

DIU DE PRISE EN CHARGE DE LA TRANSIDENTITÉ

ANNE-GAËLLE DRAPIER - 8 FÉVRIER 2019

**PLACE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE
DANS LE PARCOURS DE SOINS**

TRANSIDENTITÉ ET MÉDECINE GÉNÉRALE

RECOMMANDATIONS D'EXPERTS

Prise en charge hospitalière pluridisciplinaire centrée sur l'intervention de psychiatres, endocrinologues et chirurgiens.

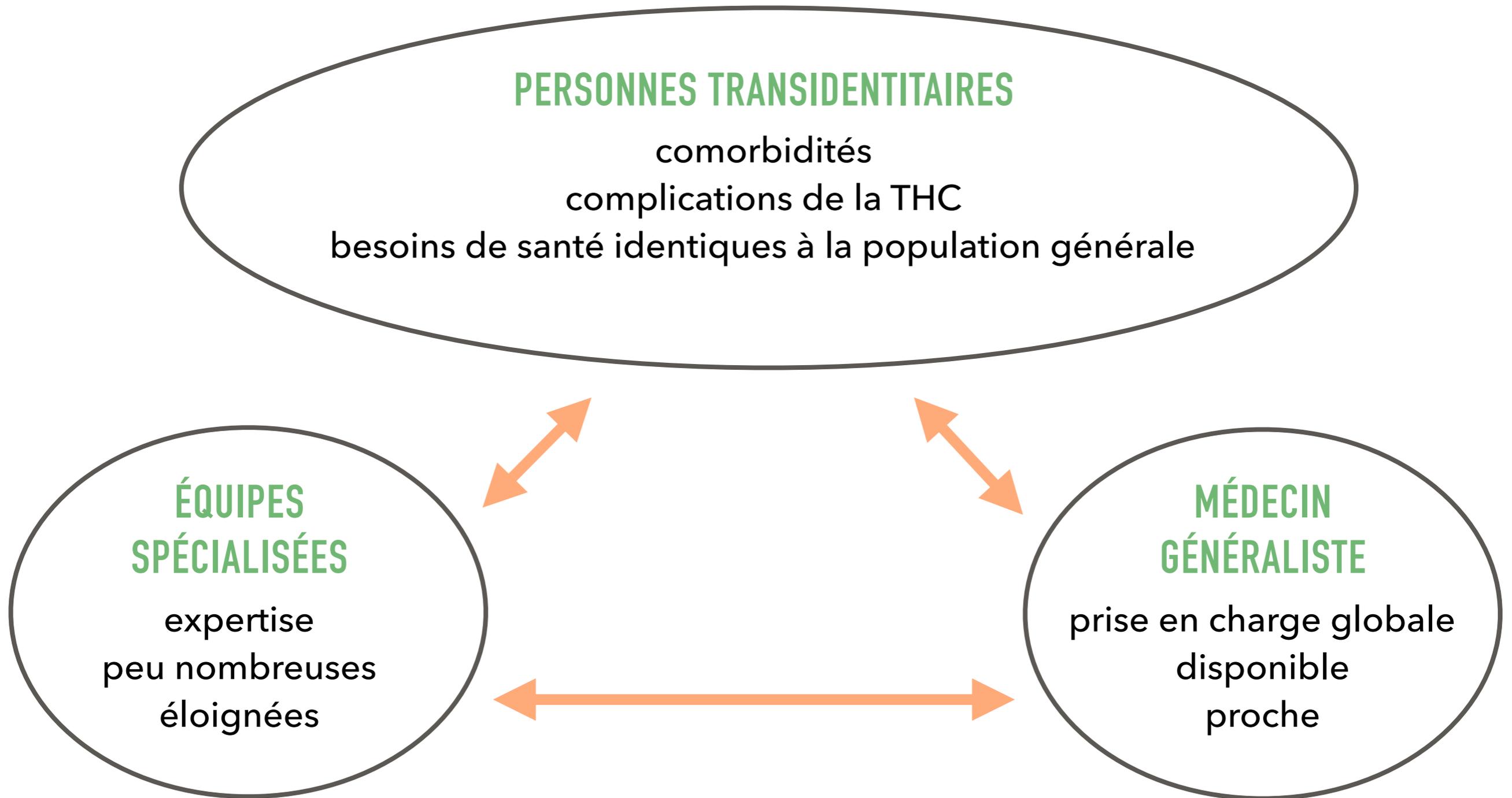
HAS et IGAS :

- Meilleure intégration du médecin généraliste à condition d'une **formation** sur la transidentité → DIU
- Mise en place de **réseaux** avec les médecins généralistes

