



**HAL**  
open science

## Expériences et attentes de personnes trans en médecine générale. Partie 1, les freins à l'accès aux soins

Ellie Duval

► **To cite this version:**

Ellie Duval. Expériences et attentes de personnes trans en médecine générale. Partie 1, les freins à l'accès aux soins. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02556794

**HAL Id: dumas-02556794**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02556794>**

Submitted on 10 May 2021

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

N° d'ordre :



ANNÉE 2019



**THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1**  
*sous le sceau de l'Université Bretagne Loire*

Thèse en vue du

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

présentée par

**Ellie DUVAL**

Née le 23 mai 1989 à Saint Briec

**Expériences et  
attentes de  
personnes trans en  
médecine générale**

**Première partie :  
Les freins à l'accès  
aux soins**

**Thèse soutenue à RENNES  
le 25 avril 2019**

Devant le jury composé de :

**Pr Patrick JÉGO**

PU-PH, CHU de RENNES / Président du jury

**Dr Romain MATHIEU-SANQUER**

MCU-PH, CHU de RENNES / Juge

**Dr Emmanuel ALLORY**

MC Associé, DMG de RENNES / Juge

**Mr Raphaël MAGNAN**

Co-Président du Réseau Santé Trans / Juge

**Dr Elinore LAPADU-HARGUES**

MG / Directrice de thèse

**Dr Bernard BRAU**

MG / Directeur de thèse

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES**

<b>NOM</b>	<b>PRENOM</b>	<b>TITRE</b>	<b>CNU</b>
ANNE-GALIBERT	Marie-Dominique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BARDOU-JACQUET	Edouard	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BELAUD-ROTUREAU	Marc-Antoine	PU-PH	Histologie ; embryologie et cytogénétique
BELLISSANT	Eric	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BELOEIL	Hélène	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
BENDAVID	Claude	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH	Karim	PU-PH	Urologie
BEUCHEE	Alain	PU-PH	Pédiatrie
BONAN	Isabelle	PU-PH	Médecine physique et de réadaptation
BONNET	Fabrice	PU-PH	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
BOUDJEMA	Karim	PU-PH	Chirurgie générale
BOUGET	Jacques	Pr Emérite	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
BOUGUEN	Guillaume	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRASSIER	Gilles	PU-PH	Neurochirurgie
BRISOT	Pierre	Pr Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
CARRE	François	PU-PH	Physiologie
CATROS	Véronique	PU-PH	Biologie cellulaire
CATTOIR	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHALES	Gérard	Pr Emérite	Rhumatologie
CORBINEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA	Marc	PU-PH	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DARNAULT	Pierre	PU-PH	Anatomie
DAUBERT	Jean-Claude	Pr Emérite	Cardiologie
DAVID	Véronique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN	Jacques	Pr Associé	Cardiologie
DE CREVOISIER	Renaud	PU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
DECAUX	Olivier	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DESRUES	Benoît	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
DEUGNIER	Yves	Pr Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
DONAL	Erwan	PU-PH	Cardiologie
DRAPIER	Dominique	PU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DUPUY	Alain	PU-PH	Dermato-vénérologie
ECOFFEY	Claude	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
EDAN	Gilles	PU-PH consultant	Neurologie
FERRE	Jean-Christophe	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
FEST	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
FLECHER	Erwan	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GANDEMER	Virginie	PU-PH	Pédiatrie
GANDON	Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GANGNEUX	Jean-Pierre	PU-PH	Parasitologie et mycologie

GARIN	Etienne	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
GAUVRIT	Jean-Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GODEY	Benoît	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL	Pascal	PU-PH	Rhumatologie
GUILLE	François	PU-PH	Urologie
GUYADER	Dominique	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
HAEGELEN	Claire	PU-PH	Anatomie
HOUOT	Roch	PU-PH	Hématologie ; transfusion
JEGO	Patrick	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
JEGOUX	Franck	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU	Stéphane	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
KAYAL	Samer	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LAMY DE LA CHAPELLE	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
LAVIOLLE	Bruno	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
LAVOUE	Vincent	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LE BRETON	Hervé	PU-PH	Cardiologie
LE GUEUT	Mariannick	PU-PH consultant	Médecine légale et droit de la santé
LE TULZO	Yves	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
LECLERCQ	Christophe	PU-PH	Cardiologie
LEDERLIN	Mathieu	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
LEGUERRIER	Alain	Pr Emérite	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LEJEUNE	Florence	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE	Jean	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LIEVRE	Astrid	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MABO	Philippe	PU-PH	Cardiologie
MAHE	Guillaume	PU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MALLEDANT	Yannick	Pr Emérite	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MENER	Eric	Pr Associé	Médecine générale
MEUNIER	Bernard	PU-PH	Chirurgie digestive
MICHELET	Christian	Pr Emérite	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
MOIRAND	Romain	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MORANDI	Xavier	PU-PH	Anatomie
MOREL	Vincent	Pr Associé	Epistémologie clinique
MOSSER	Jean	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX	Frédéric	PU-PH	Ophthalmologie
MYHIE	Didier	Pr Associé	Médecine générale
ODENT	Sylvie	PU-PH	Génétique
OGER	Emmanuel	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PARIS	Christophe	PU-PH	Médecine et santé au travail
PERDRIGER	Aleth	PU-PH	Rhumatologie
PLADYS	Patrick	PU-PH	Pédiatrie
RAVEL	Célia	PU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
REVEST	Matthieu	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
RICHARD DE LATOUR	Bertrand	Pr Associé	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire



RIFFAUD	Laurent	PU-PH	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ	Nathalie	PU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX	Florence	PU-PH	Parasitologie et mycologie
ROPARS	Mickaël	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JAMES	Hervé	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
SAULEAU	Paul	PU-PH	Physiologie
SEGUIN	Philippe	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
SEMANA	Gilbert	PU-PH	Immunologie
SIPROUDHIS	Laurent	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOMME	Dominique	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SOULAT	Louis	Pr Associé	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
SULPICE	Laurent	PU-PH	Chirurgie générale
TADIE	Jean Marc	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
TARTE	Karin	PU-PH	Immunologie
TATTEVIN	Pierre	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TATTEVIN-FABLET	Françoise	Pr Associé	Médecine générale
THIBAUT	Ronan	PU-PH	Nutrition
THIBAUT	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
THOMAZEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN	Sylvie	PU-PH	Pédopsychiatrie ; addictologie
VERHOYE	Jean-Philippe	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN	Marc	PU-PH	Neurologie
VIEL	Jean-François	PU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU	Cécile	PU-PH	Néphrologie
VIOLAS	Philippe	PU-PH	Chirurgie infantile
WATIER	Eric	PU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
WODEY	Eric	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

NOM	PRENOM	TITRE	CNU
ALLORY	Emmanuel	MC Associé	Médecine générale
AME-THOMAS	Patricia	MCU-PH	Immunologie
AMIOT	Laurence	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ANSELMI	Amédéo	MCU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BEGUE	Jean Marc	MCU-PH	Physiologie
BERTHEUIL	Nicolas	MCU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BOUSSEMARY	Lise	MCU-PH	Dermato-vénéréologie
BROCHARD	Charlène	MCU-PH	Physiologie
CABILLIC	Florian	MCU-PH	Biologie cellulaire
CAUBET	Alain	MCU-PH	Médecine et santé au travail
CHHOR-QUENIART	Sidonie	MC Associé	Médecine générale
DAMERON	Olivier	MCF	Informatique
DE TAYRAC	Marie	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH	Brigitte	MCU-PH	Parasitologie et mycologie
DROITCOURT	Catherine	MCU-PH	Dermato-vénéréologie
DUBOURG	Christèle	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY	Frédéric	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
EDELIN	Julien	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
FIQUET	Laure	MC Associé	Médecine générale
GARLANTEZEC	Ronan	MCU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GOUIN épouse THIBAUT	Isabelle	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
GUILLET	Benoît	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
JAILLARD	Sylvie	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
KALADJI	Adrien	MCU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
KAMMERER-JACQUET	Solène-Florence	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LAVENTU	Audrey	MCF	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
LE GALL	François	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LE GALL	Vanessa	MC Associé	Médecine générale
LEMAITRE	Florian	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MARTINS	Pédro Raphaël	MCU-PH	Cardiologie
MATHIEU-SANQUER	Romain	MCU-PH	Urologie
MENARD	Cédric	MCU-PH	Immunologie
MICHEL	Laure	MCU-PH	Neurologie
MOREAU	Caroline	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI	Fouzia	MCF	Informatique
NAUDET	Florian	MCU-PH	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
PANGAULT	Céline	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
RENAUT	Pierrick	MC Associé	Médecine générale
ROBERT	Gabriel	MCU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
SCHNELL	Frédéric	MCU-PH	Physiologie
THEAUDIN épouse SALIOU	Marie	MCU-PH	Neurologie
TURLIN	Bruno	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques

VERDIER épouse LORNE	Marie- Clémence	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
ZIELINSKI	Agata	MCF	Philosophie

## REMERCIEMENTS

**Au Professeur Patrick JÉGO**, qui nous fait l'honneur de présider cette thèse et nous fait ainsi bénéficier de son regard d'enseignant et de praticien hospitalier sur cette question de recherche. Soyez assuré, Monsieur, de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect.

**Au Docteur Romain MATHIEU-SANQUER**, qui nous fait l'honneur de juger ce travail et de se rendre disponible pour participer au jury de cette thèse. Soyez assuré de nos remerciements et de notre gratitude.

**Au Docteur Emmanuel ALLORY**, qui a accepté de juger ce travail et nous a apporté son expertise méthodologique. Merci Emmanuel de nous avoir accompagnées tout au long de cette thèse.

**À Raphaël MAGNAN**, qui nous fait l'honneur d'accepter de participer au jury de cette thèse. Ta présence et tes retours nous sont précieux.

**Aux docteurs Élinore LAPADU-HARGUES et Bernard BRAU**, merci de nous avoir encadrées avec patience et bienveillance dans ce travail de thèse. Nous vous sommes très reconnaissantes pour vos conseils pertinents. Merci pour votre investissement et votre disponibilité.

**À toutes les personnes rencontrées** dans le cadre de cette thèse. Nous espérons que ces travaux sauront être à la hauteur de la confiance que vous nous avez accordée.

**A tou.te.s les membres du ReST** pour la réflexion et le travail engagé.

À Marion, merci pour ce binôme que nous avons formé. C'est une chance d'avoir partagé ce travail de thèse avec toi.

À tous les médecins et soignant.e.s que j'ai rencontré.e.s lors de mon parcours.

À ma famille, particulièrement mes parents et mon frère Edouard, merci pour votre exemplarité et votre soutien.

À mes ami.e.s.

À Dotsé, merci pour ta présence à mes côtés, merci pour ta patience.



# Table des matières

<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>7</b>
<b>LISTE DES ABREVIATIONS</b> .....	<b>10</b>
<b>GLOSSAIRE</b> .....	<b>11</b>
<b>PRÉAMBULE</b> .....	<b>14</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>15</b>
<b>MATÉRIEL ET MÉTHODE</b> .....	<b>16</b>
<b>I. Type d'étude</b> .....	<b>16</b>
<b>II. Constitution des échantillons</b> .....	<b>16</b>
<b>III. Le guide d'entretien</b> .....	<b>16</b>
<b>IV. Le recueil des données</b> .....	<b>16</b>
<b>V. Analyse des données</b> .....	<b>17</b>
<b>RÉSULTATS</b> .....	<b>18</b>
<b>I. Présentation de l'échantillon</b> .....	<b>18</b>
TABLEAU - CARACTERISTIQUES DES PERSONNES RENCONTREES.....	19
<b>II. Analyse thématique</b> .....	<b>20</b>
A. Les difficultés d'accès aux soins concernant le parcours de transition.....	21
B. Les difficultés rencontrées dans l'accès aux soins du quotidien .....	25
C. Les autres difficultés pouvant rendre complexe l'accès aux soins des personnes trans.....	29
<b>DISCUSSION</b> .....	<b>32</b>
<b>I. Forces et faiblesses de l'étude</b> .....	<b>32</b>
A. Forces .....	32
B. Limites .....	33
<b>II. Principaux résultats</b> .....	<b>34</b>
A. Réflexion commune sur les données de la littérature .....	34
B. Vers plus de droits et de visibilité en santé.....	35
C. Des freins financiers liés notamment aux difficultés d'accord de prise en charge en ALD .....	37
D. La question du libre de choix du parcours .....	37
E. La question de l'accès à l'hormonothérapie .....	39
F. L'accès au médecin généraliste .....	40
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>43</b>

<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>44</b>
<b>Annexe 1 – Prospectus diffusé pour le recrutement.....</b>	<b>47</b>
<b>Annexe 2 – Guide d’entretien.....</b>	<b>48</b>
<b>Annexe 3 – Formulaire de consentement .....</b>	<b>50</b>
<b>Annexe 4 – Rappels historiques.....</b>	<b>51</b>
<b>Annexe 5 – Approbation du comité d’éthique .....</b>	<b>53</b>

## LISTE DES ABREVIATIONS

**ALD** : Affection Longue Durée

**AMM** : Autorisation de Mise sur le Marché

**ANSM** : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

**APA** : American Psychiatric Association

**CCAM** : Classification Commune des Actes Médicaux

**CEC** : Changement d'Etat Civil. Se rapporte ici au changement de la mention de sexe sur les actes de l'état civil.

**CIM** : Classification Internationale des Maladies

**CPAM** : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

**DSM** : Manuel Diagnostic et Statistique des Troubles Mentaux

**DGOS** : Direction Générale de l'Offre de Soins

**EST** : Espace Santé Trans (Paris)

**FtM**: *Female to Male*: Homme trans. Individu né de sexe féminin se reconnaissant dans l'expression de genre masculin

**MtF**: *Male to Female*: Femme trans. Individu né de sexe masculin se reconnaissant dans l'expression de genre féminin

**F/MtX** : individu né de sexe féminin ou masculin ayant entamé une transition et ne se reconnaissant pas dans la binarité de genre

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**IGAS** : Inspection Générale des Affaires Sociales

**INPES** : Institut national de Prévention et d'Education pour la Santé

**ISS** : Inégalités Sociales de Santé

**LGBTI** : lesbiennes, Gays, Bisexuel.le.s, Trans, Intersexes

**MDS** : Maison dispersée de Santé (Lille)

**MT** : Médecin Traitant

**ODT** : Observatoire Des Transidentités

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**ReST** : Réseau Santé Trans

**SDS** : Standards de soins

**SoFECT** : Société Française d'Etude et de Prise en Charge de la Transidentité

**TH**: Traitement Hormonal

**WPATH**: World Professional association of Transgender Health

## GLOSSAIRE

De nombreux termes nés de la culture trans, dont certains sont passés dans le vocabulaire commun, sont employés dans ces travaux. Le glossaire ci-après en propose une liste et leur définition, de manière non exhaustive.

**Autodétermination/Autodéfinition** : désigne la possibilité pour une personne de définir qui elle est. Se rapporte ici à la notion de genre : que les personnes puissent définir librement leur genre d'appartenance sans pression extérieure, et possiblement en dehors du système binaire communément admis.

**Chirurgie de réassignation/réattribution sexuelle** : intervention de modification anatomique concernant le sexe, dite de "changement de sexe" parfois entreprise par une personne trans au cours de sa transition. Souvent à tort considérée comme une étape nécessaire au devenir trans.

**Cis / cisgenre / bio** : individu dont l'identité de genre correspond à son sexe biologique assigné à la naissance.

**Cishétéronormativité / société cishétéronormative** : désigne un système social dans lequel la norme est d'être cisgenre et hétérosexuel. Désigne par extension tout comportement ou pensée conditionnés par cette norme.

