

**La place de la médiation
dans la prévention du VIH, des IST et des
hépatites chez les personnes transmasculines**

Jules GASTÉ

Sous la direction du Pr Olivier BOUCHAUD

DU Médiation en santé
UFR SMBH

UNIVERSITÉ **PARIS 13**

Année universitaire 2017-2018

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier le responsable de l'enseignement, le Pr Olivier Bouchaud, mais aussi l'ensemble de l'équipe pédagogique et des intervenant-e-s du DU Médiation en santé de l'Université Paris 13. Les cours ont tous été très intéressants et les différent-e-s intervenant-e-s ont su nous transmettre leurs connaissances mais aussi nous partager leurs expériences spécifiques.

Je tiens également à remercier l'Inter-Corevih Francilien pour la prise en charge des frais de formation, sans qui je n'aurais pas pu suivre ce DU.

Enfin je tiens à remercier les militant-e-s de l'association OUTrans dont je suis coprésident, qui ont su répondre positivement à un nouveau projet alors que nous sommes déjà débordé-e-s par de nombreux autres dossiers en cours !

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION... ET DÉFINITIONS	3
I. ÉTAT DES LIEUX ET ENJEUX	5
II. ÉTUDE DE TERRAIN	9
III. PISTES D'ACTION	23
CONCLUSION	29
BIBLIOGRAPHIE	32

INTRODUCTION... ET DÉFINITIONS

Pour débiter ce mémoire, il me semble essentiel de préciser quelques termes afin de préciser ce dont on parle, et l'approche que j'ai par rapport à quelques concepts et définitions.

Dans ce mémoire, il sera question de *transidentités* : ce terme est le plus adéquat car il permet de mettre l'accent sur l'identité sociale plutôt que sur la sexualité. On l'utilise en général au pluriel pour souligner la diversité des identités et des parcours. De la même manière, on préférera parler de *personnes trans* plutôt que de *transsexuel·le·s*, *transgenres*, *transidentitaires*, ce qui permet d'être le plus inclusif possible et de se rappeler qu'il s'agit avant tout de personnes.

Le terme *personne trans* englobe toute personne qui vit ou qui souhaite vivre dans un genre différent de celui qui lui a été assigné à la naissance, que celle-ci ait ou souhaite faire le choix d'une transition, qu'elle choisisse ou non d'avoir recours à des traitements médicaux et/ou des chirurgies dans cet objectif.

Ce mémoire, axé seulement sur les personnes transmasculines, prend en compte les personnes assignées au regard des sciences biomédicales comme appartenant à la catégorie femelle et pour l'état civil au genre féminin, qui transitionnent vers un genre masculin et/ou fluide. On utilise en général les termes FtM, Ft*, homme trans, garçon trans ou encore personne transmasculine.

Au contraire, je suis en opposition avec le terme *transsexualisme*, qui est un terme psychiatrique, issu du discours médical pathologisant et psychiatrisant, les termes *transsexualité* ou *transsexuel·le*, très utilisés notamment dans le discours médiatique et politique, qui prêtent à confusion avec les questions de sexualité et qui engendrent souvent beaucoup d'amalgames.

Enfin, il me semble nécessaire de préciser aussi la place d'où je parle pour comprendre mon discours et les raisons qui m'ont poussé à faire ce mémoire : je suis moi-même une personne transmasculine, je milite depuis une dizaine d'année à OUTrans, une association d'autosupport par et pour les personnes trans. J'ai à cœur le principe de « Rien pour nous, sans nous ! », et le DU Médiation en santé m'a donné l'opportunité de réfléchir sur le sujet de la santé sexuelle alors que cette thématique est souvent en retrait faute de questions perçues comme étant plus prioritaires (l'accès aux droits, l'accès aux parcours de transition, l'accès aux démarches administratives, etc.).

Il me semble également important de mettre en avant la place de l'empowerment dans les démarches de l'association de façon générale, et qui a aussi été au cœur de ce mémoire : ce principe m'a semblé en effet complètement lié aux principes de la médiation en santé (l'autonomisation des personnes et leur accès aux informations).

Afin de réfléchir à la problématique « La place de la médiation dans la prévention du VIH, des IST et des hépatites chez les personnes transmasculines », j'articulerai mon mémoire en trois parties : dans un premier temps, un état des lieux et les enjeux de la prévention chez les personnes transmasculines, dans un second temps, une analyse de l'enquête réalisée par OUTrans afin d'avoir des données plus précises, et enfin dans un dernier temps, les pistes d'action et la place de la médiation dans celles-ci.

I. ÉTAT DES LIEUX ET ENJEUX

Afin d'aborder la question de la prévention du VIH, des IST et des hépatites chez les personnes transmasculines, il semble essentiel de remarquer qu'il n'existe que très peu de données à ce sujet, et que la majorité des données existantes sur les personnes trans, alors même que celles-ci sont peu nombreuses, ne concernent que les personnes transféminines et non les personnes transmasculines. Dans ces conditions, difficile d'avoir des données exploitables sur la prévalence dans ces populations, et de savoir comment mener des actions de prévention pertinentes et adaptées.

Ces données étant primordiales pour lutter contre l'épidémie, il semble urgent que les statistiques réalisées sur les personnes infectées par le VIH, les IST et les hépatites ne soient plus divisées en deux sexes (homme / femme) comme c'est actuellement le cas, et incluent d'autres catégories (on peut noter par exemple la catégorisation utilisée sur les formulaires Dolores¹ de l'association AIDES). Cela permettrait ainsi d'avoir de véritables données et non des estimations ou des chiffres partiels de certaines structures ayant mis en place localement ces catégorisations plus larges.

Selon des études publiées aux États-Unis², le taux de prévalence du VIH varie de 0 à 3% chez les personnes transmasculines, les taux les plus élevés étant retrouvés chez des personnes transmasculines ayant des relations sexuelles avec des HSH. Si l'on compare aux chiffres français, le taux de prévalence est moins élevé que chez les HSH (17% en 2010³), mais équivalent aux taux de prévalence chez les personnes hétérosexuelles nées à l'étranger (entre 1,04 et 1,57%) et plus élevé que les personnes hétérosexuelles nées en France (0,12%). Bien sûr, ces chiffres ne peuvent pas se comparer à proprement parler directement car les

¹ Dolores signifie Données Locales du RÉSeau. Les versions utilisées en 2018 utilisent la catégorisation suivante : homme, femme, homme trans (FtoM), femme trans (MtoF).

² Données extraites de : <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10461-007-9299-3>

³ Données extraites de : <http://vih.org/20161011/quelles-sont-dynamiques-du-vih-en-france/138629>

études ne datent pas tout à fait de la même période, et qu'il s'agit de deux pays différents, mais cela permet d'avoir un ordre d'idée.

Si on regarde les quelques données disponibles en France, qui sont probablement très largement sous-estimées car les catégories permettant d'extraire les personnes trans sont très peu souvent utilisées, Santé Publique France a publié récemment des données ⁴ sur le dépistage du VIH, les découvertes de séropositivité VIH et les diagnostics de sida entre 2009-2016, qui montrait 123 découvertes de séropositivité au VIH chez les personnes trans entre 2012-2016, dont 11 concernaient les personnes transmasculines. La donnée importante à noter est celle des antécédents de sérologies : 41% des personnes n'avaient jamais réalisé de dépistage. Enfin, au niveau de l'indicateur de délai au diagnostic de la séropositivité au VIH, il est assez similaire à celui des HSH : 36% des personnes trans ont été dépistées au stade précoce, et 27% à un stade avancé.

