



HAL
open science

Expériences et attentes de personnes trans en médecine générale. Partie 2, les stratégies d'adaptation et les attentes

Marion Caroff

► To cite this version:

Marion Caroff. Expériences et attentes de personnes trans en médecine générale. Partie 2, les stratégies d'adaptation et les attentes. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02557071

HAL Id: dumas-02557071

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02557071v1>

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.



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

Marion CAROFF

Née le 3 Septembre 1987 à Paris XII

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

**Seconde partie :
Les stratégies
d'adaptation et les
attentes**

**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

Président du Réseau Santé Trans / Juge

Dr Elinore LAPADU-HARGUES

MG / Directrice de thèse

Dr Bernard BRAU

MG / Directeur de thèse

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

NOM	PRENOM	TITRE	CNU
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
BRISSOT	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	Médecine légale et droit de la santé
LE TULZO	Yves	consultant 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	Ophtalmologie
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
ANSELM	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	Benoit	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
LAVENU	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.

A 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 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.

A Ellie, merci pour ta patience et ces moments partagés.

A ma famille et mes ami.e.s, pour votre soutien indéfectible et vos relectures pleines de conseils avisés. A Léo pour les corrections-éclair, et à Baptiste pour...tout.

Table des Matières

PRÉAMBULE	10
LISTE DES ABRÉVIATIONS	11
GLOSSAIRE	12
INTRODUCTION	15
MATÉRIEL ET MÉTHODE	17
I. Type d'étude.....	17
II. Constitution des échantillons.....	17
III. Le guide d'entretien.....	17
IV. Le recueil des données.....	18
V. L'analyse des données.....	18
RESULTATS	19
I. Présentation de l'échantillon.....	19
TABLEAU – CARACTÉRISTIQUES DES PERSONNES RENCONTRÉES	20
II. Analyse thématique.....	21
A. LES STRATÉGIES D'ADAPTATION	21
1. Les usager.e.s.....	21
a. Les stratégies individuelles.....	21
Mécanismes de défense, stratégies construites	21
Constitution de son propre réseau médical	23
La question des équipes hospitalières	24
Recours aux prises en charge à l'étranger	24
b. Les stratégies collectives : <i>l'empowerment</i> et les expériences associatives.....	24
2. Les soignant.e.s.....	25
a. Les stratégies Individuelles.....	25
Savoir dire que l'on ne sait pas	26
Remise en question des parcours standardisés	26
b. Les stratégies collectives : Partage d'expériences	26
B. LES ATTENTES	27
1. Parcours de soins.....	27
a. Prise en compte et respect des identités trans.....	27
Autodétermination	27
Dépsychiatisation des identités trans	28
b. Liberté des choix de parcours.....	28
Singularité des vécus et des parcours de transition	28
Place du médecin traitant dans les parcours de transition	28
Les réseaux de santé communautaire, les espaces dédiés	29

c. La relation médecin-usager.e.s.....	29
Qualités humaines et consentement dans les soins	29
2. Formation des soignant.e.s et accueillant.e.s.....	30
a. Déconstruction des normes.....	30
b. Un accueil adapté facilite l'accès aux soins.....	30
c. Compétences spécifiques : l'hormonothérapie.....	31
d. Partenariat avec associations et usager.e.s.....	31
DISCUSSION	32
I. Forces et limites de l'étude.....	32
A. Forces	32
1. La réalisation d'entretiens exploratoires.....	32
2. Les critères de validité interne.....	32
3. La thèse réalisée à deux chercheuses.....	32
4. La durée des entretiens.....	32
5. Le nombre d'entretiens effectués.....	32
6. Les différentes voies de recrutement.....	33
B. Limites	33
1. Biais de sélection.....	33
2. Les interactions et la posture des chercheuses.....	33
II. Les principaux résultats.....	34
A. Réflexions communes sur les données de la littérature.....	34
B. Législation française.....	35
C. Des stratégies d'adaptation élaborées, ancrées dans l'informalité et l' <i>empowerment</i>	35
D. Des attentes concrètes centrées sur les qualités humaines, l'accueil et la formation.....	39
E. La place du médecin généraliste dans les parcours de transition.....	40
F. Vers un accès aux soins plus égalitaire ?.....	41
CONCLUSION	42
BIBLIOGRAPHIE	43
ANNEXE 1 – PROSPECTUS DIFFUSÉ POUR LE RECRUTEMENT	47
ANNEXE 2 – GUIDE D'ENTRETIEN /.....	48
ANNEXE 3 – FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	50
ANNEXE 4 – RAPPELS HISTORIQUES	51
ANNEXE 5 – APPROBATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE	53

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 terme 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 (1). 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 (2,3). 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.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 (51) 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.

LISTE DES ABRÉVIATIONS :

ALD : Affection Longue Durée

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

APA : American Psychiatric Association

CEC: Changement d'État 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 Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

EST: Espace Santé Trans (Paris)

FtM : *Female to Male* : Homme trans. Personne assignée de sexe féminin entreprenant une transition vers un genre masculin.