**CLART-I** : association toulousaine d'auto-support trans

**Coming-out** : fait de révéler une information jusque-là tenue secrète. Se rapporte ici à la transidentité.

**Déterminant de santé (selon l'INPES)** : à chaque étape de la vie, l'état de santé se caractérise par des interactions complexes entre plusieurs facteurs d'ordre socio-économique, en interdépendance avec l'environnement physique et le comportement individuel. Ces facteurs sont désignés comme les « déterminants de la santé ». Ils n'agissent pas isolément : c'est la combinaison de leurs effets qui influe sur l'état de santé.

**Discrimination directe** : acte volontaire, intentionnel, de discriminer une personne ou un groupe de personnes pour son appartenance à une ethnie, une catégorie sociale, un genre, etc.

**Discrimination indirecte** : fait de discriminer involontairement une personne ou un groupe de personnes pour son appartenance à une ethnie, une catégorie sociale, un genre, etc. Plus difficile à repérer que la discrimination directe, elle produit pourtant des effets similaires sur les individus. Quand elle est relationnelle, elle provient souvent d'une personne de bonne foi et persuadée d'agir pour le mieux. Il est donc la plupart du temps difficile d'en prendre conscience quand on est du côté discriminant.

**Discrimination institutionnelle** : discrimination systémique produite par des institutions. Elle peut être directe ou indirecte.

**Empowerment** : (autonomisation ou capacitation en français) développement du pouvoir d'agir des individus ou des groupes sur leur propre vie, en passant par leurs conditions sociales, économiques, politiques et leur état de santé. Ce terme apparaît pour la première fois aux Etats-Unis au début du XXème siècle, employé par des femmes luttant pour la reconnaissance de leurs droits. Il se décline en plusieurs dimensions : individuelle, communautaire et organisationnelle (Gendron, 2006). D'après l'OMS en 2011, la clef de *l'empowerment* se trouve dans « la transformation des rapports de force et des relations de pouvoir entre les individus, les groupes, les services et les gouvernements ».

**Genrer** : fait de parler d'une personne ou de s'adresser à une personne en employant des pronoms masculins ou féminins.

**Identité de genre** : genre auquel une personne a le sentiment d'appartenir, que ce soit de manière ponctuelle ou permanente. Elle ne s'inscrit pas forcément dans une binarité homme/femme.

**Inégalités Sociales de Santé (ISS)** : d'après l'INPES, il s'agit des différences d'état de santé observées entre des groupes sociaux, ou, dans la relation entre l'état de santé d'un individu et sa position sociale. Les ISS peuvent être distinguées des inégalités de santé qui ne relèvent pas de la justice sociale mais d'autres facteurs génétiques ou physiologiques, etc.

**ISKIS** : Centre Gay, Lesbien, Bisexuel.le.s et Trans de Rennes

**LGBTI** : cette catégorisation est couramment utilisée pour la définition ou l'autodéfinition de sous-groupes d'individus avec des caractéristiques supposément communes en matière d'orientation sexuelle et/ou d'identité de genre. Si elle est utile, notamment dans le domaine de la recherche, cette typologie ne rend pas entièrement compte de la grande diversité et du caractère non statique du ressenti et des expériences vécues. L'orientation sexuelle et l'identité de genre ne sont par ailleurs que deux dimensions identitaires parmi une multitude d'autres, chacune étant insuffisante à elle seule pour définir un individu. Le « I » désigne les personnes intersexes. L'acronyme « LGBTIQ » couvre encore la catégorie « Queer/Questionning ».

**Mégenrer** : fait d'utiliser un pronom ou un autre terme d'un mauvais genre à propos d'une personne (par exemple employer le pronom « il » pour une femme trans). Peut-être volontaire (discrimination directe) ou involontaire (discrimination indirecte).

**Observatoire des Transidentités (ODT)** : site indépendant d'information et d'analyse sur les questions trans, intersexe et les questions de genre. Outre l'équipe permanente, il s'appuie sur un réseau d'acteur.rice.s de terrain, d'associations-partenaires et d'universitaires.

**Outing** : révélation publique d'une information tenue cachée par un tiers, sans son consentement voire contre sa volonté. Concerne ici la transidentité. Se faire *outer* signifie qu'une personne a révélé la transidentité d'une autre personne sans son consentement voire contre sa volonté.

**Non-Binaire** : personne non-binaire, individu qui ne se reconnaît pas dans la binarité de genre homme-femme.

**Représentations** : ensemble d'informations, d'opinions et de croyances relatives à un objet. Quand elles sont communément admises par un groupe, elles peuvent avoir une influence réelle sur la perception de cet objet par les individus. Elles ne sont pas forcément conscientes.

Santé communautaire (1) : une action en santé sera dite communautaire quand les membres d'une collectivité, géographique ou sociale, conscients de leur appartenance à un même groupe, réfléchissent en commun sur les problèmes de leur santé, expriment leurs besoins prioritaires et participent activement à la mise en place, au déroulement et à l'évaluation des activités les plus aptes à répondre à ces priorités.

SoFECT (2): Société Française d'Etude et de prise en Charge de la Transidentité. C'est une institution qui regroupe des professionnel.le.s de santé hospitalier.e.s ayant un rôle dans la prise en charge médicale des personnes trans. Elle est à l'origine de la création de protocoles de transition comprenant six étapes successives, dont une phase d'évaluation et de suivi psychiatrique obligatoire, comprenant une « expérience de vie réelle » dans laquelle la personne doit vivre dans le genre duquel elle se réclame, avant d'avoir accès à tout traitement qualifié d'irréversible (certaines hormonothérapies, les chirurgies). La SoFECT est organisée en centres de prise en charge répartis sur le territoire français. Sa création a eu lieu en 2010 en marge de l'initiation par la DGOS d'un groupe de travail convoquant professionnel.le.s de santé et associations afin d'améliorer la prise en charge des transidentités. Ce groupe de travail faisait suite au rapport de la HAS de 2009 (3) intitulé : « La prise en charge médicale du transsexualisme ». Selon une enquête de l'IGAS de 2011(4) évaluant la prise en charge médicale et sociale des personnes trans, « la création de la SoFECT est alors apparue, pour les associations comme pour les représentants de l'Etat, comme une tentative de préempter le débat, de s'octroyer le monopole de la prise en charge des trans, et



en définitive de tuer dans l'œuf l'ouverture recherchée au départ ». Il existe de nombreuses tensions entre la SoFECT et la plupart des associations, ces dernières qualifiant les pratiques de la SoFECT de discriminantes et « psychiatisantes ».

**Stéréotypes de genre** : somme de caractéristiques communément attribuées à un genre. Ce n'est pas une notion universelle : elle varie en fonction des époques et des différents groupes (sociaux, culturels, etc).

**Trans / personne trans / transgenre /transidentitaire** : individu qui vit ou souhaite vivre dans un genre différent de celui qui lui a été assigné à la naissance. Ce terme englobe toutes les personnes ayant fait ou souhaitant faire le choix d'une transition, qu'elles choisissent ou non d'avoir recours à des traitement médicaux et/ou chirurgicaux dans cet objectif.

**Transidentités** : identités des personnes dont le genre psychologique, le genre social et l'anatomie ne s'accordent pas selon les critères de la norme culturelle en vigueur. Quand cela est rendu possible, ce terme est employé au pluriel afin de rendre compte de la multiplicité des identités trans.

**Transition** : période d'évolution physique, psychologique et sociale d'une personne trans d'un genre à une autre. Ce processus est souvent appelé à tort « changement de sexe ». Elle peut être uniquement entreprise d'un point de vue social, et n'est pas forcément médicalisée.

**Transphobie** : ensemble des préjugés et discriminations dont sont victimes les personnes trans, que ce soit par idéologie, ignorance ou haine. Elle peut être directe (volontaire) ou indirecte (quand il n'y a à priori pas d'intentionnalité). Elle peut être véhiculée par des individus et par des institutions.

**Transsexualisme/transsexuel.le.s**: terme utilisé le plus souvent en psychiatrie pour désigner les transidentités. Peut être également un terme employé en auto-définition.

**Dead name** : prénom utilisé avant une transition et souvent différent du prénom d'usage. Utiliser ce *deadname* au lieu du nouveau prénom peut renvoyer à la personne l'idée que son identité actuelle n'est pas valide, et s'apparente à de la transphobie.

**Passing** : dans le contexte du genre, renvoie à la capacité/possibilité d'un individu à être considéré comme appartenant au genre auquel il s'identifie.

## PRÉAMBULE

Ces travaux seront présentés en deux parties organisées en deux manuscrits distincts : le premier, rédigé par Ellie Duval, portera sur les freins à l'accès aux soins des personnes trans. Le second, proposé par Marion Caroff, traitera des stratégies d'adaptation mises en place dans ce contexte ainsi que des attentes en termes de soins de ces mêmes personnes.

Les chercheuses ont fait le choix d'utiliser le terme « trans » pour définir les personnes concernées par cette étude, c'est à dire des personnes vivant ou souhaitant vivre dans un genre différent de celui qui leur a été assigné à la naissance. Ce terme semble être utilisé par la plupart des associations trans et apparaissait de fait comme le plus juste à employer.

Les termes « transgenre » et « transidentitaire » pourront également être retrouvés dans ces travaux. En revanche, les termes « transsexuel.le.s » ou « transsexualité », souvent utilisés dans le langage commun, sont décrits comme « pathologisants » et « psychiatrisants » par bon nombre d'associations et de personnes concernées. De plus, ils se réfèrent littéralement à une notion de « changement de sexe » physique, et n'incluent donc pas toutes les identités trans. Ils ne seront pas employés dans ces travaux, hormis lorsqu'ils seront choisis par les patient.e.s eux.elles-mêmes pour se définir.

Cette étude n'a pas pour objectif de parler à la place des personnes qui se reconnaissent dans la population étudiée. Les chercheuses ont conscience que les préoccupations de certaines personnes trans peuvent être éloignées des considérations contenues dans ce travail. Elles souhaitent préciser que le contenu de ce document ne doit en aucun cas être utilisé à des fins de stigmatisation ou de discrimination, notamment des personnes trans.

Une écriture inclusive (5) a été choisie pour ce travail. Elle tente de mieux englober et de rendre visibles les personnes quel que soit leur genre.

L'annexe 4 apporte des précisions sur le plan historique ainsi qu'un éclairage sur certaines notions développées dans ces travaux.

Les chercheuses n'ont pas de lien d'intérêt à déclarer.

## INTRODUCTION

L'inconscient collectif abonde de nombreux.sts stéréotypes et représentations sur les personnes trans. Les amalgames sur les notions « trans, travesti » sont fréquents et parfois relayés par des médias dits « grand public » (6). Ces stéréotypes montrent la méconnaissance que nous avons des identités trans et participent au manque de visibilité de ces personnes dans la société.

Dans leurs relations avec le corps médical comme dans la société en général, les personnes trans subissent des discriminations tant sur le plan individuel qu'institutionnel. Même si la plupart des besoins médicaux des personnes trans reflètent ceux de la population générale et pourraient être satisfaits en suivant des standards habituels de bonnes pratiques (7), il est retrouvé dans les études internationales que les personnes trans font face à des disparités importantes en termes de soins. D'après une étude européenne de 2011 (8), sur les discriminations subies par les personnes LGBTI, et parmi les répondants trans, une personne sur cinq rapporte s'être sentie discriminée par le personnel médical au cours de l'année précédant l'enquête. Ainsi de nombreuses personnes trans renonceraient fréquemment aux soins médicaux dont elles ont besoin, freinées notamment par la peur de la discrimination face au corps médical et seraient en moins bonne santé que la population générale. Dans leur grande majorité, les personnes trans souhaiteraient communiquer librement avec leur médecin au sujet de leur transidentité, mais hésitent souvent par peur d'être jugées ou moins bien soignées si elles se confient (9). Il en résulte très fréquemment des problèmes d'estime de soi, d'anxiété, ainsi qu'une incidence plus élevée de troubles dépressifs et de comportements suicidaires (9). Ces personnes présentent également, en comparaison avec la population générale, un risque accru de développer des addictions (11).

Actuellement en France comme sur le plan international, la question du genre est sous traitée dans les études de médecine et n'a que peu de place dans les formations continues, si bien que dans une étude européenne (12), 50% des patient.e.s trans interrogé.e.s rapportent avoir dû « éduquer » leur médecin concernant la santé des personnes trans. La médecine a pour objet de proposer des soins de santé primaires globaux, au long cours pour l'ensemble de la population (13). Ainsi, le médecin généraliste, par sa place centrale dans le parcours de soins, doit jouer un rôle clef dans la prise en charge médicale des personnes trans, tant sur la prise en charge spécifique que sur les problématiques de santé usuelles. Actuellement en France la prise en charge spécifique fait parfois appel au médecin généraliste, mais la plupart du temps ce sont d'autres spécialistes (endocrinologues et gynécologues notamment) qui sont en charge des parcours médicaux de transition. Parmi ces spécialistes, certain.e.s exercent au sein d'équipes hospitalières constituant la Société Française d'Etude et de prise en Charge de la Transidentité (SoFECT). Ces parcours hospitaliers sont vivement critiqués par de nombreuses associations trans en France (4).

Dans ce contexte, au vu des constats effectués précédemment et devant la pauvreté de la littérature actuelle en la matière (4), des travaux centrés sur la santé des personnes trans et la place du médecin généraliste semblent nécessaires à mener. Nous avons estimé intéressant de rencontrer des personnes trans afin de recueillir à partir de leurs expériences vécues, les difficultés d'accès aux soins auxquelles elles ont pu être confrontées ainsi que leurs attentes de la médecine générale.

Dans l'optique d'amélioration des pratiques professionnelles et de visibilité des problématiques spécifiques aux questionnements de genre, la question de recherche de cette thèse commune est : quelles sont les difficultés d'accès aux soins et les attentes des personnes trans en consultation de médecine générale ?

# MATÉRIEL ET MÉTHODE

## I. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés, conduits de février à août 2018. Ce type d'étude permettait un accès aux subjectivités recueillies à travers le langage verbal et non verbal.

## II. Constitution des échantillons

Chaque chercheuse a mené des entretiens individuels semi-dirigés sur un échantillon de personnes majeures se reconnaissant dans les termes trans, transgenre, transidentitaire, en transition, acceptant de répondre à nos questions. Les sujets ont été recrutés par le biais des associations militantes rennaises (OuestTrans et ISKIS), des professionnel.le.s de santé soignant des personnes trans et les réseaux sociaux. Un prospectus (voir annexe 1) décrivant l'objectif de l'étude était mis à disposition pour distribution ou diffusion, les personnes intéressées pour participer étaient invitées à contacter les chercheuses par mail ou par téléphone. Les chercheuses se présentaient comme étudiantes cisgenres, en médecine générale, réalisant un travail de fin d'étude. L'approbation du comité d'éthique a été obtenue en amont des premiers entretiens.

Un échantillonnage raisonné en recherche de variation maximale a été réalisé selon les critères suivants : autodéfinition en termes de genre, âge, année de début de transition, activité professionnelle, lieu de vie, activité militante, médecin traitant déclaré. La taille de l'échantillon n'était pas définie au préalable.

## III. Le guide d'entretien

Le guide d'entretien a été élaboré conjointement par les deux chercheuses en se basant sur les données de la littérature et sur les objectifs de l'étude. Quatre entretiens exploratoires ont été réalisés pour tester et valider ce guide d'entretien avant de commencer l'étude. Trois entretiens ont été effectués auprès de médecins généralistes et spécialistes suivant des personnes trans, le quatrième entretien exploratoire a été réalisé auprès d'un patient trans, militant dans une association. Ce dernier a finalement été inclus dans l'étude.

Le guide d'entretien débutait par une question brise-glace qui proposait de relater la dernière consultation avec le médecin généraliste ou une consultation marquante. Puis le guide était construit autour de quatre questions ouvertes abordant différents thèmes.

- Les critères de choix du médecin traitant.
- La place et le rôle du médecin généraliste dans le parcours de santé.
- Les améliorations attendues dans la relation médecin-patient.
- L'intérêt d'un réseau collaboratif entre associations militantes et professionnels de santé.