Les raisons de l'intérêt pour le groupe spécifique des personnes transmasculines sont multiples : d'une part, les effets de la testostérone sont mal documentés sur le long terme, mais on sait qu'elle cause notamment un amincissement et la sécheresse des muqueuses vaginales, ce qui augmente le risque de saignement et de déchirure pendant les rapports sexuels et donc les transmissions du VIH, des hépatites et des IST, en particulier pour les personnes transmasculines ayant fait une hystérectomie, où ces effets peuvent être encore plus présents. D'autre part, de nombreuses personnes transmasculines ont des relations avec des hommes cisgenres, notamment des HSH, et sont donc en contact avec une population où la prévalence du VIH est élevée, ce qui les expose d'autant plus aux risques de transmissions.

⁴ Données extraites de : http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/content/download/143407/519918/version/1/file/DonneesEpidemiologiquesVIHParCorevih_Janvier2018.pdf

Comme pour d'autres populations, les personnes trans sont confrontées à de multiples problématiques croisées, et notamment celles du mauvais accès aux soins. Qu'elles soient victimes de refus de soins, ou de renoncement aux soins pour diverses raisons (mauvaises expériences passées, transphobie médicale, pas de couverture santé, etc.), de nombreuses personnes ne prennent pas soin de leur santé, à la fois leur santé quotidienne et globale, mais aussi leur santé sexuelle, ce qui a des conséquences parfois néfastes et dramatiques, notamment pour les transmissions du VIH, des hépatites et des IST.

En parallèle de ces problématiques d'accès aux soins, la question de l'estime de soi est souvent mise en avant car la fragilité parfois induite lors des parcours de transition et la transphobie ambiante peut contribuer à des prises de risques ou à l'effritement des stratégies de réduction des risques si le partenaire insiste (il est fréquent d'entendre des personnes témoigner du fait qu'elles étaient reconnaissantes de personnes qui acceptaient d'avoir des relations sexuelles avec elles même si cela signifiait de ne pas utiliser de préservatifs par exemple).

En plus du mauvais accès aux soins, les personnes trans peuvent parfois cumuler nombre d'autres problématiques qui peuvent les fragiliser : l'usage de produits psycho-actifs, le travail du sexe, la migration depuis un autre pays et la situation administrative non-régulière, le fait de ne pas avoir de domicile fixe, etc. Tous ces facteurs sont des situations de fragilité supplémentaires, qui peuvent accentuer encore davantage les risques de transmissions du VIH, des hépatites et des IST, mais aussi de façon générale augmenter les risques de dépression et les tentatives de suicide.

C'est pour toutes ces raisons qu'il m'a semblé important de mettre en avant les enjeux de la santé sexuelle des personnes trans, qui est souvent mise en retrait face à d'autres problématiques perçues comme plus importantes (débuter sa transition par exemple, ou avancer sur des démarches administratives), et qui

entraînent des prises de risques et/ou une méconnaissance de son statut sérologique au VIH et aux hépatites, et peu ou pas de suivi des IST.

II. ÉTUDE DE TERRAIN (ENQUÊTE ET ENTRETIENS)

Comme nous l'avons vu dans la partie précédente, peu de données existent, à la fois de données épidémiologiques VIH/IST/hépatites, mais aussi de données sur la diversité des personnes trans, de leur parcours de transition, et de leurs conditions de vie (sociales, administratives, financières, etc.).

Afin d'avoir quelques données plus précises, j'ai décidé de lancer une enquête en ligne par le biais de l'association OUTrans, afin de récolter plus d'informations sur la situation actuelle des personnes transmasculines en France.

L'enquête a été mise en ligne le 5 avril 2018, et est toujours accessible à l'adresse suivante : <https://goo.gl/forms/PTtldJhz96nc0ZWq1>.

L'enquête a été diffusée par les canaux habituels de l'association, à savoir le site internet, la newsletter, la page Facebook et le compte Twitter, et a ensuite été assez largement relayé par d'autres associations et personnes, et sur des groupes de personnes transmasculines.

Cette diffusion induit forcément un biais car l'enquête ne touchera que les personnes ayant accès à internet, connaissant déjà en partie l'association, ou faisant partie de groupes sur les réseaux sociaux, ce qui n'est évidemment pas le cas de toute la population trans. Je suis conscient qu'une partie des personnes trans, plus isolée et n'ayant pas de contacts avec les associations ou les pairs, n'aura probablement pas connaissance de cette enquête et ne pourra donc y répondre.

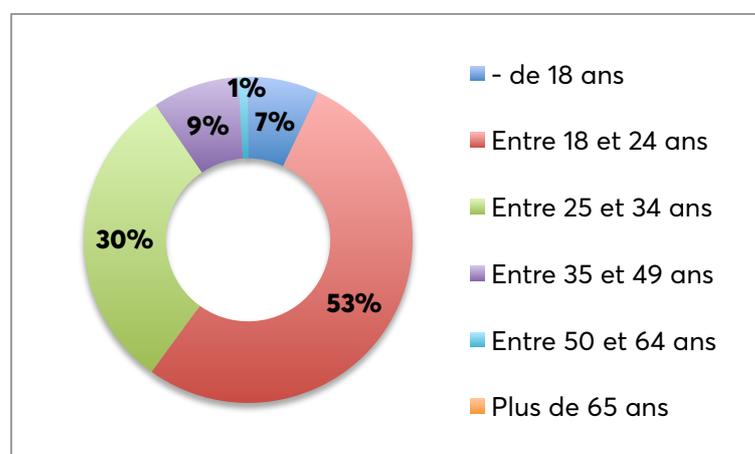
Afin d'avoir une base exploitable pour ce mémoire, j'ai fait le choix de m'arrêter à 200 réponses, mais l'enquête reste en ligne et active pour encore quelques semaines. Sur ces 200 réponses, 36 personnes ont accepté de répondre à un entretien plus détaillé. Il m'a en effet semblé intéressant d'aller un peu plus loin que seulement des réponses à l'enquête, et cela m'a permis par la même

occasion de réaliser des entretiens avec une dizaine de personnes (en rendez-vous physique, par téléphone ou par Skype). D'autres entretiens sont programmés dans les semaines à venir, mais pour la rédaction de ce mémoire je me suis limité à ces dix premières personnes, dont les profils étaient assez variés.

Il me semble important de préciser dans cette partie ces données qui sont intéressantes à différents niveaux, et qui permettent d'avoir un état des lieux un peu plus précis.

Âge des personnes enquêtées

La première donnée qui me semble importante est celle de l'âge des répondants : plus de la moitié (53%), ont entre 18 à 24 ans et 7% ont moins de 18 ans. Cela représente une population assez jeune, ces chiffres me semblent importants à mettre en avant car un récent sondage Ifop-Bilendi⁵ réalisé par Sidaction faisait état « *d'une détérioration inquiétante du niveau d'information sur le VIH, les modes de transmissions, de prévention et de traitement de l'épidémie. Il met notamment en avant le lien entre manque d'informations, précarité et vulnérabilité face au VIH. 30 ans après le début de l'épidémie, le VIH apparaît toujours comme un marqueur des inégalités sociales.* ». Ainsi, en 2016, près de 10 % du nombre total de découvertes de séropositivité avait lieu dans la tranche d'âge 15-24 ans.