MtF : *Male to Female* : Femme trans. Personne assignée de sexe masculin entreprenant une transition vers un genre féminin.

F/MtX : Personne assignée de sexe masculin ou féminin 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'Éducation pour la Santé

ISS : Inégalités Sociales de Santé

LGBTI : lesbiennes, Gays, Bisexuel.le.s et Trans

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'Étude 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 États-Unis au début du XX^e 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 un pronom se référant au genre.

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 (10), 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(1) : 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 de mal genrer 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'acteurs.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 (5) : Une action en santé sera dite communautaire quand les membres d'une collectivité, géographique ou sociale, conscient.e.s 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 : Société Française d'Étude et de prise en Charge de la Transidentité (6). C'est une institution qui regroupe exclusivement 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 6 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.

Leur création en 2010, a lieu 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 (22) 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 (1) : 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 un 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 a priori il n'y a 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.

INTRODUCTION

L'inconscient collectif abonde de nombreux.se.s stéréotypes et représentations sur les personnes trans. Les amalgames « trans/travesti » sont fréquents, relayés par de nombreux médias dits grand public (33). Ces stéréotypes traduisent bien 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(14), 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 ?

MATERIEL ET METHODES

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, transsexuel.le.s, et acceptant de répondre à nos questions. Les sujets ont été recrutés par le biais d'associations militantes Rennaises (Ouest-Trans et ISKIS), des professionnel.le.s de santé soignant des personnes trans et les réseaux sociaux. Un prospectus (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 courriel 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 (annexe 5).

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 la transition médicale quand elle a eu lieu, 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. Un quatrième a été réalisé auprès d'un patient trans militant dans une association, puis 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, des lieux publics (parcs, campus universitaires), 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- L'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 pour les deux chercheuses. Une triangulation des données a ensuite été effectuée pour rechercher les points de désaccord concernant l'interprétation des entretiens retranscrits. Cette analyse a permis de renforcer la validité interne des données, à savoir leur capacité à décrire correctement le phénomène étudié.

RESULTATS

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.

Douze participant.e.s ont été recruté.e.s via les médecins généralistes, sept par les réseaux sociaux et huit par les associations militantes locales (Ouest -Trans et ISKIS). Deux personnes n'avaient pas de médecin traitant déclaré. La durée des entretiens variait entre 16 et 125 minutes. La durée moyenne était de 55 minutes.

Au total, trente personnes nous ont contactées. Trois entretiens n'ont finalement pas été réalisés suite au désistement des participant.e.s.

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 – CARACTÉRISTIQUES DES PERSONNES RENCONTRÉES

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

II- Analyse thématique

Après codage des entretiens, trois grands axes d'analyse ont émergé.

Dans le premier volet de travail, présenté dans le manuscrit d'Ellie Duval, nous ferons le constat d'un accès aux soins rendu complexe par les contraintes sociétales, celles liées aux professionnels de santé et les freins inhérents aux usager.e.s.

Le second temps de cette étude, développé dans le présent manuscrit, identifie d'une part les stratégies d'adaptation mises en place individuellement et 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 STRATÉGIES D'ADAPTATION

1. Les usager.e.s

a. Les stratégies individuelles

Face aux situations complexes et attitudes discriminantes rapportées dans la première partie de ces travaux, plusieurs mécanismes d'adaptation étaient décrits et identifiés chez les usager.e.s. Certains relevaient plutôt de **mécanismes de défense**, prenant place préférentiellement dans le temps de consultation ou lors de l'accueil médical. D'autres étaient plutôt élaborés en marge du temps médical et relevaient de **stratégies organisées**.

Les mécanismes de défense

Certaines personnes racontent avoir eu **une réaction violente** face à l'absence de recherche de consentement dans les soins, ou au non respect d'un refus exprimé d'examen. Ainsi, pour Antoine : « *Un interne en med gé, qui examinait les gens, et du coup je dis vous pouvez regarder mais si vous touchez je vais probablement vous taper, et ben en fait il a essayé quand même, ben du coup je l'ai tapé.* » Le geste intrusif du soignant a été anticipé par Antoine, la violence physique exprimée ici traduisant la violence ressentie lors d'une l'examen médical non consenti.

En consultation, certain.e.s préféraient **taire leur transidentité**, comme Maxime : « *Pour le moment comme je n'avais pas encore commencé la transition hormonale j'ai pris le parti de ne rien dire, c'est plus facile.* » La peur de la réaction des soignant.e.s était souvent citée comme étant à l'origine de cette autocensure.

Le fait de taire une partie de son identité était identifié par certain.e.s usager.e.s comme pouvant nuire à la qualité des soins, notamment en terme de suivi, d'évaluation des risques et de prévention.