## IV. Le recueil des données

Les entretiens ont été réalisés dans les lieux choisis par les participants. Ces différents lieux ont été leur domicile, les lieux publics (parc et faculté) et les cafés.

Les entretiens ont été enregistrés par dictaphone après accord des participant.e.s puis rendus anonymes et retranscrits intégralement. Chaque participant.e a signé un formulaire de consentement écrit de participation à

l'étude après avoir reçu une information écrite ou orale, et pouvait à tout moment se retirer de l'étude ou récupérer les données le.la concernant.

## **V. Analyse des données**

L'analyse des données a été faite par codage des verbatim puis catégorisation (regroupement en sous-thèmes puis grands thèmes) de manière indépendante par les deux chercheuses. Puis, une triangulation des données a été effectuée pour rechercher les points de désaccord concernant l'interprétation des données. Cette analyse a permis de renforcer la validité interne des données, à savoir leur capacité à décrire correctement le phénomène étudié.



# RÉSULTATS

## I. Présentation de l'échantillon

27 personnes majeures s'identifiant ou ayant été identifiées comme personnes trans ont été rencontrées entre février et août 2018. L'âge variait de 19 ans à 53 ans, l'âge moyen était de 30 ans. Selon le principe de l'autodéfinition, les personnes s'identifiaient comme homme, homme trans, mec, mec trans, garçon trans, femme trans, femme, transsexuel.le, personne transgenre ou non binaire. Plusieurs individus questionnaient la catégorisation et certains revendiquaient la possible variation dans le temps du genre et du terme employé pour se définir. Il y avait à peu près égale répartition entre les personnes MtF et FtM. La moitié des personnes interrogées se considéraient comme militant.e.s trans.

12 participant.e.s ont été recruté.e.s via les médecins généralistes, 7 par les réseaux sociaux et 8 par les associations militantes locales (OuestTrans et ISKIS). Deux personnes n'avaient pas de médecin traitant déclaré. La durée des entretiens variait de 16 et 125 minutes. La durée moyenne était de 55 minutes.

Au total, 30 personnes nous ont contactées. Trois entretiens n'ont finalement pas été réalisés suite au désistement des participants.

Afin de préserver l'anonymat et de faciliter la lecture de ces travaux, des prénoms ont été choisis au hasard et alloués à chaque entretien.

TABLEAU - CARACTERISTIQUES DES PERSONNES RENCONTREES

<i>Caractéristiques</i>	<i>Echantillon (n=27)</i>
<b>Âge</b>	19-53
Médian	30
Moyen	30
<b>Début transition</b>	
<2016	15
>2016	12
Moyenne	2014
Médiane	2016
<b>Changement de prénom</b>	
oui	11
non	6
<b>Changement d'état civil</b>	
Oui	2
Non	19
En cours	6
<b>Recrutement</b>	
Généralistes	12
Réseaux sociaux	7
Associations	8
<b>Militant</b>	
Oui	14
Non	13
<b>Traitement hormonal</b>	
Oui	26
Non	1
<b>Chirurgie</b>	
Oui	10
Non	16
Ne se prononce pas	1
<b>Situation professionnelle</b>	
Actif	13
Sans emploi	14
<b>Parcours SoFECT</b>	
Oui	1
Non	26
<b>MT déclaré</b>	
Oui	25
Non	2

## **II. Analyse thématique**

Après codage des entretiens, plusieurs thématiques sur les difficultés d'accès aux soins ont été repérées. Ces difficultés ont été analysées selon que les freins concernaient plus spécifiquement l'accès au parcours de transition ou plus généralement, l'accès aux soins communs.

Le second temps de cette étude sera présenté par Marion Caroff. Il identifie d'une part les stratégies d'adaptation développées individuellement ou collectivement dans ce contexte de difficultés d'accès aux soins et d'autre part les attentes des personnes concernées vis-à-vis du système de soins et de la médecine générale.

## A. Les difficultés d'accès aux soins concernant le parcours de transition.

### 1. Accessibilité géographique

Pour un.e usager.e du système de santé, l'accès aux soins comprend deux composantes majeures : la proximité géographique des professionnels de santé et la possibilité de les consulter à des tarifs abordables. Les personnes trans rencontrées étaient davantage confrontées aux difficultés d'accès aux soins car à ces deux prérequis s'ajoutait la crainte d'un jugement par les professionnel.le.s de santé. Les personnes trans entretenues étaient nombreuses à avoir partagé leurs réticences à vivre en dehors des grandes villes. Elles craignaient, comme Thibault, que le choix du médecin soit plus restreint du fait d'une démographie médicale en baisse notamment dans les zones rurales. *« C'est compliqué ou à moins d'être dans un petit bled pas loin d'une grande ville. »* Il était fréquemment envisagé de conserver son médecin traitant malgré un éloignement géographique. *« Honnêtement j'aurais déménagé je ne sais pas si j'aurais repris un médecin traitant. Le problème c'est qu'on ne sait jamais sur qui on tombe. » Sarah*

Certain.e.s professionnel.le.s de santé identifié.e.s comme « non transphobes » étaient débordés par les demandes, comme Thomas, qui ne trouvait pas de psychologue *« On m'a renvoyé au planning familial parce qu'il y a un psychologue bien mais ils m'ont dit « Il est over booké, il ne prend plus de patient ». »*

Face à la difficulté décrite d'accéder aux professionnel.le.s de santé, certaines personnes trans pouvaient réaliser de longs trajets coûteux pour consulter un médecin recommandé. Ainsi Pierre racontait *« J'ai loupé une journée de cours (...) j'ai dû prendre le train, j'ai dû dépenser 75 euros dans la journée, euh pour avoir ma testostérone (...) j'ai dû sacrifier une journée entière et l'argent, qui pourrait très clairement me servir à manger, pour avoir un traitement. »*

### 2. Difficultés financières

#### 2.1 L'obtention de prise en charge en Affection de Longue Durée

Les soins liés à la transition, sont des soins coûteux et prolongés. Une prise en charge en ALD est possible et ouvre droit à la prise en charge à 100% des soins liés à cette affection. Cette demande de prise en charge en ALD était souvent décrite comme la première étape du parcours de transition. *« Mon parcours était à ses balbutiements aussi et l'ALD déclenche tout le reste, donc c'est la première pierre avant que tout le reste se passe. » Axel*

Bon nombre de sujets rencontrés, comme Cyril, rapportaient avoir essayé plusieurs refus avant que leur demande d'ALD ne soit acceptée par la caisse primaire d'assurance maladie. *« Ça coïncidait systématiquement effectivement dans nos parcours, notamment avec la CPAM, moi on a dû la demander trois fois pour que ça passe. »*

Des attestations de suivi pluridisciplinaire étaient fréquemment réclamées par les médecins conseils pour justifier et accorder la demande en affection de longue durée. Gabriel relate *« Donc j'ai fait la demande d'ALD et deux jours après, mon médecin a eu un appel du médecin conseil, il voulait l'attestation du psychiatre et un courrier de l'endocrinologue avant d'accepter l'ALD. »*

#### 2.2 La binarité de la cotation des actes

Certains actes de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) semblent être cotés en fonction du genre. Aussi, cela pouvait occasionner, selon nos témoignages, des difficultés de prise en charge. Inès rapportait ainsi avoir eu des difficultés de remboursement pour une consultation de gynécologie. *« À la sécu, ils catégorisent entre homme et femme les actes, un homme ne peut pas avoir une consultation gynécologique par exemple. Alors moi je me suis retrouvée à un moment donné en hors liste. »*

### 3. Difficultés administratives

#### 3.1 Le numéro et l'identité de la carte d'assuré social

Les démarches étaient décrites comme longues pour obtenir le changement d'identité de la carte vitale « *J'ai demandé à la SECU de changer, elle m'a dit que ça allait être très long* » Jérémie. On comprend ainsi que la carte vitale, souvent utilisée au cabinet médical pour compléter et ouvrir le dossier-patient exposait le.la patient.e au décalage avec l'expression de genre qu'il.elle avait adoptée. « *Après euh, ben ils ne savaient pas, donc ils m'ont appelé par mon ancien prénom, normal sur ma carte vitale, ça met assez mal à l'aise...* » Jérémie.

Cette discordance identitaire était par ailleurs dénoncée par les personnes rencontrées comme une source de divulgation d'informations personnelles. « *Eh bien à cause de ça (du numéro de carte vitale), les gens il vont toujours savoir y'a pas de respect de l'intimité à cause de ça, même la secrétaire elle le sait du coup.* » Olivier

#### 3.2 La modification des actes de l'état civil

Pour les personnes trans qui s'étaient engagées sur la voie du changement d'état civil, la procédure était vécue comme longue, coûteuse et surtout tardive puisqu'elle n'intervenait qu'après la transition hormonale ou chirurgicale. « *Ça a été un peu difficile pour le changement, à l'époque hein parce que maintenant la loi a changé, il fallait avoir des preuves (...) il fallait aussi avoir un certificat de psychiatre et donner tout ça au tribunal, et ça m'a pris 6-7 mois avec une bonne avocate.* » Chloé

Dans l'intervalle, ou de manière permanente pour les personnes qui renonçaient à engager cette procédure, les actes de la vie quotidienne, sociale, professionnelle qui supposaient de décliner son identité étaient rendus complexes et évités autant que possible. « *J'ai eu quelques épisodes dépressifs parce que ça a été très dur de survivre pendant ce temps là parce que vivre avec une identité qui n'est pas aux normes ça veut dire aussi cacher sa pièce d'identité et donc ne pas se montrer, quand on te la demande c'est « madame est-ce que je peux avoir votre carte d'identité », je réponds « non ». Donc euh vraiment devant ce malaise identitaire, c'est dur.* » Ines

Comme le décrit Inès, la période, durant laquelle la procédure de modification de la mention de sexe sur les actes de l'état civil était en cours, pouvait engendrer un passage de fragilité psychologique. Les patients décrivaient un isolement et un repli alors qu'un soutien psychologique aurait pu être requis.

L'accès à un médecin, comme l'accès à l'ensemble des actes de la vie quotidienne était rendu complexe du fait de cette contradiction identitaire. « *Au début de la transition, que le prénom ou le pronom ne soit pas bien respecté au début, ça c'est des trucs qui mettent hyper mal à l'aise.* » Cyril

Pour Briec, le changement de prénom facilitait grandement l'accès aux soins. « *Bah en fait maintenant ce serait plus facile parce que j'ai fait mon changement de prénom, même sur la carte vitale donc c'est mon nom et prénom pour prendre RDV et tout ça.* »

### 4. Inadaptation de la SoFECT

Les personnes trans rappelaient également au cours des entretiens, leur besoin d'un suivi spécifique pour effectuer leur transition médicale. Ce suivi pouvait être réalisé par différents moyens. Les personnes rencontrées ont souvent parlé de la SoFECT comme le « parcours officiel » de la prise en charge en hôpital public. Parmi d'autres aspects, une certaine rigidité de ce parcours était critiquée.



#### 4.1 Des critères d'accès jugés normatifs

La SoFECT a été à plusieurs reprises citée par les personnes trans comme l'exemple d'un parcours de transition difficile à vivre par sa rigidité avec des critères d'accès ou d'entrée décrits comme normatifs. *« En fait c'était beaucoup sur le physique, genre il fallait avoir les cheveux longs pour les MtF. » Ines*

#### 4.2 Liberté de choix du parcours

Le libre choix du parcours de transition était revendiqué par toutes les personnes rencontrées. *« Le problème c'est qu'on nous impose un seul modèle, un seul parcours. Mais si on reconnaissait toutes les possibilités aussi, de choix et de traitement, ben ça serait mieux. » Léna*

La liberté de parcours résidait dans le libre-choix des étapes de la transition. *« Pour moi c'était très clair dès le début, je ne voulais pas de chirurgie de réassignation sexuelle, déjà ça ne m'intéressait pas. » Hugo*

Toutefois, le parcours de la SoFECT pouvait répondre aux attentes de certains patients *« Donc il faut aussi accepter que pour certaines personnes ça leur correspond. » Léna*. Leur expertise pouvait être perçue comme rassurante *« du coup même si on en disait beaucoup de mal, je me suis dit bah au moins ce sont des gens qui connaissent le sujet et avec qui je pouvais avancer un minimum. » Hugo*

#### 4.3 L'expérience en vie réelle

L'expérience en vie réelle était décrite comme une phase préliminaire demandée par certain.e.s professionnel.le.s de santé et notamment la SoFECT. Elle était souvent réalisée avant la délivrance d'une hormonothérapie et consistait à demander aux personnes de vivre dans le genre désiré afin d'évaluer leur motivation à la transition. *« Le test de vie réelle en fait c'est donner une période de plusieurs mois à plusieurs années pour forcer la personne à être socialement tel genre, du coup le genre revendiqué. Même si sur les papiers ça reste le sexe d'origine, forcer les choses au niveau des administrations (banques, assurances, formations professionnelles) euh... c'est de faire changer les choses sans que les papiers soient changés pour montrer que bah on en veut quoi. Donc ce n'est pas forcément facile en fonction du physique qu'on a et comment on est perçu et puis des gens qu'on a en face de nous, comment est leur ouverture d'esprit ou pas. Et après on est censé voir le psychiatre et la psychologue. » Hugo*

Cette expérience était dénoncée par les personnes rencontrées car elle consiste à imposer une modification du mode de vie alors que les transformations physiques n'ont pas encore eu lieu. Des risques d'exclusion, de discrimination, de perte d'emploi, voire de rupture affective ou familiale ont été rapportés.

### 5. Psychiatrisation du parcours

La France a retiré en 2010 la transidentité de la liste des affections psychiatriques, pour autant, selon nos résultats, la psychiatrie conservait une place importante dans le parcours de transition. L'obtention du certificat psychiatrique était souvent considérée comme le ticket d'entrée pour débiter la transition. *« Il fallait avoir un psychiatre pour débiter les démarches. » Thomas* Cette initiation du parcours de transition était donc souvent conditionnée par une évaluation psychiatrique afin d'établir l'existence d'une « dysphorie de genre ». C'est à dire, l'existence d'une détresse psychique due à la différence entre le genre d'identification d'une personne et son genre assigné à la naissance.

Par ailleurs, quelques personnes interrogées expliquaient que certaines postures normatives de professionnel.le.s de santé pouvaient engendrer de leur part des fausses adhésions par peur de ne pas correspondre aux critères de masculinité ou de féminité. Ces fausses adhésions seraient très pratiquées notamment lors de la

première consultation psychiatrique, considérée comme l'étape déterminant l'accès à la transition. « *En psychiatrie en tout cas y a tout un truc pour que les trans aient leur certificat pour avoir leurs hormones à la SoFECT notamment, si tu veux être un garçon faut absolument que t'aimes le bleu, les petites voitures et tout ça... Comme ça, tu dis des conneries, ils entendent tes conneries, ils te filent ton papier et après ils vont te dire qu'effectivement tous les mecs trans ils aiment le bleu et les petites voitures puisqu'ils ont tous dit ça.* » Cyril

## B. Les difficultés rencontrées dans l'accès aux soins du quotidien

Les personnes trans peuvent être amenées comme toute personne à consulter un médecin généraliste pour un motif médical autre que la transidentité. Cependant, cet accès à un médecin pour des soins globaux fait face à des freins notamment liés aux représentations et aux normes sociétales auxquelles nous sommes soumis. Ainsi, la personne trans qui se présente au cabinet médical fait face aux perceptions du médecin et du.de la secrétaire et peut se retrouver dans une situation de malaise où elle doit expliquer sa situation.