EN RÉALITÉ

- **Aucune formation** dans le cadre du DES de médecine générale
- Les médecins généralistes sont **plus sollicités** durant la THC :
→ étude auprès de MtF et de médecins généralistes ayant suivi des MtF (thèse) :
70 à 80 % ont consulté leur médecin généraliste pendant la THC versus 40 % après
- Le médecin généraliste est susceptible d'intervenir **tout au long du parcours**

COORDINATION DES INTERVENANTS



PREMIER CONTACT AVEC LE SYSTÈME DE SOINS

PROFESSIONNEL DE SOINS PRIMAIRES

- habituellement le premier contact avec le système de soins
- offre un **accès ouvert et non limité**

POINT DE DÉPART DE LA PRISE EN CHARGE

Expliquer les étapes et la durée du parcours de soins (2 ans) :

- évaluation diagnostique et pronostique
- 1^{ère} RCP : confirmation d'éligibilité au traitement hormonal
- hormonothérapie féminisante ou masculinisante
- 2^{nde} RCP : confirmation d'éligibilité au traitement chirurgical
- chirurgie de réassignation sexuelle
- suivi post-opératoire

Adresser à un psychiatre de l'équipe de référence la plus proche (coordonnées sur le site de la SoFECT) et proposer une nouvelle consultation entre temps.

ÉVALUATION INITIALE

DIAGNOSTIC POSITIF

Selon le DSM-V : **évaluation bio-psycho-sociale** qui s'appuie sur des éléments biographiques.

FACTEURS PRONOSTIQUES

Associés à des résultats non satisfaisants de la THC, des regrets et des troubles dépressifs :

- psychiques : syndrome anxio-dépressif, auto-agressivité, abus de substance, troubles de la sexualité, troubles du comportement alimentaire
- socio-affectifs : faible support affectif ou familial, précarité, inadaptation sociale
- transsexuels « secondaires »
- fausses croyances et attentes irréalistes

SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

NÉCESSITÉ D'UN ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE

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

WPATH : le médecin traitant offre une écoute attentive

RELATION MÉDECIN-PATIENT DANS LA DURÉE

- proposer un soutien psychologique en cas de facteurs pronostiques identifiés
- proposer de recevoir la famille
- longs délais de rendez-vous avec les spécialistes : proposer des rendez-vous plus rapprochés

HORMONOTHÉRAPIE

ENJEUX IMPORTANTS

- Premier motif de consultation
- Prescription par quasiment la moitié des médecins
- Beaucoup d'attentes : 91 % des patientes souhaitaient une meilleure intégration du médecin généraliste concernant l'hormonothérapie.

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

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

HORMONOTHÉRAPIE

PRESCRIPTION

Avant la chirurgie :

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

Après la chirurgie :

Rapport HAS + recommandations étrangères

→ prescription de l'hormonothérapie par un médecin généraliste :

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

HORMONOTHÉRAPIE

RISQUES

MtF :

- accident thromboembolique : œstrogénothérapie percutanée si > 40 ans et/ou troubles thromboemboliques sous-jacents
- hyperprolactinémie → prolactinome (ANSM 10/18)
- cancer de la prostate : recommandations de la population générale

FtM :

- cancer du sein : recommandations de la population générale
- atrophie du col utérin (risque de frottis cervico-utérin anormal bénin), SOPK
- polyglobulie : selon taux de testostérone et si autres facteurs de risque

MtF et FtM :

- risque cardio-vasculaire → œstrogénothérapie percutanée si > 40 ans et/ou ayant des FRCV
- hypertriglycéridémie → voie percutanée si dyslipidémie préexistante
- ostéoporose : en cas de mauvaise observance ou d'interruption du traitement

HORMONOTHÉRAPIE

SURVEILLANCE

Suivi clinique et biologique :

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

Après 65 ans et en l'absence de contre-indication : maintien de l'hormonothérapie, adaptée à chaque personne et aux plus faibles posologies.

