs du sexe et 6,2% de répondants de nationalité étrangère), ce qui confirme l'intérêt du mode de recrutement des répondants qui a été mis au point pour cette enquête [6].

L'apport principal de ces résultats réside dans la mise en évidence de l'hétérogénéité de la population trans, en particulier selon le sexe de l'état-civil à la naissance et l'identification de genre. Cette diversité peut être observée à plusieurs niveaux. Premièrement, sur un plan sociodémographique, les différences entre MtF et FtM sont importantes.

² Il s'agit d'une question à réponses multiples dans le questionnaire.

³ Le questionnaire ne permet pas de connaître la nature précise de ces « complications ».

Elles s'expliquent en partie par un effet d'âge, les FtM étant en moyenne plus jeunes que les MtF, mais l'effet du sexe de l'état-civil à la naissance reste fort en ce qui concerne le fait d'avoir été marié ou pacsé et d'avoir eu au moins un enfant. Les MtF ont eu plus fréquemment une histoire conjugale (hétérosexuelle dans la plupart des cas) et des enfants préalablement à leur engagement dans un processus de transition. L'explication de cette différence d'âge à la transition entre les FtM et MtF, de ses déterminants et de ses implications nécessite des recherches supplémentaires pluridisciplinaires prenant en compte des aspects cliniques, psychologiques et sociologiques [14-16].

À l'impact du sexe de l'état-civil à la naissance, s'ajoute celui de l'identité de genre lorsqu'il est question du parcours de soins. La démarche diagnostique auprès d'un psychiatre et la prise d'hormones ont été effectuées par la plupart des individus qui ont répondu à l'enquête. De ce point de vue, cette enquête aura recruté une majorité d'individus ayant déjà eu recours, à des degrés divers, à une forme de médicalisation de leur existence. En revanche, le recours aux chirurgies génitales de stérilisation et de réassignation de sexe est associé à la fois à l'état-civil à la naissance et à l'identification de genre. Le degré de développement technique, l'accès aux opérations chirurgicales disponibles en France ainsi que les exigences juridiques pour le changement de l'état-civil peuvent apporter des éléments éclairants sur le fait que les FtM ont plus fréquemment recours à la stérilisation et les MtF à la réassignation de sexe. En effet, la phalloplastie n'étant que très rarement réalisée en France, seule la stérilisation est exigée par la majorité des tribunaux de grande instance pour le changement d'état-civil des FtM, tandis que la pénectomie et la vaginoplastie sont toujours impératives pour les MtF. Quant aux variations selon l'identification de genre des personnes, on constate que lorsque les individus ont adopté une identification de genre conforme au dimorphisme de genre, ils effectuent plus fréquemment l'ensemble du parcours de soins. Il existe ainsi un lien fort entre l'identification de genre subjective et le parcours médical et juridique poursuivi, que l'on peut ici attribuer à un choix subjectif des personnes.

L'enquête révèle également des difficultés d'accès aux soins pour les trans en France ainsi que l'inadéquation d'une partie de l'offre de soins à la demande exprimée par cette population. Les répondants déclarent, le plus fréquemment, effectuer leur démarche diagnostique auprès d'un psychiatre libéral qu'auprès d'une équipe hospitalière, les délais étant considérablement moins longs et les exigences moins nombreuses pour obtenir le certificat leur donnant accès au traitement hormono-chirurgical. Un tiers des personnes enquêtées a eu recours à la chirurgie de réassignation et/ou de stérilisation de sexe et, quand elles l'ont fait, les deux tiers l'ont pratiquée à l'étranger. Deux tiers de ceux qui n'ont pas eu recours à ces opérations envisagent de le faire dans un avenir proche. Enfin, les répondants

ont déclaré une plus forte proportion de survenue de complications suite aux interventions sur les organes génitaux en hôpital public qu'en clinique privée ou à l'étranger. L'ensemble de ces chiffres suggère que l'offre de soins chirurgicale reste insuffisante et qu'elle ne répond pas complètement aux attentes des personnes concernées, qui témoignent ici d'une satisfaction mitigée à l'égard de ce type de soins. Par ailleurs, ces problèmes posés par le protocole de soins français s'inscrivent paradoxalement dans un contexte dans lequel il est obligatoire d'avoir eu recours à une chirurgie de réassignation de sexe et/ou de stérilisation pour obtenir le changement d'état-civil. Cette obligation administrative pourrait avoir comme effet d'inciter à la réalisation de ces opérations des personnes qui ne sont pas immédiatement désireuses de le faire.

Enfin, cette enquête démontre qu'il est indispensable de prendre en compte le sexe de l'état-civil à la naissance lorsqu'il est question de VIH dans cette population. On observe une prévalence nulle du VIH parmi les FtM, qui corrobore les résultats des enquêtes internationales [17]. En revanche, la prévalence de l'infection à VIH parmi les MtF confirme la gravité de l'épidémie dans ce sous-groupe, et *a fortiori* lorsque ces personnes ont eu l'expérience du travail sexuel et sont d'origine étrangère, ce qui est cohérent avec les données présentées dans la méta-analyse de Herbst *et al.* [18]. Les résultats font également état d'un fort taux de recours au dépistage du VIH parmi cette population, indiquant qu'elle considère avoir conscience des risques auxquels elle est exposée.