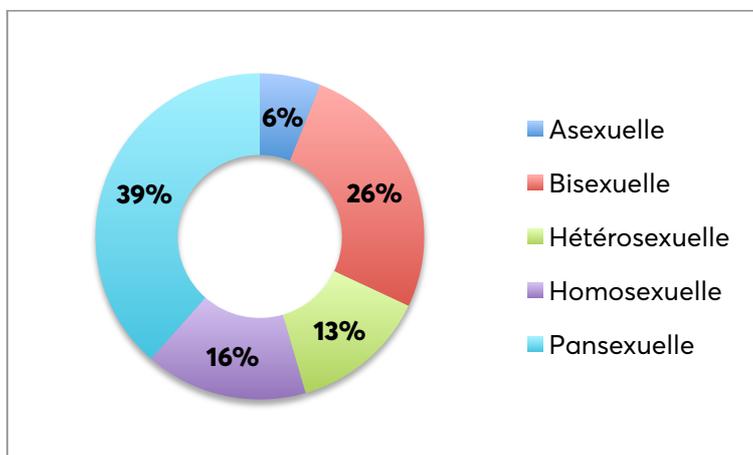


⁵ Les données sont visibles en ligne : http://www.ifop.com/media/poll/3705-1-study_file.pdf

Nous le savons par le biais de l'autosupport d'OUTrans : nous sommes de plus en plus contactés par des personnes jeunes, qui souhaitent débiter une transition mais qui sont des situations difficiles : exclusion du domicile familial, liens coupés, situations financières critiques, pas de couverture santé... toutes ces conditions ont un impact direct sur la santé, d'abord globale, mais aussi sur la santé sexuelle par extension.

Sexualité des personnes enquêtées

Au niveau de la définition de la sexualité, celle-ci est assez largement marquée par des personnes qui sortent de l'hétérosexualité attendue : 39% des personnes se définissent comme pansexuelles⁶, 26% se définissent comme bisexuelles, 16% se définissent comme homosexuelles, 13% se définissent comme hétérosexuelles et 6% se définissent comme asexuelles.



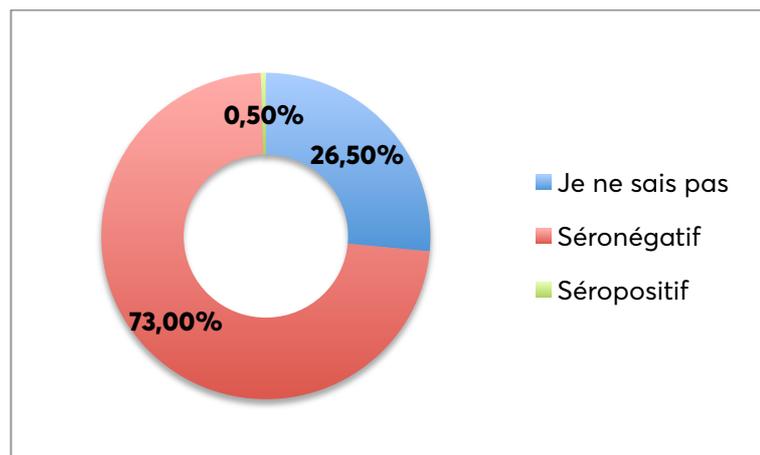
Il me semble que cette donnée est intéressante car on peut envisager que cela signifie que les personnes ne s'arrêtent pas au sexe/genre de la personne et ont des relations sexuelles avec une population assez large, ce qui

⁶ La pansexualité est une orientation sexuelle caractérisant les individus qui peuvent être attirés, sentimentalement et/ou sexuellement, par un individu (binaire ou non) de n'importe quel sexe ou genre. Définition extraite de <https://fr.wikipedia.org/wiki/Pansexualité>.

mathématiquement augmente les risques potentiels car ces personnes toucheront plus facilement les populations dites « à risques », notamment les HSH par exemple.

Connaissance de son statut sérologique (VIH, IST, hépatites)

Passons maintenant à la connaissance de son statut sérologique au VIH : 73% des personnes se déclarent séronégatives, 0,5% se déclarent séropositives, et 26,5% ne connaissent pas leur statut. L'ensemble des personnes enquêtées ayant déjà eu des relations sexuelles (avec des personnes de tous genres confondus), ces chiffres posent question car c'est un peu plus d'un quart des personnes qui n'ont pas connaissance de leur statut sérologique au VIH.



La méconnaissance de son statut sérologique est encore plus importante pour le VHA, le VHB et le VHC :

- 45% des personnes se déclarent séronégatives au VHA, 0,5% se déclarent séropositives, 15,50% se déclarent vaccinées et 39% ne connaissent pas leur statut
- 46% des personnes se déclarent séronégatives au VHB, 0,5% se déclarent séropositives, 25,50% se déclarent vaccinées et 28% ne connaissent pas leur statut

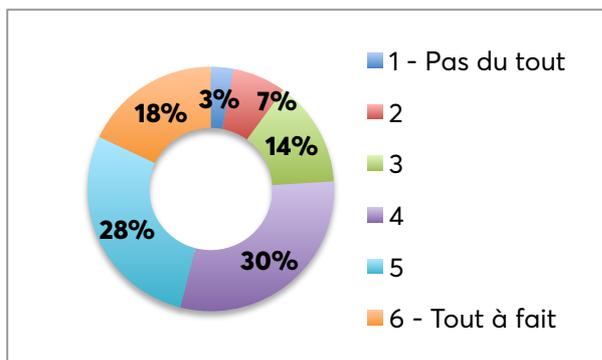
- 55,50% des personnes se déclarent séronégatives au VHC, 1% se déclarent séropositives, et 43,50% ne connaissent pas leur statut.

La non-connaissance de son statut sérologique au VIH, au VHA, au VHB et au VHC oscille donc entre 26,5% et 43,50%, alors que l'on sait que c'est l'un des outils importants dans la lutte contre les transmissions. Ce point semble donc déjà être un point important pour la partie à venir de ce mémoire, où nous pourrions creuser les pistes d'actions, notamment le recours au dépistage et les questions qui y sont liées (accès, accueil et information).

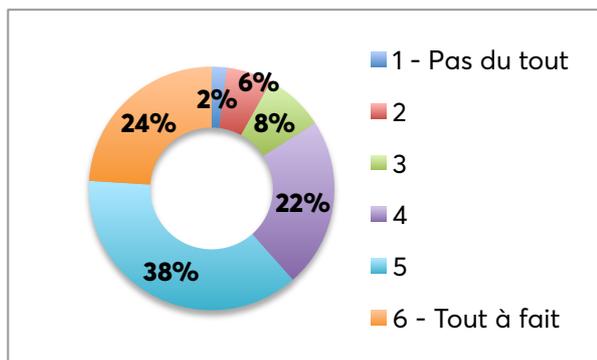
D'autre part, sur les 200 personnes ayant répondu à l'enquête, 21% n'ont jamais réalisé de dépistage du VIH, et 26% n'ont jamais réalisé de dépistage des IST, ce qui représente une proportion assez importante alors que toutes les personnes déclarent avoir des relations sexuelles, que celle-ci soit avec des hommes cisgenres, des femmes cisgenres, des hommes trans et/ou des femmes trans.