### 1. L'accueil au secrétariat

Le secrétariat était souvent mentionné comme le premier contact avec le cabinet médical. Il avait un impact important sur l'image du cabinet, comme le soulignait Thomas *« La secrétaire c'est une personne très influente et très importante sur l'image d'une structure. »*

La peur d'être mal compris.e, de devoir donner des explications au secrétariat faisait renoncer nombre d'entre eux.elles à prendre rendez-vous avec un médecin. *« Avant d'arriver au médecin y'a les secrétaires, la salle d'attente, le téléphone pour moi c'est plus tout ça qui a été le plus compliqué au final. » Axel*

Ainsi l'accessibilité du médecin dépendait notamment du secrétariat. *« Même si les médecins sont formés, si les secrétaires ne sont pas formés ça ne marche pas. » Axel*

### 2. L'appel dans la salle d'attente

La salle d'attente était décrite comme un lieu très anxiogène *« du coup à chaque fois t'attends et tu ne sais pas comment tu vas être accueilli, et c'est toujours un peu bah angoissant, surtout quand t'es pas tout seul dans la salle d'attente. » Cyril*

Malgré son besoin de consulter, Hugo racontait qu'il avait quitté le cabinet devant la peur d'être « outé » alors qu'il connaissait une des personnes de la salle d'attente. *« Il me connaît et du coup il va tourner la tête si c'est moi qui me lève et qu'il y a eu « madame... » Du coup je suis parti, j'ai fait croire à la secrétaire non ce n'est pas grave je n'ai plus le temps il faut que j'y aille. »*

L'appel dans la salle d'attente était donc décrit comme l'une des étapes les plus pourvoyeuses d'anxiété. *« Le monsieur est arrivé et il m'a dit madame avec mon nom de famille et je me suis levé et il m'a dit « vous êtes sûr ? » et je lui ai dit oui oui c'est moi mais c'est compliqué et y'a des gens qui ont rigolé. » Thibault*

Le comportement du.de la médecin avait un impact à la fois sur la personne elle-même mais aussi sur les autres patient.e.s, l'appel neutre évitait d'assouvir les curiosités. *« Ma généraliste, elle me regarde, elle me dit « c'est à vous » mais du coup là ça suppose qu'on se connaisse déjà. » Axel*

Les personnes trans interrogées étaient sensibles à l'emploi des formules neutres pour l'appel dans la salle d'attente. *« Ouais, je pense qu'ils devraient rien dire du tout. Pas genrer du tout, comme ça personne n'a de problème, tout le monde se sent à l'aise. » Jérémie.*

Léna expliquait que la relation de confiance avec le médecin se créait à partir de ce moment *« et quand le médecin il arrive il t'appelle madame. Voilà. C'est déjà beaucoup »*. Amélie, elle, avait apprécié l'attitude de son médecin *« Elle est juste arrivée en disant que c'était au rendez-vous suivant et du coup c'était à moi. »*

### 3. La relation médecin-patient

#### 3.1 Le médecin

##### 3.1.1 Des présupposés et des représentations se référant à une norme

Les personnes rencontrées attendaient des médecins une capacité à interroger leurs schémas de pensée binaire dont découle la perception du genre. Cette capacité était souvent évaluée à travers les qualités d'écoute, de respect que véhiculait le médecin en consultation. *« C'est juste de sentir si la personne qu'on a en face de soi est pleine de préjugés. » Cyril* De nombreuses personnes ont estimé que les présupposés des médecins sur leur vie intime (orientation ou pratiques sexuelle par exemple) pouvaient avoir tendance à fermer le dialogue, empêcher la confiance. Cela était noté comme un frein au sens qu'ils réduisaient l'espace pour se livrer. *« J'ai trouvé ça hallucinant que sur cinq médecins, les cinq me fassent un truc du genre, « de toute façon c'était un rapport protégé », et j'étais là, enfin, c'est super bizarre de présupposer ça, enfin ça te laisse quoi comme place pour dire non ? » Antoine* La méconnaissance des problématiques trans pouvait aussi se répercuter sur des pathologies générales. *« Elle a dit bah alors j'avoue je m'y connais en IST (Infection sexuellement transmissible) d'homme et de femme mais alors les IST de transsexuels... » Antoine*

##### 3.1.2 Le respect du genre et du prénom d'usage

La relation patient.e-soignant.e basée sur le respect et l'écoute était un prérequis à une relation de qualité. Le premier contact établi lorsque le.la médecin appelait par le nom et le prénom était déterminant pour la suite de la relation. *« Si au début de sa transition que le prénom ou le pronom ne soit pas bien respecté au début, ça c'est des trucs qui mettent hyper mal à l'aise. » Cyril* Cependant, le non-respect de genre par le.la médecin pouvait être admis et reconnu comme une maladresse initiale. Il ne leur en était pas tenu rigueur lorsque que celui.celle-ci en prenait note et adoptait une attitude respectueuse. *« Des fois le mégenrage ça glisse quoi, des fois on se trompe, même moi des fois je me trompe euh... ça arrive à tout le monde de se tromper. » Axel* Dans d'autres cas, cela était vécu comme la manifestation par le.la soignant.e d'un refus d'accepter l'autre dans son autodétermination. *« Il m'a genré au féminin pendant toute la consultation, je l'ai repris il a continué. » Olivier* *« Après, le mégenrage, des fois y'a des gens qui mégenrent et on voit que ça ne veut pas, c'est buté quoi, c'est un "non je ne veux pas voir qui tu es". » Axel*

##### 3.1.3 Un bon contact facilite la poursuite des soins

Antoine décrivait l'apaisement qu'il ressentait au fur et à mesure des consultations. *« En fait la troisième fois que je l'ai vue elle a pris ma tension, et c'était la première fois que je n'exploisais pas tous les scores et que j'avais une tension normale, et c'était genre un grand moment. »*

##### 3.1.4 Une posture neutre du médecin

Les personnes interrogées étaient sensibles à la neutralité des formulations du médecin. Selon elles, elles étaient propices à la confiance. *« Ça demande de la gymnastique euh avec les mots quoi pour contourner... pour laisser la place à la personne en face de dire qui elle est. » Axel*

La réaction du médecin, au coming-out trans était redoutée des personnes rencontrées. *« Entre temps j'avais transitionné et ...je lui ai juste dit que j'avais changé de prénom, il a fait ok d'accord, il a changé sur le dossier, et il a eu aucun souci, il est resté pareil dans la même démarche de soin. » Axel*

### 3.1.5 L'examen clinique, la recherche de consentement dans les soins

De nombreuses personnes rencontrées, comme Pierre, dénonçaient le manque d'explications avant d'effectuer l'examen clinique *« j'ai trouvé ça assez gênant qu'elle vérifie dans mon caleçon, alors qu'en soi je sais que médicalement ça pouvait être utile mais elle aurait pu au moins m'expliquer. »*

Certains, comme Antoine, racontaient avoir vécu des examens cliniques sans recherche de consentement au préalable *« Je lui avais dit de ne pas me toucher et il a essayé quand même de me faire un prélèvement... »*

Axel, lui, appréciait que son médecin recherche toujours son consentement pour que son interne soit présent.e ou non à la consultation *« Quand il y a une interne avec elle, elle demande toujours si c'est bien ok, elle propose qu'elle sorte à certains moments. »*

## 3.2 Le patient

### 3.2.1 La discrimination intériorisée ou l'autocensure

Les réactions et ressentis des personnes trans vis à vis de la relation avec le médecin peuvent être des conséquences des difficultés subies ou craintes. Dans tous les cas ces comportements ne facilitent pas la relation patient-soignant.

Au fil des entretiens, des phénomènes d'autocensure non conscients ont été repérés et identifiés comme une discrimination intériorisée. Elle est nommée intériorisée car ces phénomènes n'étaient pas perçus comme une discrimination par les personnes trans. Ils entraînaient une baisse d'estime de soi, une angoisse, comme par exemple lorsque Thibault relatait *« Je n'imaginai pas lui dire, j'avais peur qu'elle réagisse mal que je doive l'éduquer et je n'avais pas les outils et j'étais juste terrifié. »*. Parfois cela se manifestait par un évitement de situations de potentielle discrimination comme Adèle qui racontait éviter les rendez-vous médicaux *« Sauf que le problème c'est que, finalement, c'est moi qui m'impacte moi-même parce que j'ai peur donc je repousse des rendez-vous, ça participe à une détérioration physique et psychologique des personnes trans. »*

Une reconnaissance parfois disproportionnée était relatée vis à vis des soignant.e.s non discriminant.e.s *« Je la remerciais sans arrêt et elle me disait « mais je ne vois pas pourquoi » et je lui disais « mais vous ne vous rendez pas compte, 'fin il doit y'en avoir des médecins géniaux mais moi je suis super content de vous avoir ». » Thomas*

### 3.2.2 Coming-out craint ou tu

Faire son coming-out trans auprès du médecin était une problématique pour chaque personne trans. Elles rapportaient être partagées entre le besoin d'informer le médecin, dans un but d'exhaustivité et la peur d'être discriminé.e. *« C'est une question que je me pose assez souvent quoi. Est-ce que je le dis, est ce que je ne le dis pas ? » Axel* Pour certain.e.s, comme pour Thibault, le courrier du spécialiste servait de tiers pour l'annonce au médecin traitant *« Pour moi c'était plus simple que ce soit un autre médecin qui lui dise et qu'ensuite ce soit fait, qu'elle ait le temps d'y réfléchir et que j'aie le temps de voir qu'elle avait réagi positivement. »*

### 3.2.3 Anxiété anticipatoire

De nombreuses personnes interrogées craignaient avoir un jour recours à des soins d'urgence. « *Par exemple moi ce qui m'angoisse c'est de devoir me retrouver aux urgences, que je n'ai pas choisi les gens en face de moi et là je pense que ça doit être compliqué quoi.* » Cyril

La discrimination intériorisée pouvait se manifester par une anxiété intense lors de consultations « *Je pense que c'était la journée la plus stressante de ma vie, où j'ai vraiment pleuré toute la journée, parce qu'en fait si elle me disait non, j'avais aucun autre moyen d'avoir la testostérone.* » Pierre

## 4. Les difficultés à s'éloigner de son propre réseau

Les sujets rencontrés témoignaient d'une recrudescence d'angoisses dès lors qu'il était nécessaire de s'éloigner de son propre réseau de soignants. « *Après le truc c'est que dès que je sors du réseau que j'ai construit, là je me retrouve à la case départ, face à l'incompréhension des gens ou à la maladresse des gens, c'est là que c'est pesant et que ça... ça bloque éventuellement l'accès aux soins.* » Cyril

Certains renonçaient à consulter si leur médecin traitant n'était pas disponible « *Comme je ne vois qu'elle, je ne vois vraiment qu'elle, si elle n'est pas là je ne vais pas chez le médecin.* » Axel

Certains n'osaient pas consulter un médecin inconnu et se référaient aux avis de la communauté trans ou à l'entourage « *Il y a tellement d'histoires négatives de médecins dans le milieu trans du coup ça me fait très peur et je n'ose pas prendre rendez-vous tant qu'on ne m'a pas certifié qu'avec lui c'est bien, ça se passe bien.* » Thibault

En effet, lorsque l'on voit tous les écueils qui doivent être franchis pour obtenir une relation sereine avec un médecin, on comprend pourquoi ces patients restent attachés au réseau de soignants qu'ils se sont constitué. Ceci crée alors une authentique restriction dans leur possibilité de choix de soignant.

## C. Les autres difficultés pouvant rendre complexe l'accès aux soins des personnes trans

### 1. Invisibilité, nécessité de s'expliquer

Le manque de visibilité des personnes trans était souvent pointé. Elles devaient souvent se définir, expliquer leur parcours et leurs choix. Certains jours, encombrées par la lassitude, les qualités de patience et de tolérance pouvaient être réduites : *« des gens qui ne comprennent pas, à qui je dois expliquer, bon y a des jours où j'ai l'énergie pour, mais y a d'autres jours où non, et particulièrement quand on est malade. » Cyril*

Le travail de visibilité des associations et collectifs militants était souvent rappelé. *« Mais je te parle de ça il y a une dizaine d'années, maintenant c'est un peu, y'a les associations comme les LGBT qui s'en occupent mais avant on était cachés, enfin je le ressens comme ça » Chloé*

### 2. L'acceptation de soi, le rapport au corps, le passing

Certains témoignaient de la souffrance vécue lorsque la période de doute et de questionnement sur leur identité est arrivée comme pour Olivier *« J'ai maudit ça, j'ai maudit la transidentité », au point même de la nier ; jusqu'à atteindre un niveau de mal-être important. « Enfin j'ai tout gardé pour moi et j'ai craqué, 'fin j'ai arrêté mes études, je suis retourné chez ma mère et tout plaqué et après j'ai vu un médecin endocrinologue. » Thibault*

Des personnes trans interrogées ont rapporté un désinvestissement de leur corps. Certain.e.s pouvaient le mépriser et le maltraiter avant qu'il ne se transforme. La consultation médicale qui apporte un soin et un regard au corps était alors parfois évitée. Ainsi Olivier rapportait *« Mais la transidentité est un frein énorme à l'accès au soin, car le soin égal le corps (...), tu vois là je fais de la kiné, deux fois par semaine, et me mettre en soutif parce que c'est la vérité c'est comme ça pour l'instant et bah c'est humiliant. »*

Le passing, lui, réfère à la capacité d'une personne trans à être perçue dans l'identité de genre à laquelle elle s'identifie. *« Mais au début en fait je stressais à chaque fois que j'allais dans une salle d'attente et puis bah maintenant que je suis bien dans ma peau bah je m'en fous de ce que les gens ils pensent. » Antoine*

Les personnes trans rencontrées confiaient que le « bon passing » donnait confiance et facilitait l'accès au médecin. *« Mais dans six mois, un an, quand je passerai sans aucun doute pour gars je ne vais pas aller avec une pancarte dire que je suis trans. » Olivier*

### 3. Rupture familiale, professionnelle

Les ressources familiales étaient parfois réduites après le coming-out trans. Comme pour Olivier *« En fait la question trans a fait couper beaucoup de gens avec moi dans un premier temps par exemple la famille, ça, c'est compliqué, c'est un sujet, enfin c'est coupé, c'est fini ». L'isolement était souvent soudain et les ressources alors réduites.*

Poursuivre son travail en même temps que la transition était parfois difficile à vivre. *« Au niveau du travail c'est galère après bah la famille, les gens qu'on connaît c'est galère aussi enfin bref c'est une galère quoi, donc faut vraiment avoir envie » Brieuc* Le soin paraissait alors pour certain.e.s secondaire aux problématiques quotidiennes que pouvaient entraîner la précarité financière et l'isolement engendrés par cette rupture professionnelle.

#### 4. L'état psychologique au moment de la consultation

L'état psychologique au moment de la consultation était décrit comme un facteur pouvant influencer les capacités de tolérance et de pédagogie auprès des soignants. *« Parfois on n'a pas de courage, ça peut empêcher d'aller voir des médecins, des fois quand on est fragile psychologiquement, quand on sait qu'on a des ressources très limitées c'est prenant, on sort de la consultation on est plus pris par le fait d'avoir dû subir des mots comme ça que par ce dont on a vraiment parlé. » Maxime*

#### 5. Des expériences de discrimination à l'origine d'une perte de confiance envers les soignants

La discrimination est le fait de distinguer et de traiter différemment une personne ou un groupe de personnes par rapport au reste de la collectivité ou par rapport à quelqu'un d'autre à partir de certains critères ou caractères distinctifs illégitimes.

Une discrimination relationnelle directe était décrite par les patient.e.s et analysée par le fait de subir une discrimination intentionnelle ou explicite au cours d'une consultation.