Conclusion

Cette recherche a permis une approche fine et détaillée de l'hétérogénéité des profils qui composent la population trans. L'identification subjective de genre, indicateur original construit pour l'analyse de cette enquête, s'est révélée très pertinente pour décrire les différentes modalités des parcours de transition. Le sexe de l'état-civil à la naissance demeure cependant un indicateur discriminant à ne pas négliger, en particulier au niveau des caractéristiques sociodémographiques, de l'accès aux soins et de la prévalence du VIH. Ces résultats, qui font apparaître l'inadéquation relative de l'offre de soins, témoignent également de l'urgence d'une réflexion sur le protocole public « officiel » de prise en charge des trans en France, notamment en le mettant en regard avec l'offre de soins proposée dans d'autres pays.

Remerciements

Aux associations identitaires, aux cliniciens hospitaliers et libéraux ainsi qu'à toutes les personnes qui ont accepté de répondre à ce questionnaire.

À Henri Panjo, ingénieur statisticien à l'Inserm, pour son travail sur la base de données.

Aux membres de l'Association Gender (Loi 1901) qui nous a apporté son soutien dès le début de ce projet.

Ce projet a été soutenu et financé par la Direction générale de la santé.

Références

- [1] Haute Autorité de Santé. Situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge du transsexualisme en France. Paris : Haute Autorité de santé ; 2009. Disponible à : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_894315/situation-actuelle-et-perspectives-devolution-de-la-prise-en-charge-medicale-du-transsexualisme-en-france
- [2] Biernacki P, Waldorf D. Snowball sampling: problems and techniques of chain referral sampling. *Sociological Methods & Research*. 1981;10(2):141-63.
- [3] Hammarberg C. Issue Paper on Gender Identity and Human Rights. Strasbourg : Conseil de l'Europe; 2009. Disponible à : http://www.coe.int/t/commissioner/Activities/PLList_en.asp
- [4] Bockting WO. From construction to context: gender through the eyes of the transgendered. *SIECUS report*. 1999. October/November, p. 3-7.
- [5] Giami A. Identifier et classer les trans : entre psychiatrie, épidémiologie et associations d'usagers. *L'Information Psychiatrique*. 2011;87:269-77.
- [6] Kayigan d'Almeida W, Lert F, Hazera H. Transsexuel(le)s : conditions et style de vie, santé perçue et comportements sexuels. Résultats d'une enquête exploratoire par Internet, 2007. *Bull Epidémiol Hebd*. 2008;240-4.
- [7] Giami A, Le Bail J. HIV infection and STI in the trans population: a critical review. *Rev Epidémiol. Santé Publique*. 2011;59:259-68.
- [8] Hausman BL. Changing sex. Transsexualism, technology, and the idea of gender. Durham: Duke University Press, 1995.
- [9] Herdt GH. Third Sex, Third Gender. Beyond Sexual Dimorphism in Culture and History. New York: Zone Books, 1993.
- [10] Boehmer U. Twenty years of public health research: inclusion of lesbian, gay, bisexual, and transgender populations. *Am J Public Health*. 2002;92(7):1125-30.
- [11] Bockting WO. Psychotherapy and the real-life experience: From gender dichotomy to gender diversity. *Sexologies*. 2008;17(4):211-24.
- [12] Heckart DD. Respondent-Driven Sampling: A new approach to the Study of Hidden Populations. *Social Problems*. 1997;44(2):174-99.
- [13] Zucker KJ, Lawrence AA. Epidemiology of gender identity disorder: Recommendations for the standards of care of the World Professional Association for Transgender Health. *Int J Transgenderism*. 2009;11:8-18.
- [14] Schrock DP, Reid LL. Transsexuals' sexual stories. *Arch Sex Behav*. 2006;35(1):75-86.
- [15] Hérault L. Usages de la sexualité dans la clinique du transsexualisme. *L'Autre. Cliniques, Cultures et Sociétés*. 2010;11(3):278-91.
- [16] Connell, R. Two cans of paint: A transsexual life story, with reflections on gender change and history. *Sexualities*. 2010;13(1):3-19.
- [17] Clements-Nolle K, Marx R, Guzman R, Katz M, HIV prevalence, risk behaviors, health care use, and mental health status of transgender persons: implications for public health intervention. *Am J Public Health*. 2001;91(6):915-21.
- [18] Herbst JH, Jacobs ED, Finlayson TJ, McKleroy VS, Neumann MS, Crepaz N; HIV/AIDS Prevention Research Synthesis Team. Estimating HIV prevalence and risk behaviors of transgender persons in the United States: a systematic review. *AIDS Behav*. 2008;12(1):1-17.