Niveau de connaissances (modes de transmission et outils de réduction des risques)

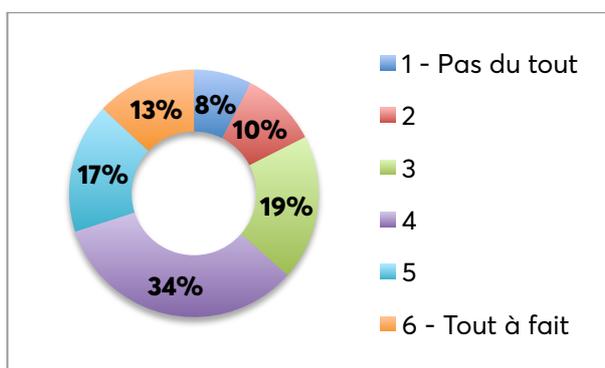
Les données concernant le niveau de connaissances des personnes sur les modes de transmission du VIH/IST/hépatites mais également sur les outils de réduction des risques disponibles pour votre prévention en santé sexuelle sont plutôt encourageantes : sur une échelle de 1 (pas du tout) à 6 (tout à fait), 76% des personnes estiment leurs connaissances des modes de transmission d'un niveau entre 4 à 6, et 84% des personnes estiment leurs connaissances des outils de réduction des risques d'un niveau entre 4 à 6.



Estimation de 1 (pas du tout) à 6 (tout à fait) du niveau de connaissances sur les modes de transmission du VIH/IST/hépatites



Estimation de 1 (pas du tout) à 6 (tout à fait) du niveau de connaissances sur les outils de réduction des risques disponibles pour votre prévention en santé sexuelle



Pensez-vous que ces outils de réduction des risques sont adaptés à vos usages ?

Néanmoins, seules 64% des personnes estiment que ces outils de réduction des risques sont adaptés (entre 4 à 6), ce qui est relativement peu élevé. De nombreuses personnes ont précisé que les outils n'étaient pas adaptés à leur corps et à leurs pratiques, qui sortent souvent des pratiques hétéronormées (pénétration pénis-vagin).

D'autre part, même si 66,5% des personnes estiment avoir un accès facile à du matériel de prévention (préservatifs, gel, gants, digues, etc.), 33,5% des personnes estiment quant à elles que l'accès y est difficile, et ce pour différentes raisons. Sont ainsi citées principalement les raisons suivantes :

- le prix trop élevé
- la non-adaptation au corps et/ou aux pratiques

- la dénomination ou le packaging souvent généré (notamment pour les digues dentaires ou pour les préservatifs internes⁷)
- le fait de ne pas savoir où s'en procurer gratuitement

De façon moindre, sont aussi cités le fait de ne pas oser s'en procurer, que les lieux ne sont pas accessibles (horaires non compatibles avec les études et/ou le travail, ou encore structure non accessible aux personnes en situation de handicap), et que les quantités sont trop limitées.

Enfin, une majorité des personnes ne connaissent pas l'existence de la PrEP⁸ : sur une échelle de 1 (pas du tout) à 6 (tout à fait), 55% des personnes indiquent entre 1 et 3. Les personnes ayant indiqué entre 4 et 6 précisent à 26% que l'outil ne serait pas adapté, à 15% qu'elles ne savent pas, et seules 10,5% des personnes pensent que l'outil serait adapté.

Perception de la prise de risques

Lorsqu'on interroge les personnes sur leur perception des risques pris lors de précédentes relations sexuelles, 69 personnes sur 200 (soit 34,5%) estiment avoir pris des risques (de faibles à élevés), 11 personnes (5,5%) ne savent pas, et 120 personnes (60%) estiment n'avoir pris aucuns risques.

Les risques énoncés sont de niveau variable, ainsi par exemple :

- 29% des personnes indiquent avoir donné une fellation sans préservatif
- 3,5% des personnes indiquent avoir connu une rupture de préservatif
- 15% des personnes indiquent avoir eu une pénétration vaginale sans préservatif
- 6% des personnes indiquent avoir eu une pénétration anale sans préservatif

⁷ Au sujet du terme « préservatif interne », se référer à l'article OUtans : <http://outrans.org/2012/09/30/capote-interne/>.

⁸ PrEP = Prophylaxie Pré-Exposition. La PrEP s'adresse aux personnes qui n'ont pas le VIH et consiste à prendre un médicament afin d'éviter de se faire contaminer.

- 9% des personnes indiquent avoir partagé des sextoys sans préservatif
- 10,5% des personnes indiquent avoir eu du sperme en contact avec leurs muqueuses

D'autre part, seules 3% des personnes indiquent une consommation de produits psycho-actifs lors de relations sexuelles.

Enfin, 11% des personnes ont indiqué d'autres prises de risques diverses, la plupart en raison de pratiques sexuelles où les outils de réduction des risques sont moins utilisés ou adaptés : contacts vagin-vagin, rapport oro-vaginal ou oro-anal, relations sexuelles pendant les règles, pénétration dicklit⁹-vagin ou dicklit-anus.

Deux autres données intéressantes au niveau des prises de risques, une petite majorité des personnes (55,5%) indiquent être « tout le temps » ou « souvent » à l'aise et suffisamment en confiance pour négocier l'utilisation de préservatif lors d'une relation sexuelle, contre 26% qui indiquent « parfois » ou « jamais » (18,5% ne savent pas ou ne souhaitent pas répondre).

Enfin, 7,5% des personnes ont indiqué avoir subi « souvent » ou « tout le temps » un chantage à la non-utilisation de préservatif alors qu'elles souhaitaient en utiliser, contre 87,5% qui indiquent « parfois » ou « jamais » (5% ne savent pas ou ne souhaitent pas répondre).

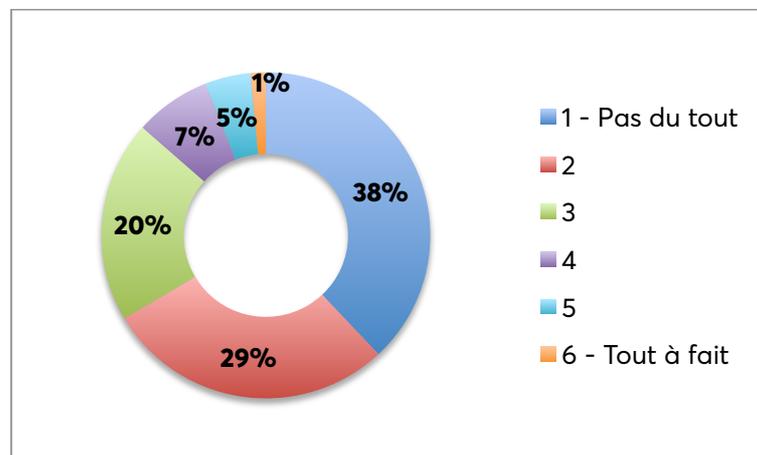
Enfin, très peu (3,5%) de personnes indiquent avoir déjà pris un Traitement Post-Exposition au VIH (TPE), 96% n'en ont jamais pris et 0,5% ne souhaite pas répondre. La question se pose de savoir si le TPE n'a pas été pris parce que la personne n'a pas estimé avoir pris de risques lors d'une relation sexuelle alors que c'était le cas, ou alors qu'elle savait avoir pris un risque mais n'avait pas d'informations au sujet du TPE. Les personnes ayant pris un TPE n'ayant pas souhaité faire d'entretien, je n'ai pas plus d'informations à ce sujet, même si de

⁹ Le terme « dicklit » est le plus souvent utilisé par les personnes transmasculines pour désigner le clitoris qui, sous les effets du traitement hormonal à base de testostérone, prend l'apparence d'un micro-pénis. Ce terme varie d'une personne à une autre.

façon générale il est possible que les personnes ne soient pas suffisamment informées pour savoir comment réagir suite à une prise de risques.