Les personnes trans ayant vécu ces expériences décrivaient une perte de confiance envers les soignants. *« Il m'a fait une ordonnance au nom de madame et il est inenvisageable pour moi d'avoir ça même mon employeur a mis monsieur, (...) je lui ai demandé de refaire en fait, pour aller faire du kiné et il a pris son crayon et il a gribouillé le « madame » et disant « oui vous n'allez pas faire des histoires ça commence à bien faire » et il m'a jeté le papier. » Olivier*

Inès, par exemple, relatait une expérience de refus de soins au motif qu'elle était trans *« J'avais une mycose, je suis allée voir un médecin, je ne lui ai pas dit que je pouvais avoir des problèmes de cicatrisation. Donc il m'a dit « tiens voilà les traitements ». Je revois le même une semaine après, et du coup je lui dis que j'avais fait la chirurgie parce que ça pourrait être important et du coup il me dit « oui mais vous comprenez, moi je ne soigne que les mycoses chez les femmes » je lui dis vous savez que vous faites de la discrimination là ? Y'a même pas une semaine vous me donniez les traitements et là ce n'est plus possible, il était fâché et il a mis sur ma fiche de me refuser et tout. »*

Cette discrimination pouvait parfois se manifester par une curiosité inadaptée ou une confiance maladroite du.de la soignante qui pense bien connaître le sujet sous prétexte d'en avoir déjà entendu parler ou d'avoir déjà soigné d'autres personnes trans. De la même manière, certain.e.s soignant.e.s pouvaient tenir des propos extrêmement rudes en relatant des expériences passées avec d'autres trans. Par exemple Olivier décrivait une situation où sa masculinité était comparée à d'autres. *« Ah oui elle me dit j'ai vu une émission aussi à la télé et qu'une fois c'est arrivé au travail « et bah figurez-vous ah bas j'ai vu un homme hein c'était vraiment un homme c'était pas comme vous il ressemblait vraiment à un homme (rires) il avait de la barbe et tout » ... Elle faisait ses commentaires. »*

Des exemples de discrimination relationnelle indirecte étaient relatés par les personnes rencontrées. Il s'agissait de situations au cours desquelles le.la soignant.e était maltraitant.e malgré son sentiment profond d'être bienfaisant.e. Il était parfois mal vécu que certains médecins s'autorisent à poser des questions concernant la transition du.de la patient.e alors même que celui.celle-ci ne consultait pas à ce sujet.

*« J'ai eu des amis qui sont parfois allés voir des médecins pour des raisons qui ne sont absolument pas liées à la transition et du coup pendant le rendez-vous la seule chose qui a été abordée finalement c'est la transition. » Amélie*



Certains rapportaient des expériences où le/la médecin adoptait une posture de validation de leurs choix ou complimentait la personne sur le résultat physique obtenu. *« Il m'a dit que ma transition était très bien réussie, qu'il ne s'en serait jamais douté, et il m'a posé plein de questions ça se voyait qu'il était très intéressé mais dans le mauvais sens comme si j'étais une créature bizarre en fait. »* Loïs

De nombreuses personnes interrogées confiaient qu'une de leur crainte principale était que leur transition soit utilisée par les soignants pour justifier leurs maux. *« J'ai apprécié qu'il ne rapporte pas tous mes problèmes que j'ai de mal être et tout au fait de ma transidentité, c'est quelque chose qui me faisait peur »* Maxime

# DISCUSSION

## I. Forces et faiblesses de l'étude

### A. Forces

#### 1. La réalisation d'entretiens exploratoires

Cette phase a permis aux chercheuses de préciser les questions pertinentes du guide d'entretien auprès d'une personne trans et auprès de trois professionnel.le.s de santé (une endocrinologue et deux médecins généralistes) suivant régulièrement des personnes trans. Cette phase a également aidé les chercheuses à manier le guide d'entretien tout en préservant une conversation fluide.

#### 2. Les critères de validité interne

Le codage et l'analyse thématique impliquent une part de subjectivité dans l'interprétation des résultats. Pour limiter cet effet, un double codage a été effectué pour tous les entretiens. Lors de la mise en commun des tableaux de codage, nous avons constaté une faible divergence d'analyse ce qui renforce la proximité avec les idées contenues dans les verbatim. D'autre part les hypothèses de départ figurent dans les résultats aux côtés d'hypothèses émergentes.

#### 3. La thèse réalisée à deux chercheuses

Les entretiens ont été partagés entre les deux chercheuses de façon équitable. Le guide d'entretien était commun. Malgré des présentations différentes, nous avons vu que les deux chercheuses ont pu faire émerger des notions semblables, ce qui a renforcé la validité de l'analyse. Les chercheuses font partie toutes deux du Réseau Santé Trans (ReST) de Rennes. Cela leur a permis d'avoir une réflexion enrichie par l'expérience associative. Le travail en binôme a encouragé des échanges réguliers, ainsi que la construction d'une réflexion commune qui a servi ces travaux tout au long de leur élaboration.

#### 4. La durée des entretiens

Les entretiens ont duré en moyenne 55 minutes, ce qui a permis d'explorer en profondeur les expériences et les attentes des personnes trans interrogées.

#### 5. Le nombre d'entretiens effectués

Au total, les chercheuses ont effectué 27 entretiens soit 13 et 14 chacune. Ainsi chaque chercheuse a pu obtenir de nombreuses informations. Lorsque respectivement le onzième et le douzième entretien n'apportait plus de nouvelle catégorie, afin de confirmer ce constat, les chercheuses ont effectué chacune deux entretiens supplémentaires.

## 6. Les différentes voies de recrutement

Les personnes rencontrées faisaient la démarche de nous contacter pour organiser un entretien. Elles avaient initialement reçu l'information par les associations locales de personnes trans, les professionnel.le.s de santé ou les réseaux sociaux, ce qui a permis d'obtenir une diversité de profils. L'attrait des interviewés pour le sujet a pu faciliter la prise de parole.

### **B. Limites**

#### 1. Biais de sélection

Les sujets ont été majoritairement recrutés via les association OuestTrans et ISKIS ainsi que par des médecins généralistes et spécialistes suivant des personnes trans. Il s'agissait de personnes dont la date de début de transition était relativement récente. Une seule personne ayant effectué une partie de sa transition avec la SoFECT a été rencontrée.

#### 2. Les interactions et la posture des chercheuses

Les personnes interrogées étaient informées de notre posture d'étudiantes en médecine ce qui a pu biaiser le discours. Il s'agissait de la première expérience de recherche qualitative pour les enquêtrices ce qui a pu limiter certaines relances ou l'approfondissement d'idées nouvelles. Des interactions avec l'extérieur suivant le lieu choisi ont pu parasiter les entretiens. Certains entretiens ont été effectués par communication vidéo. Il semble important de préciser où se positionnent les chercheuses : femmes cisgenres, médecins généralistes remplaçantes en post internat.

## II. Principaux résultats

Ce travail de recueil des expériences et attentes des personnes trans avec la médecine générale a permis de mettre en évidence des freins à l'accès aux soins. Ils ont été exposés dans cette première partie de résultats du travail de thèse commune. Même si certains de ces freins semblent se lever, d'autres persistent et limitent encore fortement l'accès des personnes trans à la médecine générale.

### A. Réflexion commune sur les données de la littérature

Il est très probable que les différences culturelles en fonction des pays ou des milieux sociaux, ainsi que les nombreuses discriminations dont sont l'objet les personnes trans dans le monde, influencent les possibilités d'expression de genre de chacun.e. quel que soit son ressenti (14). Ainsi la « population trans », identifiée et incluse dans la plupart des travaux de recherche français et à l'étranger, ne concerne qu'un sous-groupe facilement identifiable au sein des personnes trans. Ce sous-groupe est constitué le plus souvent des personnes référencées comme ayant entrepris une transition médicale auprès d'équipes hospitalières, et/ou une procédure de modification de leur état civil (15).

De fait, une grande partie des personnes se définissant comme trans et n'ayant pas forcément choisi de faire adapter leur corps ou leur statut juridique est absente de ces études.

En 2007, Olyslager a mené en Flandre une étude s'intéressant aux personnes « manifestant une identité de genre minoritaire » (16). La proportion de ce sous-groupe de personnes rapportée à la population générale était de 1 pour 1500, alors que la plupart des études internationales retrouvaient jusqu'ici des chiffres allant de 1 à 3 pour 100.000 (Associations Américaine de Psychiatrie, 1994) en ce qui concerne les « transsexuel.le.s ». Les limites de ce type d'approche en termes de représentativité rendent délicate l'interprétation des résultats.

De manière plus globale, l'étude de la santé des personnes trans est un phénomène relativement récent et encore marginalisé au sein des communautés scientifiques (16). De plus, la plupart du temps, les travaux de recherche portent sur les personnes LGBTI en général et non pas précisément sur les personnes trans, masquant ainsi les spécificités inhérentes à leur accès aux soins.

En France, on peut citer l'étude d'Alain Giami de 2011 (17) qui fournit les premiers chiffres à grande échelle. Il s'agit de la première étude de cette ampleur qui utilise l'autodétermination des personnes comme mode de recrutement, permettant donc un accès aux données concernant des personnes habituellement absentes des statistiques. Ses travaux constatent, entre autres, une grande hétérogénéité des profils qui composent la « population trans ». D'autres études basant leur mode de recrutement sur l'autodétermination des personnes ont été conduites notamment par des associations trans comme Chrysalide (18) ou l'Observatoire des Transidentités (19). Une thèse de médecine générale (20) et une d'éthique médicale (21) ont basé leur recrutement sur ce même mode. Ces études traitent également de la santé des personnes trans mais développent des axes d'analyse différents. Nos travaux tentent donc, par le biais du recrutement utilisant l'autodétermination, de rapporter la parole de personnes catégorisées dans une population difficilement atteinte par les méthodes de recherche communément employées.

## B. Vers plus de droits et de visibilité en santé

Il existe peu de données quantitatives concernant les personnes trans dans la littérature. Comme nous venons de le voir, elles sont souvent des estimations basées sur les démarches de changement d'état civil ou de prise en charge médicale (22). Selon le rapport de la Haute Autorité de Santé datant de 2009 (3), relatif à *la prise en charge médicale du transsexualisme en France*, cette prévalence se situerait en France entre 2 et 10 pour 100.000 sans faire de différence selon le sexe attribué à la naissance. Ces chiffres sont donc des estimations basées sur les études cliniques qui ne comptent que les personnes ayant suivi un parcours médical dans un centre spécialisé. Ainsi, dans un but de meilleure exhaustivité, il serait intéressant de réaliser une étude questionnant l'autodéfinition en termes d'identité de genre sur des échantillons représentatifs de la population. Ceci pourrait rejoindre le projet de l'enquête de l'INSEE (23), datant de 2013, intitulée histoire de vie sur la construction des identités où il s'agit « d'appréhender l'intégration sociale qui se construit à travers les parcours individuels et les appartenances collectives ».

Le parcours de transition peut impliquer des démarches judiciaires et des démarches dans le système de soins. Lors de nos entretiens, il a été mis en évidence que l'accès aux soins de manière générale dépendait de ces démarches. Dans un premier temps, nos résultats mettent en lumière l'importance de la levée des freins juridiques relatifs au changement de prénom et de la mention de sexe sur les actes de l'état civil. Selon une étude menée en France en 2011 (24), seulement 44,9% des personnes trans ayant répondu avaient effectué une demande de changement d'état civil. Ce faible taux était principalement justifié par la complexité des démarches administratives. Or, de nombreuses personnes trans ont témoigné dans notre étude, d'une longue période dans leur vie au cours de laquelle elles ne pouvaient participer à la vie en société de manière complète et cohérente car elles se heurtaient à la difficulté de justifier leur identité. Cette complexité des démarches a été en partie simplifiée par la loi du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXIème siècle. Elle a permis des avancées en termes de droit, notamment concernant les procédures simplifiées de changement de prénom et de changement de la mention de sexe sur les actes de l'état civil.

### 1. La procédure de changement de prénom

La procédure de changement de prénom (25) ne relève plus des tribunaux depuis la loi du 18 novembre 2016. Elle s'effectue désormais dans la mairie du lieu de résidence ou du lieu de naissance auprès de l'officier d'état civil. Toutefois, en cas de doute sur la légitimité de la demande, l'officier d'état civil peut saisir alors le procureur de la république. Lors de notre étude, nos entretiens n'ont pas mis en évidence ces démarches simplifiées. Notre hypothèse principale est que les entretiens ont été effectués relativement récemment par rapport à la parution de cette nouvelle loi. En effet, les entretiens ont été effectués environ 16 mois après la promulgation de la nouvelle loi. D'autre part, l'année moyenne de début de transition de notre population étudiée, était de 2014 et la majorité des personnes interrogées avait débuté leur transition avant 2016. Ceci peut donc expliquer que les personnes interrogées aient rencontré des difficultés liées au changement de leur prénom en lien avec la loi en vigueur au moment de leurs démarches de changement d'état civil.

### 2. La procédure de changement de la mention de sexe à l'état civil

Avant la loi du 18 novembre 2016, les procédures de changement de la mention de sexe à l'état civil ont été accordées à la suite de la condamnation de la France par la Cour Européenne des Droits de l'Homme en 1992

selon laquelle « le refus de modifier l'acte d'état civil d'une personne trans ayant l'apparence du sexe psychologique violait le droit au respect de la vie privée posé par l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme ». Ainsi le principe suivant a gouverné jusqu'à la loi du 18 novembre 2016 : « Lorsque, à la suite d'un traitement médico-chirurgical, subi dans un but thérapeutique, une personne présentant le syndrome de transsexualisme ne possède plus tous les caractères de son sexe d'origine et a pris une apparence physique la rapprochant de l'autre sexe, auquel correspond son comportement social, le principe du respect dû à la vie privée justifie que son état civil indique désormais le sexe dont elle a l'apparence ». En pratique (26) il est apparu que « la désignation d'un expert pour établir la réalité du syndrome de transsexualisme était appréciée diversement par les juridictions, ce qui créait une inégalité de traitement entre les justiciables en matière de demande de changement de la mention de sexe à l'état civil ». Mais c'est surtout le critère d'intervention chirurgicale aux conséquences irréversibles qui était au cœur du débat. Les juges de la Cour Européenne des droits de l'Homme ont considéré par un arrêt du 25 mars 1992, que l'exigence d'un processus irréversible de transformation de l'apparence constituait un manquement par l'État à son obligation positive de garantir le droit des personnes au respect de leur vie privée. Désormais, la loi de modernisation de la justice du XXIème siècle a (27) créé au sein du Code civil une section intitulée « de la modification de la mention du sexe à l'état civil ». L'article indique que « toute personne majeure ou mineure émancipée qui démontre par une réunion suffisante de faits que la mention relative à son sexe dans les actes de l'état civil ne correspond pas à celui dans lequel elle se présente et dans lequel elle est connue peut en obtenir la modification. Les principaux de ces faits, dont la preuve peut être rapportée par tous moyens, peuvent être qu'elle se présente publiquement comme appartenant au sexe revendiqué, qu'elle est connue sous le sexe revendiqué de son entourage familial, amical ou professionnel, qu'elle a obtenu le changement de son prénom afin qu'il corresponde au sexe revendiqué ». Cette demande est présentée devant le Tribunal de Grande Instance. L'article 61-6 (28) précise que « le fait de ne pas avoir subi de traitements médicaux, opérations chirurgicales ou une stérilisation ne peut motiver le refus de faire droit à la demande ».

Ainsi l'apport fondamental de cette loi est l'avancée vers une démedicalisation de la transidentité puisque le rejet d'une demande de la modification du sexe à l'état civil ne peut désormais être fondé sur l'absence de traitement ou d'opération ou d'attestation médicale. Certaines difficultés devraient désormais disparaître d'elles-mêmes si le changement d'état civil peut être réalisé précocement dans le parcours de transition. Dès lors, une fois le jugement rendu et l'acte de naissance modifié, le changement de numéro de sécurité sociale demandé auprès de l'INSEE par l'organisme de sécurité sociale peut être effectué. Nous avons retrouvé dans nos résultats, que ces démarches demeuraient malheureusement très longues.