SUIVI POST-OPÉRATOIRE

SOINS

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

COMPLICATIONS NOMBREUSES ET FRÉQUENTES

FtM : sténose, fistule

MtF :

- hémorragies, désunions, nécroses cutanées
- dysfonctions vésicales : hyperactivité vésicale, incontinence de stress ou d'urgence
- **infections des voies urinaires basses** : ECBU obligatoire, traiter comme une infection urinaire masculine (fluoroquinolone ou cotrimoxazole 14 jours)

AUTRES SOINS

AIDE AU SEVRAGE TABAGIQUE

- Evaluation de la consommation et de la dépendance : test de Fagerström
- Entretien motivationnel
- Traitement nicotinique substitutif

ORTHOPHONIE

MtF : prescription de séances d'orthophonie (Lucile Girard-Monneron)

ÉPILATION

Adresser à dermatologue

DÉPISTAGE ET PRÉVENTION CIBLÉ.E.S

PRÉCARITÉ ET INÉGALITÉS SOCIALES

Influence sur l'accès aux soins de santé :

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

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

WPATH : importance d'un suivi par le médecin généraliste → opportunité d'autres types de soins plus généraux à une **population médicalement mal desservie**

DÉPISTAGE ET PRÉVENTION CIBLÉ.E.S

INFECTION PAR LE VIH

Taux plus élevé d'infection par le VIH (comme pour la population générale) chez les personnes transidentitaires :

- travailleuses du sexe
- usagères de drogues

→ **dépistage** et **prévention** +++ (préservatif, seringues à usage unique)

Informations sur l'**accès au traitement anti-rétroviral** :

- TPE : traitement post-exposition
- PrEP : prophylaxie pé-exposition

→ personnes transgenres répondant à au moins 2 des critères suivants :

- RS anaux sans préservatif avec 2 partenaires sexuels différents dans les 6 mois
- IST dans les 12 mois
- TPE dans les 12 mois
- usage de drogues lors des rapports sexuels (chemsex)

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

ENFANTS ET ADOLESCENTS

Médecin généraliste = médecin de famille, suivi pédiatrique

ENFANTS

Des traits évoquant une transidentité peuvent apparaître très tôt et engendrer un syndrome anxio-dépressif :

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

ADOLESCENT.E.S

La puberté peut être une source de grande souffrance.

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

Entre 15 et 18 ans :

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

PROTOCOLE D'ALD

RÉDACTION PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Dans la majorité des cas.

Il est possible qu'un médecin spécialiste rédige le protocole de soins d'ALD :

- en désignant un psychiatre ou un endocrinologue comme médecin traitant
- en effectuant la demande par un médecin hospitalier par procédure dérogatoire renouvelable, délai de 6 mois pour faire établir un protocole de soins par son médecin traitant.

DIFFICULTÉS

ALD n° 31 hors liste

Pour aider le médecin traitant dans cette démarche, le service de psychiatrie de l'Hôpital Foch a rédigé un modèle qui est systématiquement envoyé au médecin traitant.

LIENS ENTRE MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET SPÉCIALISTES

ATTENTES DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

- Souhait d'être tenus informés par les spécialistes lorsque non fait (100 %)
- Amélioration du lien avec les spécialistes (79 %)
- Demande d'une formation via des échanges avec les spécialistes (52 %)

RÔLE DE COORDINATION DES SOINS

Avec les professionnels de soins primaires et spécialisés

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

PRISE EN CHARGE GLOBALE

WPATH : LES SOINS PRIMAIRES

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

LES PERSONNES TRANSIDENTITAIRES

- ont les **mêmes problèmes médicaux** que les personnes cisgenres
- la transidentité ne doit pas être un élément modifiant la prise en charge
- spécialisation de la prise en charge = les personnes transidentitaires constituent un sous-groupe exceptionnel, plutôt qu'une population avec des besoins ne se limitant pas à la transition médicale

PRISE EN CHARGE GLOBALE

LA MÉDECINE GÉNÉRALE

- prise en compte de **tous les problèmes de santé** indépendamment de l'âge, du sexe ou autre caractéristique
- approche centrée sur la personne dans ses dimensions **individuelles et familiales**
- **soins continus et longitudinaux**
- gestion de **problèmes de santé aigus et chroniques**
- réponse aux problèmes de santé dans leurs dimensions **physique, psychologique et sociale**

CONCLUSION

LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE

- Susceptible d'intervenir tout au long du parcours
- **Premier contact** avec le système de soins
- Accès ouvert et non limité : **proximité** et **disponibilité**
- Rôle d'**orientation vers les spécialistes** et de coordination des soins
- Peut être amené à prescrire l'**hormonothérapie** et assurer le dépistage et la **gestion des comorbidités** associées à l'hormonothérapie
- Rédaction du protocole d'ALD
- Prend en compte les dimensions individuelles / **familiales** et physiques / **psychologiques** / **sociales**
- **Approche de santé globale**
- Meilleure intégration du médecin généraliste à condition d'une **formation**, notamment via une augmentation des **échanges avec les spécialistes**

MERCI DE VOTRE ATTENTION