Regards sur les actions de médiation existantes

Dans la partie de l'enquête axée sur la médiation, à la question « Vous reconnaissez-vous dans les campagnes de prévention actuellement diffusées en France ? », une écrasante majorité (86,5%) des personnes estime ne pas se reconnaître dans les campagnes de prévention actuellement diffusées en France.

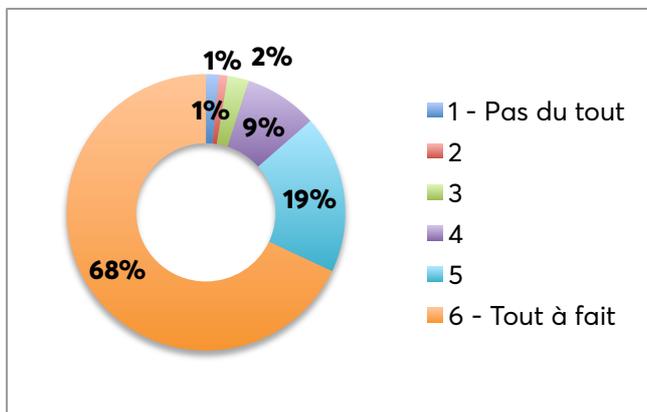


Les raisons citées sont assez variées mais la plupart reposent sur le fait que les campagnes ne sont pas représentatives des personnes transmasculines (et des personnes trans de façon générale), et que les messages de prévention ne sont donc pas adaptés.

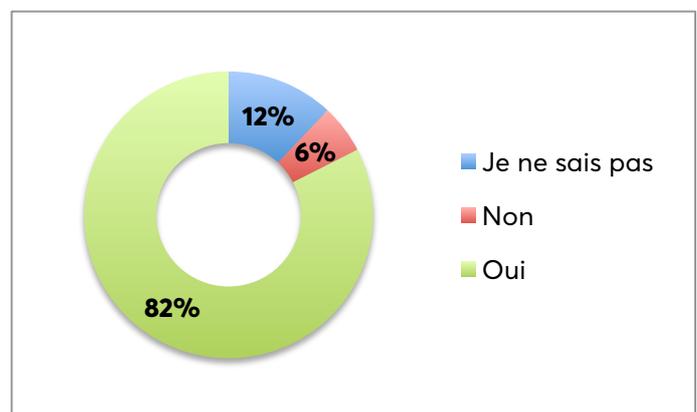
Lorsqu'on interroge les personnes sur leur connaissance des actions déjà existantes et réalisées par OUTrans, par exemple une campagne d'incitation au dépistage en 2011-2012 (qui est toujours disponible) et la brochure « DTC – Dicklit et T Claques » (publiée en 2010 et rééditée en 2013), les résultats sont mitigés : 84,5% des personnes n'ont jamais eu connaissance de la campagne et 47% n'ont pas connaissance de la brochure.

Malgré cela, les réponses sont assez encourageantes au niveau des actions de médiation : par exemple, 92% des personnes indiquent qu'une campagne nationale adaptée serait intéressante.

Au niveau des actions de médiation plus directes, une grosse majorité des personnes (sur une échelle de 1 (pas du tout) à 6 (tout à fait), 95% répondent entre 4 et 6) se sentiraient plus à l'aise dans une structure où des personnes trans seraient présentes pour les accueillir, et 82,5% estiment qu'elles iraient davantage à une action de dépistage organisée spécifiquement par une association trans, avec des personnes trans accueillantes.



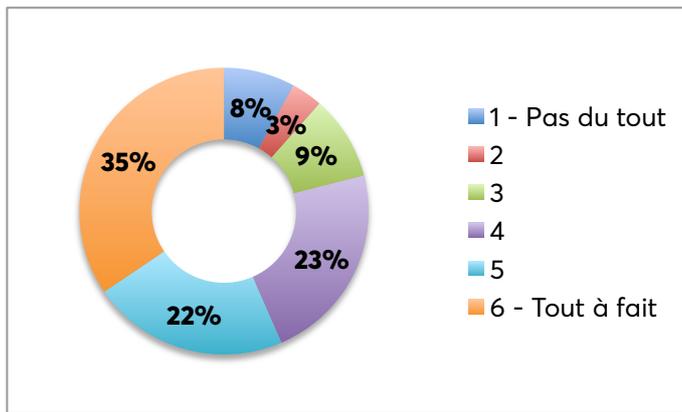
Vous sentiriez-vous plus à l'aise dans une structure où vous trouveriez d'autres personnes trans ?



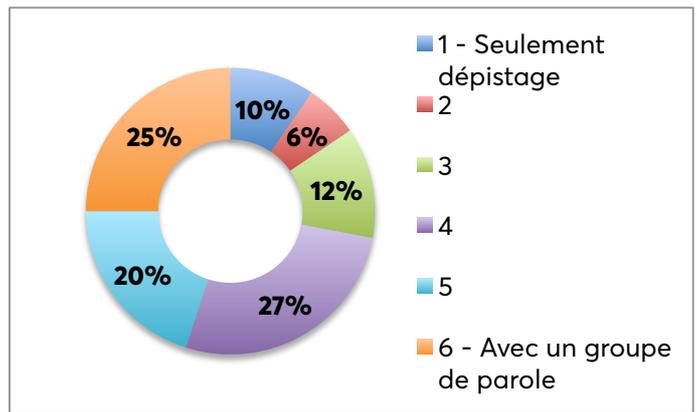
Iriez-vous davantage à une action de dépistage organisée par une association trans, avec des accueillant-e-s trans ?

De la même façon, une majorité des personnes (79%) estiment que ce type d'action les inciterait à se faire dépister plus régulièrement.

Sur la forme de l'action de dépistage, 72% des personnes préféreraient que le dépistage soit accompagné d'un groupe de parole, alors que 28% des personnes préféreraient qu'il s'agisse seulement d'une action de dépistage simple.



Est-ce que ce type d'action vous inciterait à vous faire dépister plus régulièrement ?



Souhaiteriez-vous que ce type d'action soit accompagné d'un groupe de parole, ou seulement d'un dépistage ?

Sur la question des supports consultés afin d'avoir des informations de prévention en santé sexuelle, arrivent en tête les moteurs de recherche (85,5%), les brochures réalisées par les associations trans (78,5%) et les sites internet « spécialisés » (75%).

Juste derrière, sont mentionnés les brochures réalisées par des associations de lutte contre le VIH/sida (69%) et/ou les associations LGBT (61,5%), les réseaux sociaux (54,5%), les ami·e·s ou proches (54%), et les forums de discussion (49%).

Enfin, en dernière position sont mentionnés les professionnel·le·s de santé (39,5%). Cette dernière donnée, assez pessimiste, montre le niveau assez faible de confiance envers les professionnel·le·s de santé, qui devraient pourtant pouvoir être consulté·e·s pour ce genre d'interrogations.

Lorsqu'on interroge les personnes que la ou les structure(s) où elles iraient pour avoir ces mêmes informations, une grosse majorité répondent "une association trans" (84,5%), mais aussi les associations de lutte contre le VIH/sida (66%), les CeGIDD (57,5%), les Centres LGBT (51%) et les associations LGBT (50%). Sont aussi citées les centres de santé communautaire (45,5%), les médecins généralistes (38,5%) et les centres de santé (29%). Une fois encore, ces données semblent montrer que les personnes se tournent avant tout vers des structures communautaires qui leur ressemblent, et non vers les structures médicales/paramédicales.