## C. Des freins financiers liés notamment aux difficultés d'accord de prise en charge en ALD

D'autres freins étaient par ailleurs pointés dans nos résultats notamment les difficultés d'obtention d'accord pour une demande de prise en charge en affection de longue durée. En application aux conclusions du rapport publié en novembre 2009 par la Haute Autorité de Santé (3), le ministère de la santé a retiré en février 2010, les troubles de l'identité de genre de l'ALD 23 (affections psychiatriques de longue durée), ils sont désormais reconnus au titre de l'ALD 31. Cette décision a marqué un premier pas vers la « dépsychiatriation » de la transidentité. Nous avons vu dans nos résultats que la prise en charge dans le cadre d'une affection de longue durée est un déterminant pour les usager.e.s dans le recours au système de soins. Cependant il a été rapporté lors de nos entretiens, des difficultés d'accès à cette prise en charge auprès des organismes de sécurité sociale, motivées par des demandes de justification par des certificats de spécialistes (psychiatre, endocrinologue et chirurgien). Ainsi, au vu de ces résultats cette procédure ne semble pas aussi simple. Il s'agit pourtant d'un point crucial comme nous avons pu le constater auprès de certaines personnes trans rencontrées car l'ALD permet une prise en charge des soins liés à la transition, à 100%. Un rapport de l'IRDES (29) (Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé) publié en 2013, a montré que « *le dispositif des ALD améliorerait l'accès aux soins ambulatoires des personnes qui en bénéficient et ainsi contribuait à réduire le niveau d'inégalités constaté dans l'ensemble de la population* ».

Pour accorder cette prise en charge en ALD, il semble que certaines caisses locales d'assurance maladie se basent toujours sur une circulaire datant de 1989 (30) adressée par le ministère de la santé, établissant les conditions de prise en charge des opérations de réassignation sexuelle. Ce protocole indique une nécessité de suivi pendant une période minimale de deux ans par une équipe « *hautement qualifiée* » comprenant un psychiatre, un endocrinologue, un chirurgien ainsi que la rédaction par ces trois praticiens d'un certificat concluant au caractère « *indispensable des interventions médicales et chirurgicales envisagées* ». Le rapport de la HAS datant de 2009 (3) relatif aux perspectives d'évolution de la prise en charge médicale du transsexualisme en France écrit cependant « *bien qu'il représente le seul outil disponible sur lequel s'appuie la Caisse, ce protocole ne repose sur aucune base légale* ». On peut penser que cette absence de base juridique rende très fragiles les refus délivrés par l'assurance maladie. En 2010 on recensait 933 assurés en ALD 23 ou 31, le régime agricole comptait 5 personnes en ALD et le régime social des indépendants en recensait 33.

## D. La question du libre de choix du parcours

Bien que les « équipes officielles » suivent de nombreuses personnes trans et peuvent détenir une certaine expertise, il est retrouvé dans nos résultats que leurs protocoles ne peuvent répondre aux attentes de tous. La lourdeur et la rigidité de ces protocoles rapportées lors de nos entretiens ont amené progressivement des personnes trans à s'en éloigner et à organiser elles-mêmes leur parcours hors des équipes hospitalières dites officielles. Ces éléments seront repris et détaillés par Marion Caroff, dans la deuxième partie de ce travail. Les personnes trans rencontrées qui avaient des ressources financières pouvaient plus aisément avoir recours aux professionnels de secteur privé. Pour les autres, ceci semble alors constituer une authentique inégalité sociale de santé. Il paraît donc important de développer les possibilités d'un libre choix du parcours de soins en fonction des demandes identitaires des usagers.

L'expérience en vie réelle, considérée comme une phase d'évaluation diagnostique et pronostique par les protocoles des équipes dites officielles (31) est une phase préliminaire avant la délivrance d'une hormonothérapie « définitive » et consiste à demander aux personnes de vivre dans le genre désiré afin d'évaluer leur motivation à la transition. Nous avons vu dans nos résultats que cette expérience en vie réelle, est une période de transition qui entraîne une modification des rapports familiaux, amicaux, professionnels. Des risques d'exclusion, de discrimination, de perte d'emploi voir de rupture affective ou familiale étaient rapportés. Ainsi cette étape a été souvent évoquée lors de nos entretiens afin de discuter de sa pertinence et de ses difficultés. Sandrine Vallée, psychologue, citée par Françoise Sironi (32), estime dans son mémoire de master 1 intitulé « Étude critique du diagnostic de transsexualisme : comment les hormones participent à la fabrication de soi, soi intime et soi social » que « *nous aurions tout intérêt à utiliser les hormones beaucoup plus tôt, afin de permettre aux sujets de pouvoir confronter leur choix dans une aide à l'autodiagnostic où le consultant interviendrait dans le processus décisionnaire* ». L'introduction d'un traitement hormonal dès le début de l'expérience en vie réelle est l'option préconisée par les recommandations internationales et le rapport de la HAS de 2009 (3). Cependant cette option est réservée aux seules hormonothérapies dites « réversibles ». Ces hormonothérapies « réversibles » consistent à bloquer les effets des stéroïdes sexuels du sexe refusé. Chez les MtF, la suppression des caractères sexuels masculins peut être réalisée par des bloqueurs de récepteurs androgéniques, des anti-gonadotropes ou des bloqueurs de conversion périphérique de la testostérone. Chez les FtM, la testostérone supprime les caractères sexuels féminins, des anti-gonadotropes peuvent également être utilisés (par exemple les progestatifs de synthèse). Nous n'avons pas retrouvé de données reflétant le nombre de rétractations ou de regrets suite à l'expérience en vie réelle. Une étude prospective menée aux Pays-Bas en 2005 (33) a évalué 325 personnes demandant une réassignation sexuelle. Il semble qu'il s'agisse de la plus grande étude prospective à confirmer les résultats des études rétrospectives sur la combinaison hormonothérapie et chirurgie comme réduisant la dysphorie de genre et améliorant les autres aspects du fonctionnement psycho-social. Il semble désormais, comme l'indique la WPATH (14), que des recherches plus approfondies soient nécessaires sur l'évaluation des effets de l'hormonothérapie sans chirurgie. Néanmoins, il semblerait donc, que moins de 2% des personnes trans (34) regrettent leur transition chirurgicale. Ces regrets semblent principalement liés aux résultats chirurgicaux jugés décevants. Ainsi on peut se questionner sur la balance bénéfice risque à prescrire d'emblée une hormonothérapie substitutive « irréversible » en accord avec le patient.e. Le bénéfice recherché serait celui de limiter les majorations de syndromes dépressifs décrits pendant cette phase d'hormonothérapie « réversible », en particulier avec les anti-androgènes (35) mais également de permettre l'induction des caractères sexuels désirés d'autant qu'il s'agit d'une période où souvent le patient a adopté mais a surtout dû faire adopter à son entourage, un prénom et le genre correspondant à son identité de genre.



## E. La question de l'accès à l'hormonothérapie

### 1. Qu'en est-il de la législation concernant la prescription d'une hormonothérapie à une personne trans ?

Le professionnel de santé qui suit un patient pour le syndrome de dysphorie de genre se trouve dans l'obligation d'effectuer des prescriptions de médicaments hors du cadre juridique de l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM). Ce sont les laboratoires qui constituent le dossier de demande d'AMM auprès de l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé) pour la commercialisation de leurs produits à des fins thérapeutiques données. Lorsqu'une population-cible potentielle (comme ici les personnes trans) ne représente pas un marché suffisamment important, cette procédure coûteuse n'intéresse commercialement pas les firmes pharmaceutiques. Ainsi selon le rapport de la HAS (36), « *les laboratoires ne déposent donc pas de demandes d'AMM dans le cadre de l'indication « dysphorie de genre » pour des médicaments qui pourraient y prétendre* ». En conséquence, avant un éventuel changement d'état civil, l'ensemble des produits prescrits dans le cadre de l'hormonothérapie substitutive le sont hors AMM. En France, la prise en charge des prescriptions hors AMM par l'assurance maladie est aujourd'hui en principe exclue. Cette prescription hors AMM n'est pas illégale. Elle relève de la liberté de prescription des médecins (article 8 du code de déontologie médicale (37)). Cependant, les conséquences engendrées par une prescription hors AMM ne sont pas négligeables, en termes de responsabilité pour le médecin prescripteur et en terme pécuniaire pour le patient.

Le principe de liberté de prescription du médecin est repris dans le code de sécurité sociale, dans l'article L.162-2 (38). Cependant il existe plusieurs limites à cette liberté de prescription. La première est celle soumise par la loi à une prescription restreinte. Ainsi, la prescription initiale de certains produits comme les androgènes qui peuvent notamment être utilisés à des fins de dopage est légalement réservée aux spécialistes en endocrinologie, urologie et gynécologie. La deuxième limite est celle de la prescription dans le respect des données acquises de la science. Il semblerait que cette restriction pourrait être levée si la prescription était reconnue dans le cas de « circonstances exceptionnelles ». Cependant, cette condition est in fine laissée à l'appréciation souveraine des juges. La troisième limite relève de l'article 70 du code de déontologie (39), qui indique que le médecin ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre des soins dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose. Nous pouvons alors nous interroger sur les éventuels reproches pouvant être faits à un médecin généraliste d'avoir prescrit des médicaments dans un cadre « jugé au-delà de ses compétences ». Selon le rapport de la HAS toujours, la responsabilité du médecin dans le cadre de la prescription hors AMM pourrait être atténuée par l'information et le recueil du consentement libre et éclairé du patient.

### 2. Quelle prise en charge par l'assurance maladie ?

La prise en charge des traitements hormonaux par l'assurance maladie est aujourd'hui théoriquement exclue puisqu'il s'agit d'une prescription hors AMM. Or, la HAS a soulevé un problème de rupture d'égalité de traitement entre les assurés sociaux puisque certaines CPAM semblent accepter le remboursement de ces traitements tandis que d'autres le refusent. La HAS propose une solution par le biais de l'article L.162-17-2-1 du code de la sécurité sociale qui permet « une prise en charge financière des prescriptions hors AMM, dans le cas d'une affection de longue durée ». Toutefois il est précisé que cette dérogation est possible à condition que le produit figure dans un

avis ou une recommandation de la HAS. Après le changement d'état civil éventuellement réalisé, ce problème de prescription hors AMM peut ne plus se poser car on peut alors rentrer dans la cadre de l'AMM, par exemple, le traitement pour hypogonadisme masculin prescrit à un homme trans.

## F. L'accès au médecin généraliste

Ainsi l'accès aux soins liés à la transition est, comme nous l'avons vu, conditionné par des freins liés à l'état civil, des freins financiers liés aux conditions de prise en charge en ALD et des freins liés à l'accès à l'hormonothérapie. Ceux-ci ne constituent pas les seuls freins à l'accès aux soins. En effet, l'accès au médecin généraliste, également pour des soins généraux, était parfois rendu complexe par différents éléments.

La transidentité est rarement considérée comme une variable d'intérêt dans les enquêtes de santé. Or, l'accès à la santé pour les personnes trans est marqué par l'inégalité et la discrimination. Selon l'enquête *Transgender Euro Study* (12), un quart des personnes trans se plaignent de la manière dont elles ont été traitées par certains professionnels de santé parce qu'elles sont transgenres, 20% d'entre elles déclaraient avoir renoncé à consulter un médecin dans les 12 derniers mois par crainte d'être discriminées du fait de leur transidentité. L'approche globale de la santé est, au sens de la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « *l'intégration des notions de bien-être physique, mental et social et des ressources de la vie quotidienne, la santé ne consiste pas en une absence de maladie ou d'infirmité* ». Ainsi, la santé ne dépend pas d'un facteur en particulier mais résulte de l'interaction de déterminants de santé.

### 1. L'appel dans la salle d'attente et la première rencontre

Le fait d'être appelé dans la salle d'attente par le genre non désiré est une expérience décrite dans notre étude comme très traumatisante et souvent perçue comme malveillante. La première rencontre avec le médecin traitant, au début du parcours de soins est vécue avec appréhension. Elle suscite des attentes mais aussi des craintes comme celle d'être jugé, ou encore de se heurter à des préjugés. La relation médecin-patient est alors à créer. Les professionnels de santé les plus facilement accessibles, de proximité comme le médecin généraliste, ne semblent actuellement pas assez formés et informés sur les questions relatives aux personnes trans. Ce manque de formation peut conduire à une incompréhension, des malentendus, des réponses inadaptées, des refus de dispensation ou de réalisation d'actes notamment pour des raisons administratives. Par exemple une carte de sécurité sociale dont le numéro et la photo ne paraissant pas correspondre à la personne, peut engendrer un refus du tiers-payant par crainte de non-remboursement. Ces situations contribuent à une perte de confiance des personnes trans envers le système de santé. Selon nos résultats, la relation médecin-patient est jugée de qualité lorsque l'intimité est respectée, qu'il existe une relation d'échange et d'écoute, une absence de jugement et un respect du libre arbitre (négociation des soins et liberté de choix). Les patients trans sont très sensibles à un accueil et une communication inclusifs.

### 2. Des représentations à interroger

Dans nos résultats est apparue la notion de discrimination relationnelle directe à travers des témoignages de maltraitance par les théories et les pratiques parfois inadéquates des cliniciens sur leurs patients. Ceci est décrit par Françoise Sironi dans son livre intitulé *psychologie(s) des transsexuels et des transgenres* (32). Elle ajoute, « *En matière de santé, le médecin détermine ce qui correspond à la norme, ce qui s'en écarte, et quels écarts sont à considérer comme des pathologies. Selon le modèle médical de la « bi-catégorisation » sexuée, il existe deux*

*sexes pouvant être distingués l'un de l'autre. Ce modèle donne lieu à la pathologisation des personnes qui y dérogent ».*

### 3. Le respect de l'autodétermination et la recherche de consentement

Les personnes trans n'attendent pas du médecin généraliste une expertise sur la problématique trans mais une prise en charge égalitaire dans le respect de leur autodétermination et de leur intimité notamment par la recherche du consentement. Ceci rejoint les recommandations (40) de la HAS relatives à l'approche centrée sur le patient. Cette approche considère qu'il y a une « complémentarité entre l'expertise du professionnel et l'expérience du patient acquise au fur et à mesure de la vie avec ses problèmes de santé ou psychosociaux ». Ainsi dans le centre de Gand (41), en Belgique, un des centres référents en Europe, la prise en charge s'est considérablement assouplie, le processus de diagnostic est conçu différemment : la situation de face à face psychiatre-patient est remplacée par une situation de consentement éclairé de la personne qui ne décide pas seule mais partage la responsabilité prise par le médecin. Les praticiens considèrent qu'il s'agit d'une codécision. Cette démarche est également la base de travail du Réseau Santé Trans (ReST) récemment constitué à Rennes (mars 2018).

### 4. Des difficultés à s'éloigner du réseau de soignants construit

Nos résultats ont montré que la majorité des personnes rencontrées avait trouvé un.e médecin traitant.e répondant à leurs attentes. Au fur et à mesure, un réseau de professionnel.le.s de santé était établi et il apparaissait comme un véritable frein d'envisager de consulter un médecin inconnu ou non recommandé. La notion de *passing* a été identifiée comme un des éléments centraux de ce processus. Le *passing*, nous l'avons vu dans les résultats, se réfère à la capacité pour une personne trans à être perçue et reconnue dans le genre désiré. Selon les personnes rencontrées, un « bon *passing* », souvent obtenu grâce à l'accès à l'hormonothérapie, permettait davantage d'aisance physique et de confiance en soi, permettant de s'écarter plus aisément du réseau de soignants construit.

### 5. La question des équipes de référence

Le rapport de la HAS qui préconisait la mise en place d'équipes de référence de la prise en charge des personnes trans précisait que cela « *ne signifiait nullement une obligation pour les personnes trans à s'adresser à cette structure* » et ajoutait d'ailleurs que cela aurait été « *contraire à la loi qui précise que chacun peut choisir librement son médecin* ». Ceci fait référence à la loi Kouchner de mars 2002 relative aux droits des malades où l'article 6 précise « *le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé (...) est un principe fondamental de la législation sanitaire* ». Ainsi, le principe de la liberté de parcours devrait être appliqué aux personnes trans.