Les raisons sont multiples mais reposent principalement sur la confiance envers les personnes trans partageant la même expérience communautaire, mais aussi le manque de formation des professionnel·le·s de santé, qui ont parfois des réactions déplacées (questions intrusives et non pertinentes, stéréotypes, etc.).

D'autre part, beaucoup de personnes précisent qu'elles ne se sentent pas à l'aise dans des structures où les professionnel·le·s de santé sont très cis et hétéronormés, et qui ne savent pas comment appréhender les personnes trans.

De nombreuses personnes témoignent de multiples expériences peu confortables où elles ont été mal reçues (dès l'accueil ou par le professionnel), ont subi des questions ou des gestes déplacés, voir dans certains cas ont subi un refus de soins en raison de leur transidentité.

Un certain nombre de personnes mettent en avant "l'effet blouse blanche", et évitent de ce fait de se rendre dans des structures associées au milieu médical et préfèrent les structures associatives.

Une grosse majorité de personnes (64 % de 4 à 6 sur un niveau de 1 (pas du tout) à 6 (tout à fait)) indique d'ailleurs qu'elle contacterait une association trans en premier lieu si elle avait une ou plusieurs question(s) relative(s) à sa santé sexuelle.

Enfin, les personnes transmasculines concernées par les questions de contraception (personnes transmasculines non-hormonées ou hormonées mais n'ayant pas fait d'hystérectomie) mettent en avant le fait que les professionnel·le·s de santé ont souvent peu de connaissances face à ces situations spécifiques, et ont parfois des jugements de valeur par rapport à leurs relations sexuelles.

Entretiens

Au moment de la rédaction de ce mémoire, j'ai réalisé 9 entretiens avec des personnes ayant répondu à l'enquête. Ces entretiens ont été réalisés lors de rendez-vous physique, par téléphone ou par Skype en fonction des personnes, car celles-ci étaient d'un peu partout en France.

Les entretiens ont permis de mettre en avant les pistes d'actions qui seront abordées dans la partie à suivre du mémoire, et d'avoir des retours plus qualitatifs que les réponses à l'enquête.

La totalité des personnes ont confirmé avoir un rapport problématique avec les professionnel-le-s de santé, et ont principalement mis en avant le manque de formation et la nécessité d'actions réalisées par les associations trans.

Un exemple assez parlant a été celui d'une personne transmasculine ayant souhaité débiter la PrEP, qui n'a pas mentionné le fait d'être trans par peur de jugements, d'autant plus qu'il était la première personne à initié un suivi PrEP dans un hôpital de province. Le fait de ne pas avoir pu mentionner sa transidentité et la nature de ses rapports sexuels est problématique car le schéma habituel en continu n'est pas adapté aux personnes transmasculines¹⁰.

Enfin, beaucoup de personnes ont mis en avant le fait que leur santé sexuelle, et plus généralement leur santé globale, n'était pas une priorité au quotidien dans leur vie car ils subissent de nombreuses autres problématiques : avoir accès à un travail et/ou aux études, à un logement, avoir accès à un parcours de transition (hormones et/ou chirurgies), effectuer les démarches administratives liées à leur transition (changement de prénom, changement

¹⁰ Le schéma de prise à la demande n'est pas recommandé car l'efficacité du traitement et l'imprégnation jusqu'au vagin n'a pas été vérifié jusqu'à maintenant. Si une personne transmasculine a des rapports vaginaux non-protégés, seul le schéma de prise en continu, avec 1 comprimé par jour et avec une efficacité maximale atteinte dès 7 jours de prise continue.

d'état civil). Ce point semble important à avoir en tête car de ce fait, beaucoup ne se préoccupent de leur santé que lorsqu'ils ont des symptômes ou des maladies, et n'ont pas vraiment de démarches en terme de prévention.

Maintenant que nous avons pu analyser, parfois de façon succincte, ces données, nous allons pouvoir voir dans la troisième et dernière partie de ce mémoire les pistes d'action à mettre en place et les expériences déjà existantes dans l'association OUTrans.

III. PISTES D'ACTION

À partir de ces données, la question se pose maintenant des pistes d'action afin d'améliorer les principaux points identifiés comme des freins dans la réduction des transmissions de VIH, IST et hépatites, et un meilleur accès à la prévention en santé sexuelle.

Collecte de données

Un des freins principal qui semble le plus simple à améliorer, est celui de la collecte des données : de nombreuses associations portent un plaidoyer pour intégrer de nouvelles catégories lors des actions de dépistages ou d'enquête de santé, afin d'avoir une réelle prise en compte des personnes trans (transmasculines et transféminines), et avoir une meilleure connaissance de la séroprévalence VIH/hépatites et des IST.

Ainsi, le simple fait de prévoir les catégories « homme », « femme », « homme trans » et « femme trans » pour toutes les structures permettrait une collecte de données équivalente à un niveau national.

Cette première piste d'action semble assez simple à mettre en place car elle ne repose pas sur des aspects très techniques, mais elle nécessite de porter ce plaidoyer largement, et que l'ensemble des structures s'y plie et modifie leurs formulaires de façon identique pour que les données soient réellement exploitables ensuite.

De façon générale, la question des données sur les populations trans est un point important sur lequel un plaidoyer est nécessaire : il n'existe pas, ou très peu, d'enquêtes sur les personnes trans, alors que ces données pourraient notamment servir en santé sexuelle, mais aussi en santé globale.

Il serait en effet intéressant d'avoir des données sociologiques, des données sur les conditions de vie, des données sur la santé, et des données sur les parcours de transition.

Enfin, il est aussi à noter qu'il n'existe pas à ce jour en France de données sur les effets des hormones sur le long terme, mais aussi sur les interactions entre les médicaments et notamment les antirétroviraux. Sur le sujet des antirétroviraux, des études commencent à être publiées au Canada et en Angleterre, mais rien en France, même si certains hôpitaux commencent à se pencher sur la question car leur file active comprend beaucoup de personnes trans, principalement des personnes transféminines.

Formation des professionnel·le·s de santé

L'autre frein important est celui du manque de connaissances des professionnel·le·s de santé au sujet des transidentités, pour lequel plusieurs pistes d'action peuvent être envisagées.

La première piste serait l'inclusion des sujets liés aux transidentités dans la formation initiale de tou·te·s les professionnel·le·s de santé, afin qu'ils puissent appréhender les parcours de transition possibles (hormones, chirurgies, démarches administratives) et la posture à adopter afin d'avoir un accueil respectueux et bienveillant.

À défaut, des formations peuvent être envisagées lorsque les professionnel·le·s de santé sont déjà en exercice dans une structure, soit par le biais d'une formation réalisée à destination de l'ensemble de la structure, soit seulement pour les médecins.

Idéalement, ces formations doivent être réalisées par les associations et personnes trans elles-mêmes, ce qui pose bien sûr la question de la capacité en temps et en énergie pour les associations à former aussi largement, surtout lorsque l'on sait qu'elles sont principalement composées de personnes bénévoles.

Il me semble primordial de toujours rester sur le principe d'empowerment et de « Rien sur nous, sans nous ! » car les personnes trans sont les plus à mêmes de pouvoir partager leurs propres expériences pour former des personnes.