### 6. La question des fausses adhésions

Nous avons vu également dans cette étude, des témoignages de fausses adhésions. Ceci semble être corrélé à la crainte de ne pas être reconnu dans son autodéfinition, dans son histoire. Selon le rapport de l'IGAS (4), « *les parcours rigides et standardisés conduisent les personnes trans à construire des discours stéréotypés afin de correspondre au type de trans que les psychiatres reconnaissent* ». On comprend que ce phénomène de fausses adhésions peut s'assimiler à une réaction de « *survie* » pour obtenir le certificat psychiatrique encore souvent considéré dans certaines équipes comme élément indispensable pour accéder à une prise en charge. Le risque de

cette relation biaisée est aussi que ces déclarations soient utilisées pour la réalisation de statistiques et viennent nourrir davantage des présupposés erronés. Ainsi par cet exemple on comprend l'intérêt de réaliser des études couplées à la fois quantitatives et qualitatives.

## CONCLUSION

Cette étude a exploré les freins à l'accès aux soins primaires des personnes trans. Au fil de la recherche effectuée, nous avons montré que les expériences rapportées par les personnes interrogées sur les obstacles à l'accès aux soins ne résident pas seulement dans les freins à l'accès à des besoins spécifiques liés à la transition mais également dans l'accès à des soins généraux dispensés par le médecin généraliste. La place du médecin généraliste était souvent perçue comme centrale dans la prise en charge des personnes trans, qu'elle soit spécifique à la transition ou non. Un suivi médical de qualité était relié aux qualités humaines des soignants plutôt qu'à ses connaissances théoriques sur la transidentité. Les difficultés d'ordre administratif comprenant les procédures de changement de sexe et de prénom dans les actes de l'état civil ainsi que les difficultés financières et la psychiatrisation des parcours de transition ont été principalement pointés comme freins en lien avec le parcours de transition. Les consultations de médecine générale semblaient être un espace privilégié d'écoute et de confiance. Pouvoir choisir librement ses soignants était primordial. Avoir confiance était une nécessité. Cette étude a ainsi montré que l'accueil dans le cabinet était un enjeu essentiel.

Ainsi, la prise en compte de ces déterminants dans l'accompagnement des personnes trans permettrait d'améliorer leur accès aux soins, aux droits et leur état de santé. La seconde partie de ce travail, présentée par Marion Caroff expose les stratégies d'adaptation mises en place par les individus et les associations d'auto-support trans pour pallier ces freins à l'accès aux soins. L'intégration des problématiques de santé trans dans les programmes de médecine, ainsi qu'une meilleure collaboration avec des collègues compétents et les usager.e.s, augmenteraient clairement les connaissances, les compétences et la confiance des patients trans envers le système de soins.

## BIBLIOGRAPHIE

1. [En ligne]. INSTITUT RENAUDOT | Santé communautaire; [cité le 4 avr 2019]. Disponible: <https://www.institut-renaudot.fr/>
2. [En ligne]. All. SoFECT - Société Française d'Etudes et de prise en Charge de la Transidentité; [cité le 5 avr 2019]. Disponible: <http://www.sofect.fr/accueil.html>
3. RAPPORT\_TRANSSEXUALISME\_final - rapport\_transsexualisme.pdf [En ligne]. [cité le 1 avr 2017]. Disponible: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-12/rapport\\_transsexualisme.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-12/rapport_transsexualisme.pdf)
4. [En ligne]. française LD. Evaluation des conditions de prise en charge médicale et sociale des personnes trans et du transsexualisme; [cité le 26 mars 2019]. Disponible: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/124000209/index.shtml>
5. manuel-decriture\_1482308453426-pdf.pdf [En ligne]. [cité le 4 avr 2019]. Disponible: [http://www.univ-tlse3.fr/medias/fichier/manuel-decriture\\_1482308453426-pdf](http://www.univ-tlse3.fr/medias/fichier/manuel-decriture_1482308453426-pdf)
6. La Transyclopédie : tout savoir sur les transidentités – Observatoire Des Transidentités [En ligne]. [cité le 7 avr 2019]. Disponible: <https://www.observatoire-des-transidentites.com/article-la-transyclopedie-tout-savoir-sur-les-transidentites-112990218/>
7. Revue Médicale Suisse [En ligne]. Netgen. Vers un accès à des soins de qualité pour les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres; [cité le 6 avr 2019]. Disponible: <https://www.revmed.ch/RMS/2011/RMS-307/Vers-un-acces-a-des-soins-de-qualite-pour-les-personnes-lesbiennes-gays-bisexuelles-et-transgenres>
8. Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne [En ligne]. Enquête sur les personnes LGBT dans l'UE – Enquête sur les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres dans l'Union européenne – Les résultats en bref; 12 mai 2014 [cité le 6 avr 2019]. Disponible: <https://fra.europa.eu/fr/publication/2014/enquete-sur-les-personnes-lgbt-dans-lue-enquete-sur-les-personnes-lesbiennes-gays>
9. [En ligne]. Chrysalide - Enquête « Santé Trans 2011 »; [cité le 7 sept 2017]. Disponible: [http://chrysalidelyon.free.fr/sondage\\_sante2011.php](http://chrysalidelyon.free.fr/sondage_sante2011.php)
10. suporting-lgbt-lives.pdf [En ligne]. [cité le 30 mars 2019]. Disponible: <https://www.hse.ie/eng/services/publications/mentalhealth/suporting-lgbt-lives.pdf>
11. Amato P. The Fenway Guide to Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health. Fertil Steril. août 2009;92(2):834.
12. [En ligne]. Transgender EuroStudy 2008 | ILGA-Europe; [cité le 16 déc 2017]. Disponible: <https://www.ilga-europe.org/resources/ilga-europe-reports-and-other-materials/transgender-eurostudy-legal-survey-and-focus>
13. [En ligne]. La revue francophone de médecine générale; [cité le 6 avr 2019]. Disponible: <https://www.exercer.fr/sommaire/29>
14. [En ligne]. Standards of Care - WPATH World Professional Association for Transgender Health; [cité le 28 mars 2019]. Disponible: <https://www.wpath.org/publications/soc>
15. [En ligne]. Information Transgenre | Chiffres |; [cité le 7 avr 2019]. Disponible: <http://www.infotransgenre.be/f/presse/chiffres/>
16. Preos\_2012\_LGBT.pdf [En ligne]. [cité le 7 avr 2019]. Disponible: [https://www.npg-rsp.ch/fileadmin/npg-rsp/Themen/Fachthemen/Preos\\_2012\\_LGBT.pdf](https://www.npg-rsp.ch/fileadmin/npg-rsp/Themen/Fachthemen/Preos_2012_LGBT.pdf)

17. Giami\_L\_information\_Psychiatrique\_2011.pdf [En ligne]. [cité le 5 févr 2019]. Disponible: [https://halshs.archives-ouvertes.fr/file/index/docid/592401/filename/Giami\\_L\\_information\\_Psychiatrique\\_2011.pdf](https://halshs.archives-ouvertes.fr/file/index/docid/592401/filename/Giami_L_information_Psychiatrique_2011.pdf)
18. [En ligne]. Chrysalide - Association militante de support et de diffusion d'informations sur les transidentités - Reconnue d'Intérêt Général; [cité le 7 avr 2019]. Disponible: <http://chrysalidelyon.free.fr/>
19. Observatoire des transidentités [En ligne]. [cité le 16 déc 2017]. Disponible: <https://www.observatoire-des-transidentites.com/category/a/>
20. THm\_2018\_GARNIER\_Maud\_et\_OLLIVIER\_Sarah.pdf.
21. Girard - La demande de soins des personnes transsexuelles e.pdf [En ligne]. [cité le 7 avr 2019]. Disponible: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00921071/document>
22. Decuyper et al. - 2007 - Prevalence and demography of transsexualism in Bel.pdf [En ligne]. [cité le 20 mars 2019]. Disponible: [http://transgenderinfo.be/wp-content/uploads/2013/01/De-Cuyper\\_2007\\_prevalence.pdf](http://transgenderinfo.be/wp-content/uploads/2013/01/De-Cuyper_2007_prevalence.pdf)
23. [En ligne]. Interroger les identités : l'élaboration d'une enquête en France | Cairn.info; [cité le 27 mars 2019]. Disponible: <https://www.cairn.info/revue-population-2005-3-page-277.htm?contenu=resume>
24. BEH\_42\_2011.pdf [En ligne]. [cité le 5 févr 2019]. Disponible: [http://yagg.com/files/2011/12/BEH\\_42\\_2011.pdf](http://yagg.com/files/2011/12/BEH_42_2011.pdf)
25. Code civil.
26. EUROJURIS - Simplifiez-vous le droit [En ligne]. droit E-S le. Une brève histoire du changement de sexe à l'état civil en France | EUROJURIS; [cité le 10 mars 2019]. Disponible: <https://www.eurojuris.fr/categories/mariage-pacs-concubinage-vie-civile-4800/articles/changement-de-sexe-a-l-etat-civil-37515.htm>
27. LOI n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXIe siècle (1) - Article 56 | Legifrance [En ligne]. [cité le 20 mars 2019]. Disponible: [https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/11/18/JUSX1515639L/jo/article\\_56](https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/11/18/JUSX1515639L/jo/article_56)
28. Code civil - Article 61-6. Code civil.
29. Dourgnon - 1998 - L'impact du dispositif des affections de longue du.pdf [En ligne]. [cité le 26 mars 2019]. Disponible: <http://www.irdes.fr/Publications/Qes2013/Qes183.pdf>
30. circulaire1989.pdf [En ligne]. [cité le 10 mars 2019]. Disponible: <http://syndromedebenjamin.free.fr/medical/securitesociale/circulaire1989.pdf>
31. [En ligne]. All. Prise en charge globale et médicale dans le domaine de la transsexualité; [cité le 28 mars 2019]. Disponible: <http://www.sofect.fr/informations/prise-en-charge-medicale.html>
32. [En ligne]. Psychologie(s) des transsexuels et des transgenres | Éditions Odile Jacob; [cité le 26 mars 2019]. Disponible: [https://www.odilejacob.fr/catalogue/sante-vie-pratique/sexualites/psychologie-s-des-transsexuels-et-des-transgenres\\_9782738125835.php](https://www.odilejacob.fr/catalogue/sante-vie-pratique/sexualites/psychologie-s-des-transsexuels-et-des-transgenres_9782738125835.php)
33. Smith YLS, Van Goozen SHM, Kuiper AJ, Cohen-Kettenis PT. Sex reassignment: outcomes and predictors of treatment for adolescent and adult transsexuals. Psychol Med. janv 2005;35(1):89-99.
34. PffflinRegretsafterSexReassignmentSurgery1993-2.pdf.
35. CT-10007\_ANDROCUR\_Avis2\_CT10007\_RI\_PIS.pdf [En ligne]. [cité le 28 mars 2019]. Disponible: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/evamed/CT-10007\\_ANDROCUR\\_Avis2\\_CT10007\\_RI\\_PIS.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/evamed/CT-10007_ANDROCUR_Avis2_CT10007_RI_PIS.pdf)
36. RAPPORT\_TRANSSEXUALISME\_final - rapport\_transsexualisme.pdf [En ligne]. [cité le 1 avr 2017].

Disponible: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-12/rapport\\_transsexualisme.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-12/rapport_transsexualisme.pdf)

37. [En ligne]. Article 8 - Liberté de prescription | Conseil National de l'Ordre des Médecins; [cité le 27 mars 2019]. Disponible: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-8-liberte-de-prescription-232>

38. Code de la sécurité sociale - Article L162-2. Code de la sécurité sociale.

39. [En ligne]. Article 70 - Omnivalence du diplôme et limites | Conseil National de l'Ordre des Médecins; [cité le 27 mars 2019]. Disponible: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-70-omnivalence-du-diplome-et-limites-294>

40. demarche\_centree\_patient\_web.pdf [En ligne]. [cité le 11 mars 2019]. Disponible: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-06/demarche\\_centree\\_patient\\_web.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-06/demarche_centree_patient_web.pdf)

41. 34\_-\_Transgender\_FR\_tcm337-81094.pdf [En ligne]. [cité le 7 avr 2019]. Disponible: [https://www.genrespluriels.be/IMG/pdf/34\\_-\\_Transgender\\_FR\\_tcm337-81094.pdf](https://www.genrespluriels.be/IMG/pdf/34_-_Transgender_FR_tcm337-81094.pdf)

42. [En ligne]. L'OMS publie sa nouvelle Classification internationale des maladies (CIM-11); [cité le 7 avr 2019]. Disponible: [https://www.who.int/fr/news-room/detail/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)](https://www.who.int/fr/news-room/detail/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11))

43. [En ligne]. DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux - 9782294743382 | Elsevier Masson - Livres, ebooks, revues et traités EMC pour toutes spécialités médicales et paramédicales; [cité le 9 avr 2019]. Disponible: <https://www.elsevier-masson.fr/dsm-5-manuel-diagnostique-et-statistique-des-troubles-mentaux-9782294743382.html>



## **Annexe 1 – Prospectus diffusé pour le recrutement**

Bonjour,

Nous sommes Marion et Ellie, deux étudiantes en médecine générale à Rennes. Pour notre projet de fin d'étude, nous nous intéressons aux rapports existants entre les personnes se définissant comme trans, et la médecine générale. Ce projet est indépendant de tout organisme.

Nous proposons aux personnes majeures se reconnaissant dans les termes trans et/ou transgenre et/ou transidentitaire et/ou transsexuel.le.s et/ou en transition, de participer à ce projet.

Notre travail se base sur des entretiens individuels. Les entretiens seront enregistrés et retranscrits dans un second temps. Ils seront rendus anonymes. Une seule de nous deux sera présente lors de ces entretiens. L'entrevue se déroulera à l'endroit qui vous convient, selon vos disponibilités et pour une durée de votre choix. Votre consentement sera recueilli avant les entretiens. Vous avez la possibilité de vous rétracter à tout moment de l'étude. Ils seront enregistrés sur une bande audio qui sera détruite après la retranscription. Seuls de petits extraits écrits et anonymes des entretiens pourront apparaître dans l'écrit final. Nous ne sommes pas à la recherche de réponse type ou idéale, nous nous intéressons à vos ressentis.

Avec ce travail, nous ne prétendons pas vouloir parler à la place des personnes se reconnaissant dans les termes proposés. Notre objet est d'essayer d'améliorer les pratiques des professionnels de santé afin de permettre un accès aux soins de meilleure qualité pour les personnes concernées.

Si vous le souhaitez, les résultats de nos travaux pourront vous être communiqués sur simple demande.

Si vous êtes intéressé.e.s par ce travail, nous vous invitons à nous contacter, soit par mail à [santetransbretagne@gmail.com](mailto:santetransbretagne@gmail.com), soit par téléphone : Ellie au 06... ou Marion au 06... N'hésitez pas à diffuser ce mail aux personnes que vous pensez concernées et intéressées, nous avons aussi besoin de ces partages pour atteindre un nombre d'entretiens suffisant ! Nous pouvons nous déplacer n'importe où en Bretagne pour vous rencontrer.

Merci d'avoir pris le temps de lire ce mail, et merci de votre implication à venir ! Bien cordialement, Ellie Duval et Marion Caroff

## Annexe 2 – Guide d’entretien

Bonjour,

Je suis Ellie/Marion, étudiante en santé. Je réalise ces entretiens afin de faire connaître les expériences et les attentes des personnes trans vis à vis de la médecine générale, dans le but d’améliorer l’accès aux soins. Cette étude est indépendante de tout organisme (notamment de la SOFECT). Je rappelle que tout ce qui sera dit au cours de cet entretien restera confidentiel. (On a commencé à se tutoyer, est-ce que ça te va ou tu préfères repasser au vouvoiement ?) Comment est-ce que vous vous définissez ? Comment voulez-vous être « genré » ?