C'est le principe du patient enseignant, ou plutôt dans ce cas de l'utilisateur de soins enseignant, qui permet une collaboration avec les professionnel·le·s de santé, et aussi une compréhension et une empathie plus importantes.

Plusieurs associations trans en France proposent déjà des modules de formation, c'est d'ailleurs le cas de l'association OUTrans, qui réalise une dizaine de formation par an (en majorité à destination d'associations LGBT, mais aussi à destination de professionnel·le·s de santé).

Enfin, de façon plus générale, il faudrait que ces formations soient aussi réalisées auprès des associations de lutte contre le VIH/sida, aux associations et Centres LGBT, mais aussi aux professionnel·le·s des champs sociaux et paramédicaux, qui sont régulièrement en contact avec des personnes trans.

Les groupes de parole

Les groupes de parole peuvent être une autre piste d'action intéressante, en effet, portés par des associations de personnes concernées et partageant la même expérience communautaire, ils permettent le partage d'informations et la récolte d'un grand nombre de témoignages. Ces témoignages et partage d'expériences ont souvent un fort impact sur les personnes, qui peuvent s'y reconnaître et donc se sentir plus concernées.

Pour prendre l'exemple d'OUTrans, nous avons plusieurs groupes de parole :

- pour les personnes trans et/ou en questionnement
- pour les personnes trans et leurs proches
- pour les personnes trans et leurs partenaires

Pour le groupe de parole « personnes trans et leurs partenaire », il avait auparavant lieu au Checkpoint, qui est une antenne du CeGIDD des Hôpitaux Universitaires Saint-Louis - Lariboisière - Fernand Widal et qui propose une offre de santé sexuelle communautaire complète, ce qui nous permettait de ce fait d'avoir accès à un lieu disposant de nombreuses brochures d'informations, et la possibilité de réaliser des dépistages avant le groupe de parole. Ils ont été mis en pause pendant près de deux ans pour des raisons logistiques, mais nous venons de les relancer récemment dans un autre lieu (le Centre LGBT Paris Île-de-France), ce qui permet d'avoir un espace bienveillant et sans jugements pour que les personnes trans puissent échanger sur les questions de réduction des risques et de prévention en santé sexuelle, en plus des questions de relations avec ses partenaires en tant que personnes trans.

Nous sommes actuellement en cours de réflexion afin ces groupes de parole puissent de nouveau être liés à une action de dépistage au préalable, mais nous souhaitons que les dépistages soient réalisées par des personnes trans de l'association et devons donc attendre d'être formé.e.s. Nous aimerions aussi former des personnes d'associations alliées pouvant réaliser des dépistages « complets » par prise de sang afin de pouvoir proposer aussi cette possibilité de dépistage, en complément des dépistages TROD.

De façon générale, quels que soient les groupes de parole, je pense que la médiation par les pairs est celle susceptible d'avoir le plus d'impact sur les personnes, et il me semble évident que l'expérience communautaire a un rôle important. On le voit d'ailleurs par la mise en place de centre de santé communautaire, comme le 190 ou le Checkpoint, qui portent un principe basé sur la non discrimination et l'acceptation des modes de vie de tou-te-s, peu importe son genre et ses pratiques sexuelles. Ces centres, comme les associations communautaires, s'adressent à toutes les personnes dont le genre et les pratiques sexuelles les mettent en situation de stigmatisation et d'exclusion du système de soins.

Néanmoins, ce genre d'initiative a aussi ces limites : il faut suffisamment de personnes pour animer les groupes de parole, alors que l'engagement associatif est souvent chronophage et que le renouvellement de bénévoles est parfois limité. D'autre part, il faut que la communication soit conséquente pour que les personnes concernées aient accès à l'information sur ces groupes de parole, et qu'ils soient accessibles en terme d'horaires et de lieux, ce qui n'est pas toujours le cas. Se pose aussi la question des personnes non accessibles par la communication justement, les plus isolées socialement, et qui auraient pourtant le plus besoin de ces groupes.

La production d'information et de documentation

On l'a vu dans la partie précédente de ce mémoire, les personnes attendent des associations trans, composées de personnes concernées, qu'elles produisent de l'information et de la documentation.

Que cela soit des brochures, des dépliants, des publications, des communications, etc., les associations ont un rôle dans la production de supports adaptés, même si cela sous-entend une forte implication de leurs membres, et que ses membres deviennent expert.e.s dans différents domaines.

Ainsi à OUTrans, nous avons publié la brochure « DTC – Dicklit et T Claques¹¹ » dès 2010, quelques mois après la création de l'association. Il s'agit de la première brochure française à destination des personnes transmasculines et de leurs amants (hommes trans ou cisgenres).

Nous sommes actuellement en train de travailler à la mise à jour de cette brochure pour inclure les nouveaux outils de prévention comme la PrEP, mais aussi avec de nouvelles informations collectées ces dernières années, et enfin mettre à jour le lexique qui a évolué depuis les années 2010.

¹¹ Brochure accessible en ligne sur : <https://outrans.org/docs/DTC.pdf>

Nous aimerions aussi lancer une nouvelle brochure sur la prévention pour les personnes transféminines, qui sont souvent oubliées dans les brochures de prévention généralistes, même si de rares initiatives existent déjà comme la brochure de l'association trans Genres Pluriels en Belgique¹². Nous réfléchissons à adapter cette brochure à la situation française, et espérons publier une brochure dans les mois à venir.

En parallèle de cela, nous travaillons aussi à la mise à jour d'une autre brochure, la brochure « Ft* / Mt*¹³ ». Même si elle ne concerne pas à proprement parler la prévention, c'est une source d'information importante car elle liste les techniques opératoires pour les chirurgies accessibles pour les personnes trans, et donne donc malgré tout des informations sur les corps trans, alors que peu de personnes ont connaissance de cela.

¹² Brochure accessible en ligne sur : https://www.genrespluriels.be/IMG/pdf/guide_sante_version_web.pdf

¹³ Brochure accessible en ligne sur : <https://outrans.org/ressources/brochures-mft/>

CONCLUSION

Pour conclure ce mémoire sur la place de la médiation dans la prévention du VIH, des IST et des hépatites chez les personnes transmasculines, il faut préciser tout d'abord que la prévention et la santé sexuelle de façon générale ne peut être complètement déconnectée de la santé globale, et aussi d'une approche bienveillante, dépsychiatrisée et dépathologisée des transidentités. Pour cela, un plaidoyer interassociatif est nécessaire, et doit être porté largement par les associations trans pour que les choses évoluent au niveau des classifications internationales (la classification internationale des maladies (version actuelle CIM-10)) et le DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (version actuelle DSM-5)) et au niveau des réglementations nationales.

Le rôle des associations semble assez incontournable : une part importante de la prévention repose sur leurs actions, que cela soit la réalisation de brochures d'information, les actions de médiation (groupes de parole, dépistage, autosupport, etc.), la réalisation de campagne d'informations, et le plaidoyer. Ce rôle incontournable est néanmoins la première limite des associations : celles-ci sont composées essentiellement de personnes bénévoles, souvent salariées par ailleurs, et disposent de très faibles moyens et de peu de subventions.

Difficile dans ces conditions de pouvoir mener à bien toutes ces actions, et de se soustraire aux autres structures qui devraient aussi mettre en place des actions (les villes, les départements, l'État, les centres de santé, les autres associations, etc.).

Cette fragilité structurelle limite souvent la portée des actions, et implique aussi des disparités territoriales très fortes : si quelques associations existent à Paris, il n'y en a souvent qu'une dans les grandes villes (Lyon, Lille, Nantes, Marseille, Bordeaux), et quasiment aucunes dans les petites villes et les zones rurales.

La population trans est souvent perçue comme « volatile » : il est assez fréquent qu'une fois leur transition effectuée, les personnes souhaitent avant tout passer inaperçues et ne plus mettre en avant leur transidentité, de ce fait il est difficile d'avoir une grande continuité dans les associations et de mener des projets sur plusieurs années à la suite, les bénévoles se renouvellent sans cesse, et cela nécessite des temps de passation et de formation conséquents.

De la même façon, la problématique est similaire du côté des personnes bénéficiant des actions : la population se renouvelle très régulièrement, de ce fait les actions perdent assez rapidement en visibilité et peuvent disparaître si de gros efforts de communication ne sont pas faits par les associations.

Il me semble important de se questionner justement sur la communication et ses différents canaux et supports, qui sont en constante évolution dans nos sociétés. Nous l'avons vu dans l'enquête : 60% des personnes ont moins de 24 ans, et de ce fait ne communiquent plus forcément avec les canaux habituels qu'étaient la télévision, l'affichage public ou encore les forums de discussion il y a une dizaine d'années.

À l'heure actuelle, on voit que les réseaux sociaux (Facebook, Twitter, Instagram, Snapchat, etc.) sont largement privilégiés, on peut se poser la question de la pertinence de ce type d'échanges car les personnes posent souvent les mêmes questions, n'ont pas la démarche d'aller vers des sites internet d'information ou d'association, et ne vont pas vers les archives qui existent comme les forums, les blogs, etc., alors même que la durée de vie de l'information sur internet est très courte.

De façon plus anecdotique, se pose malgré tout aussi la question de la conservation des archives d'années de militantisme, qui sont une part importante de l'histoire des transidentités au fil des années, et qui peuvent disparaître s'il n'y a pas d'efforts réalisés sur ce point.

Enfin, il me semble que la prévention ne pourra continuer à avancer que si les différents acteurs, État, hôpitaux, professionnel·le·s de santé, associations et personnes concernées nouent un dialogue afin de réfléchir ensemble aux actions à continuer ou à mettre en place pour répondre aux nombreuses attentes et aux nombreux besoins des personnes trans.

Malgré les points à améliorer énoncés ci-dessus, je pense réellement que nous avons, tou·te·s, les outils et les connaissances en main pour faire avancer les choses, et qu'il ne reste plus qu'à mettre en place des actions innovantes et adaptées, en transmettant ensuite les outils et les informations aux autres associations pour qu'elles puissent s'en emparer et réaliser ces actions partout en France.

BIBLIOGRAPHIE

- Alain Giami, Trans et santé sexuelle. Février 2011.
- Ayden I Scheim, Glenn-Milo Santos, Sonya Arreola, Keletso Makofane, Tri D Do, Patrick Hebert, Matthew Thomann, and George Ayala, Inequities in access to HIV prevention services for transgender men: results of a global survey of men who have sex with men. [en ligne]
Disponible sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4949311/> [page consultée le 05/04/2018]
- Baral SD, Poteat T, Strömdahl S, Wirtz AL, Guadamuz TE, Beyrer C., Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. [en ligne] Disponible sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23260128> [page consultée le 22/04/2018]
- Charles Roncier, Trans, population invisibilisée. [en ligne] Disponible sur <http://vih.org/dossier/trans-population-invisibilisee> [page consultée le 22/04/2018]
- Cole Hayes, *Gender Trouble: Treating and Preventing HIV in the Trans Community*. [en ligne]
Disponible sur <https://www.hivplusmag.com/prevention/2018/2/26/gender-trouble-treating-and-preventing-hiv-trans-community> [page consultée le 03/05/2018]
- Herbst, J.H., Jacobs, E.D., Finlayson, T.J. et al, Estimating HIV prevalence and risk behaviors of transgender persons in the United States: a systematic review. [en ligne] Disponible sur <https://doi.org/10.1007/s10461-007-9299-3> [page consultée le 02/04/2018]
- Jae Sevelius, There's No Pamphlet for the Kind of Sex I Have: HIV-Related Risk Factors and Protective Behaviors Among Transgender Men Who Have Sex with Non-Transgender Men. [en ligne] Disponible sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2785444/> [page consultée le 02/04/2018]
- Jae Sevelius, Ayden Scheim, Broden Giambrone, What are transgender men's HIV prevention needs?, Fact Sheet 67. [en ligne] Disponible sur

<https://prevention.ucsf.edu/wordpress/wp-content/uploads/2011/01/TransmenFS-Sept2015.pdf> [page consultée le 27/03/2018]

→ Kayigan d'Almeida Wilson, France Lert, François Berdougou, Hélène Hazera, Transsexuel(le)s : conditions et style de vie, santé perçue et comportements sexuels. Résultats d'une enquête exploratoire par Internet, 2007. [en ligne] Disponible sur http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=1609 [page consultée le 02/05/2018]

→ Kenneth H. Mayer, Beatriz Grinsztejn, and Wafaa M. El-Sadr , Transgender People and HIV Prevention: What We Know and What We Need to Know, a Call to Action. [en ligne] Disponible sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4969053/> [page consultée le 20/04/2018]

→ Rowniak S, Chesla C, Rose CD, Holzemer WL., Transmen: the HIV risk of gay identity. [en ligne] Disponible sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22201235> [page consultée le 22/04/2018]

→ Sausa, L. A., Sevelius, J., Keatley, J., Iñiguez, J. R., & Reyes, M. (2009). *Policy Recommendations for Inclusive Data Collection of Trans People in HIV Prevention, Care & Services*. Center of Excellence for Transgender HIV Prevention: University of California, San Francisco.

→ Savas Abadsidis, Without studies that separate trans men from cis women, the disparity will continue. [en ligne] Disponible sur <https://www.hivplusmag.com/treatment/2018/2/25/transgender-mens-hiv-and-prep-needs-are-not-being-met> [page consultée le 02/05/2018]

→ Scheim, Ayden I. ; Bauer, Greta R.; Travers, Robb, *HIV-Related Sexual Risk Among Transgender Men Who Are Gay, Bisexual, or Have Sex With Men* [en ligne] Disponible sur https://journals.lww.com/jaids/Fulltext/2017/04010/HIV_Related_Sexual_Risk_Among_Transgender_Men_Who.2.aspx [page consultée le 04/05/2018]

→ Sophie Lhuillier, CROI 2016 : l'infection VIH dans la population trans abordée pour la première fois. [en ligne] Disponible sur

<https://www.sidaction.org/actualites/croi-2016-linfection-vih-dans-la-population-trans-abordee-pour-la-premiere-fois-587> [page consultée le 22/04/2018]

→ Tonia C Poteat, JoAnne Keatley, Rose Wilcher, Chloe Schwenke, HIV epidemics among transgender populations: the importance of a trans-inclusive response. [en ligne] Disponible sur <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.7448/IAS.19.3.21259> [page consultée le 02/04/2018]

→ Dépistage du VIH, découvertes de séropositivité VIH et diagnostics de sida, 2003-2016. [en ligne] Disponible sur <http://inv.santepubliquefrance.fr> [page consultée le 20/04/2018]

→ Key population atlas. [en ligne] Disponible sur <http://www.aidsinfoonline.org/kpatlas/> [page consultée le 20/04/2018]