Je vous propose d’enregistrer cet entretien, dans le but de faciliter la discussion et d’éviter les erreurs de prise de note. L’enregistrement sera retranscrit par moi-même puis rendu anonyme, c’est à dire qu’en aucun cas votre nom ou n’importe quelle information susceptible de vous identifier n’apparaîtra dans l’écrit final. L’entretien ne devrait en principe pas durer plus d’une heure.

Je tiens à préciser qu’il n’y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Ce qui m’intéresse ce sont vos ressentis et vos expériences personnelles. Vous êtes bien sûr libre d’interrompre l’entretien quand vous le souhaitez. Avez-vous bien compris ? êtes-vous toujours partant.e ? Souhaitez-vous des précisions ? Avant de commencer, j’ai ici un formulaire de consentement écrit à vous soumettre. Il reprend les points que je viens d’énoncer. Je vous laisse le lire, et, si vous êtes d’accord avec ce qui y est écrit, vous pouvez le signer. Je voulais aussi ajouter que si mes questions vous paraissent décalées/intrusives ou que j’emploie des termes inappropriés/qui vous mettent mal à l’aise, n’hésitez pas à me le dire

Pour commencer, pouvez-vous me raconter votre dernière consultation chez le médecin généraliste ?

Où une consultation qui vous a marquée ?

Où votre dernier contact avec un cabinet de médecine générale ?

Au regard de votre histoire, qu’est-ce qui vous a amené.e ou vous amènerait maintenant à choisir un médecin traitant ? Quels seraient les critères qui vous amèneraient à choisir un médecin traitant ?

Selon vous, quelle serait idéalement la place et le rôle du médecin généraliste dans votre parcours de santé ?

Qu’est-ce qui pourrait ou aurait pu être amélioré dans la façon d’être et de travailler des différents médecins généralistes que vous avez pu rencontrer ? Quelles sont vos attentes dans la façon de fonctionner d’un généraliste/qu’est-ce que vous en attendez ?

Ici à Rennes, il y a une réflexion entre des professionnels de santé et des associations trans pour améliorer la prise en charge des personnes trans, notamment avec la création d’un réseau. Qu’en pensez-vous ? A votre avis, qu’est-ce que ce type de réseau pourrait apporter à votre médecin traitant ?

Pour terminer, j’aurais besoin d’avoir quelques informations supplémentaires sur vous. (Variation de l’échantillon questions à poser avant la rencontre au bout de 10-15 entretiens)

Autodéfinition

Quelle est votre profession, êtes-vous actif.ve actuellement ou non ?

Quel est votre niveau d’étude (pas de diplôme / école secondaire / baccalauréat / master / doctorat).

Quel est votre âge ?

Où habitez vous ? rural/urbain

Faites-vous partie d'une association trans ? vous considérez vous comme militant trans ?

Avez-vous fait un changement d'état civil ?

Etes-vous sous traitement hormonal ? Avez-vous réalisé une chirurgie de réassignation ?

Etes-vous en couple ? Avez-vous des enfants ?

Vous sentez vous entouré.e ? isolé.e ?

Estimez-vous avoir eu le choix de votre médecin généraliste ?

Je vous remercie de m'avoir consacré du temps pour me parler.

## Annexe 3 – Formulaire de consentement

Santé des personnes transgenres : expériences et attentes de la médecine générale.

### Description et objectif de la recherche

Nous proposons aux personnes majeures se reconnaissant dans les termes trans et/ou transgenre et/ou transidentitaire et/ou transexuel.le. et/ou en transition, de participer à ce projet. L'objectif de ce travail est de recueillir vos expériences avec la médecine générale.

Ce projet est indépendant de tout organisme.

### Effets indésirables et bénéfices potentiels

Ce travail se base sur des entretiens individuels. Ces entretiens seront enregistrés pour favoriser la fluidité des échanges et éviter les erreurs de prise de notes.

Nous ne sommes pas à la recherche de réponse-type ou idéale, nous nous intéressons à vos ressentis. L'entretien se déroule à l'endroit qui vous convient, selon vos disponibilités et pour une durée de votre choix.

Votre implication peut contribuer à améliorer les pratiques des professionnels de santé afin de permettre un accès aux soins de meilleure qualité pour les personnes trans.

### Confidentialité

La confidentialité et l'anonymat des participant.e.s sont garantis. L'entretien sera retranscrit par nous-même et rendu anonyme. La bande audio sera ensuite détruite. Seuls de petits extraits écrits et anonymes pourront apparaître dans l'écrit final.

### Préalable à la participation

Si vous le souhaitez, les résultats de nos travaux pourront vous être communiqués.

À tout moment, vous pouvez nous contacter à au...

## CONSENTEMENT

### Droit de sortie de l'étude

J'ai compris que ma participation à cette étude est volontaire et que je peux la retirer à tout moment sans conséquence.

### Consentement

J'ai bien lu les éléments descriptifs ci-dessus, et j'accepte de participer à l'étude.

## Annexe 4 – Rappels historiques

### Un aperçu des rapports historiques entre la médecine et la transidentité - Quelques définitions

Le sexe d'une personne est généralement déterminé à la naissance, puis il devient un fait juridique et social. Certaines personnes, à un moment donné de leur vie, ne se reconnaissent pas dans le sexe qui leur a été assigné à la naissance et peuvent choisir d'adopter une identité de genre différente.

La différence entre les notions de sexe, de genre et d'orientation sexuelle est importante à préciser. Le sexe d'une personne correspond à un ensemble de caractéristiques biologiques (génétiques, hormonales) et est assigné à la naissance, alors que le genre est une construction sociale. Le sexe et le genre ne s'inscrivent pas obligatoirement dans un schéma binaire masculin/féminin ou homme/femme mais se placent plutôt dans un continuum. L'orientation sexuelle, elle, est indépendante des deux notions précédentes.

**La dysphorie de genre** est un terme médical désignant l'inconfort et la souffrance liés à la discordance qui existe entre l'identité de genre d'une personne et son sexe d'assignation. Ce terme est utilisé dans le DSM (voir infra) et a fait suite, au fur et à mesure des révisions du DSM, aux expressions « **transsexualisme** » et « **incongruence de genre** ». Ce terme est décrié par la plupart des associations trans.

Historiquement en France, la médecine a intégré les transidentités dans le champ psychiatrique. Les éléments qui suivent sont majoritairement tirés du livre de Françoise Sironi (32).

À partir du XVIII<sup>ème</sup> siècle, selon Michel Foucault, les théories biologiques de la sexualité, les conditions juridiques de l'individu, les formes de contrôle administratif dans les états modernes, ont conduit peu à peu à distinguer de manière catégorique le sexe féminin du sexe masculin. L'invention de la « **transsexualité** » daterait de 1912, par l'Allemand Magnus Hirschfeld. En 1949, Cauldwell aurait repris cette dénomination et l'aurait nommée « *psychopathia transsexualis* », afin de décrire le cas d'une jeune fille qui manifestait un désir obsessionnel d'être un garçon. Il s'agit alors à l'époque, d'une pathologie rattachée à la catégorie des perversions sexuelles. Le 18 décembre 1953 lors d'une conférence à la New York Academy of Medicine, Harry Benjamin, endocrinologue et sexologue, propose de définir la transsexualité comme un syndrome (*dit "syndrome de Benjamin"*) et non plus comme une perversion ou une psychose. Apparaît alors la notion de trouble de l'identité c'est à dire « la croyance chez un sujet biologiquement normal d'appartenir à l'autre sexe, avec un désir intense et obsédant de changer sa conformation anatomique selon l'image que le sujet s'est faite de lui-même avec demandes d'intervention chirurgicale et endocrinienne ». En 1955 John Money crée le concept de « **genre** » qu'il distingue du concept de « sexe ». Le genre renvoie au social et au culturel, selon lui, tandis que le sexe renvoie à l'anatomie et la biologie. La première transformation hormono-chirurgicale daterait de 1951, par l'équipe d'Hamburger au Danemark, sur Christine Jorgensen. En 1968, Robert Stoller, dans son ouvrage intitulé *Sex and Gender* et traduit en français en 1978 sous le titre *Recherches sur l'identité sexuelle à partir du transsexualisme* identifie trois composantes constitutives de l'identité de genre : les influences biologiques et hormonales, l'assignation du sexe à la naissance, les influences psychologiques et environnementales.

**La CIM (42)** (Classification internationale des maladies publiée par l'OMS) sert de base pour établir des plans statistiques sanitaires au travers de plus de 50000 codes uniques. Une de ses fonctions est d'identifier les populations les plus vulnérables et faciliter l'accès aux services de santé en accompagnant la pratique médicale quotidienne. **Le transsexualisme** apparaît pour la première fois dans la CIM en 1977, dans sa neuvième version (CIM-9). Il est placé dans les « déviations et troubles sexuels » qui comprend les perversions (pédophilie, exhibitionnisme), l'homosexualité, les troubles de la fonction sexuelle (frigidité, impuissance). **La CIM-11** doit être présentée à l'assemblée mondiale de la santé en mai 2019, pour adoption par les 194 états membres, et entrera en vigueur le 1er janvier 2022. Dans un communiqué de presse du 18 juin 2018 tenu à Genève, l'OMS a annoncé la publication de l'aperçu de la onzième classification internationale des maladies (CIM-11) après 12 années de travail (42). Dans la dynamique de « dépathologiser » les questions transidentitaires, **l'incongruence de genre** devrait figurer à la place du transsexualisme. L'incongruence de genre intégrerait un nouveau chapitre consacré à **la santé sexuelle** et sortirait donc du chapitre 6 consacré au champ de la santé mentale.

**Le DSM (43)** est le manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux, il est publié par l'American Psychiatric Association (APA). Bien que parfois vivement critiqué, il est utilisé internationalement comme référence pour les troubles mentaux ou psychiatriques. Il catégorise ces troubles mentaux, décrit leurs critères diagnostiques et fournit diverses informations telles que leur prévalence. **Le transsexualisme** apparaît pour la première fois en 1980, dans le DSM-III, dans le chapitre « troubles psychosexuels », comme une des modalités des « troubles de l'identité sexuelle ». Le DSM-IV (1994) fait disparaître le terme transsexuel de la nomenclature psychiatrique pour la dénomination « **trouble de l'identité sexuelle** ». La notion de sexualité reste au premier plan, or le processus en jeu dans les questions transidentitaires ne fait pas référence à la sexualité mais pose la question de l'identité. **Dans le DSM-V** apparu en 2013, disparaît la notion de trouble de l'identité sexuelle pour laisser place à la **dysphorie de genre**. Ainsi, ce n'est plus l'incongruence de genre qui est retenue comme pathologie mais la souffrance qui peut en découler.

**DUVAL, Ellie. Expériences et attentes de personnes trans en médecine générale : Première partie les freins à l'accès aux soins.** 53 feuilles, 1 tableau, 30cm.- Thèse : Médecine générale ; Rennes 1 ; 2019.

**Résumé français Objectif :** Dans le cadre du système de santé, les personnes trans vivent régulièrement des discriminations à l'origine d'un défaut d'accès aux soins. Le médecin généraliste, en tant que pivot du système de santé, doit pouvoir tenir un rôle important dans la limitation de ces inégalités sociales de santé. L'objectif de l'étude était de décrire les expériences et attentes de personnes trans vis à vis des médecins généralistes en France. **Méthode :** une étude qualitative a été réalisée par entretiens individuels semi-dirigés auprès de personnes concernées, recrutées via des associations trans rennaises (Ouest-Trans, ISKIS), des médecins généralistes et les réseaux sociaux. Une analyse thématique a été réalisée au fur et à mesure des entretiens, selon une perspective de théorisation ancrée, avec double codage. **Résultats :** 27 personnes s'identifiant ou ayant été identifiées comme personne trans ont été rencontrées entre février et août 2018. Les personnes rapportaient majoritairement des inégalités d'accueil et de prise en charge en soins primaires. Elles relataient parfois des attitudes inadéquates des soignant.e.s et accueillant.e.s, une méconnaissance des problématiques spécifiques aux transidentités mais également concernant l'accueil et l'accompagnement des personnes trans hors parcours de transition. Un manque de formation des professionnel.le.s de santé était pointé. Des stratégies d'adaptation étaient mises en place par les personnes concernées pour contourner ces difficultés, notamment à travers l'*empowerment* et les expériences associatives. Des expériences positives étaient aussi relatées, un suivi de qualité étant souvent relié aux qualités humaines des soignant.e.s plutôt qu'à ses connaissances théoriques sur la transidentité. Le rôle du médecin généraliste était plutôt perçu comme central dans la prise en charge, qu'elle soit spécifique à la transition ou non. Enfin, la déconstruction des représentations et des normes dans la société en général semblait être un levier important de l'amélioration de l'accès aux soins des personnes trans. **Conclusion :** Le médecin généraliste semble avoir une place centrale dans le parcours de santé des personnes trans. Et si un réel manque de formation des soignant.e.s aux spécificités trans est à déplorer, une prise en charge de qualité est principalement associée à un accueil et à une relation soignant.e-soigné.e satisfaisant.e.s. L'autonomisation dans le soin et le recours aux associations trans sont deux leviers actuellement utilisés par les personnes concernées pour limiter les inégalités. Développer la formation des soignant.e.s et mettre en commun leurs compétences avec l'expertise des associations permettrait d'améliorer l'accès aux soins de premier recours des personnes trans.

**Abstract Objective:** In the French health care system, trans people regularly face discrimination leading to difficulties accessing care. The general practitioner (GP), as a pivot of the health care system must be able to play a important role in limiting social health inequalities. The objective of this study is to describe the experiences and the expectations of trans people towards general practitioners in France. **Method :** A qualitative study was conducted using semi-directed interviews among trans individuals recruited via associations advocating for trans rights in Rennes, France. (Ouest-trans ISKIS), GP's and social networks. An analysis by theme was performed and gradually adapted after each interview, leading to a grounded theory method, with double coding. **Results :** Between February and August 2018, 27 people who identified themselves or had been identified as a trans individuals were included in this study. The participants predominantly reported inequalities of the welcome and the care they experienced in primary care. They sometimes detailed inappropriate attitudes from caregivers or people at the welcome desk and the lack of knowledge of specific issues that concern trans identity, but also a lack of knowledge concerning welcoming and accompanying trans people on health issues unrelated to their transition path. A lack of training of health care professionals was pointed out. Adaptation strategies were put into place by trans people in order to overcome difficulties, mostly through empowerment and experiences with associations. Positive experiences were also detailed, a quality follow up was often linked to the human qualities of the care giver, rather than theoretical knowledge of trans identity. The role of the GP was perceived as rather central in the care given, whether related to the transition, or not. Finally, the deconstruction of representations/beliefs, and society norms in general seemed to be an important lever to health care access for the trans community. **Conclusion :** The GP seems to have a central role in the « health paths » of trans people. Even though there exists a real lack of knowledge from the caregivers on specific trans issues, a quality care was mostly associated to a satisfactory welcome and patient/caregiver relationship. Gaining autonomy in one's care and the recourse to trans associations are two levers currently used by trans people to limit inequalities. Developing training for the care givers and pooling their competences with the expertise of associations could lead to improving access to primary health care for trans people.

Rubrique de classement : MEDECINE

Mots-clés : Personnes trans, accès aux soins, freins, attentes, médecine générale

Mots-clés anglais MeSH : Transpeople, healthcare system, expectations, general practitioner

JURY: Président : Monsieur le Pr Patrick JÉGO

Assesseurs :

Mme le Dr Élinore LAPADU-HARGUES (directrice de thèse)

Mr le Dr Bernard BRAU (directeur de thèse)

Mr le Dr Romain MATHIEU-SANQUER

Mr le Dr Emmanuel ALLORY

Monsieur Raphaël MAGNAN