La préparation de **motifs alternatifs de consultation** était aussi citée comme un mécanisme visant à pouvoir éviter un *coming-out* en consultation, si la situation n'apparaissait pas favorable. Ainsi, Thibault raconte : « *J'avais besoin*

de voir ça avec elle mais en fait j'ai jamais réussi à lui dire. A chaque fois que je prenais rendez-vous j'avais un autre motif en même temps.» Pour certain.e.s, le véritable motif de consultation restait donc en suspens, attendant le moment opportun pour être exprimé. Il s'agissait encore une fois de taire son identité trans.

Face aux réactions de certain.e.s soignant.e.s, un grand nombre d'interviewé.e.s avaient pris le pli d'adhérer en surface à certains discours stéréotypés, sous-tendus par des représentations des transidentités souvent erronées. Ces **fausses adhésions** permettaient aux personnes de tenir un discours conforme à ce qui était pré-supposé attendu d'elles afin d'avoir accès, par exemple, à une hormonothérapie. Pour Hugo : *« Il fallait dire les choses telles qu'elles voulaient être perçues pour aller à la suite. Même si on arrange un peu la réalité .»*

Ces adhésions de surface étaient souvent rapportées lors de consultations à fort enjeu pour le.la patient.e, dans lesquelles par exemple le.la soignant.e devait décider ou non d'autoriser l'accès à un traitement hormonal ou à une chirurgie. Certains des individus interviewés dénonçaient les conséquences de ces échanges biaisés, échanges qui pouvaient conforter les soignant.e.s dans leurs représentations erronées et leurs pratiques inadaptées.

L'ironie et le cynisme étaient également rapportés comme un moyen de défense utiles permettant de dédramatiser des situations compliquées : *« Ils appelaient madame bidule, et tu te levais avec ta barbe, tu prends un air vraiment étonné ben non c'est monsieur, je ne comprends pas, [...]fin heureusement pour les trois quarts des gens ils savent pas que les trans existent donc euh on peut jouer au con pour rattraper le malaise. »* Cyril.

Certaines personnes décrivaient la sensation d'être « en apnée » pendant certaines consultations, qui prenaient la forme d'un mauvais moment à passer à raccourcir autant que possible. *« 'fin j'essayais juste de mettre un terme à ce truc et juste d'avoir un médoc et de me casser. »* Antoine

Ces mécanismes de défense étaient utilisés pendant les consultations lorsqu'elles avaient lieu, mais certaines des personnes interrogées préféraient simplement **éviter les contacts avec le monde médical**, avec les conséquences que cela pouvait avoir sur leur état de santé. Pour Cyril : *« Du coup moi j'ai choisi d'éviter au maximum les soignants parce que tout ce que j'entendais et tout ce que je voyais comme retour c'était que des trucs, euh, soit humiliants, enfin ça se passait pas bien. »* Ces conséquences étaient souvent jugées comme minimales face au risque d'être confronté.e aux jugements des soignant.e.s.

Certain.e.s personnes rapportaient que des connaissances avaient pu se procurer des hormones sans ordonnance, soit par internet soit dans la rue, soit par des ami.e.s. Cela permettait, entre autres, d'éviter tout contact avec le monde médical.

Ces évitements étaient souvent liés à l'anticipation de discriminations potentielles et renvoient à la notion de transphobie intériorisée. Cette notion est développée dans le manuscrit d'Ellie Duval, et identifiée comme un frein à l'accès aux soins.

Deux temps de réaction ont été identifiés, majoritairement ancrés dans l'urgence de réagir à des comportements imprévus ou hostiles de la part de soignant.e.s. Les réactions spontanées donnaient ensuite lieu à des stratégies plus construites, individuelles ou collectives.

Les stratégies construites

La plupart des interviewé.e.s recouraient à des **soignant.e.s conseillé.e.s par des associations trans et/ou LGBTI**, comme Antoine: *« En vrai je pense que j'irai à CLART-I* qui est l'asso trans de Toulouse, et je leur demanderai chez qui ils envoient des gens, et chez qui y a le plus de gens qui vont. »*

Parfois, les conseils provenaient d'ami.e.s et connaissances ou bien d'internet via les listes disponibles de soignant.e.s sensibilisé.e.s et « transfriendly », comme pour Thomas : *« Y'a souvent des petits groupes, des petits forums et tout ça et on se passe des noms de médecins qui sont plus ou moins safe... »*

Consulter un.e soignant.e.s au hasard semblait vouloir être évité autant que possible, même si parfois cela nécessitait une flexibilité importante notamment sur les distances à parcourir.

- Gabriel : *« Mais je pense que si je déménage je n'irai pas chez n'importe qui. »*

- Enquêtrice: *« Quitte à faire beaucoup kilomètres ? »*

- Gabriel : *« Ah oui c'est sûr et certain, oui oui oui largement. »*

La plupart des personnes rencontrées ressentait le besoin de **préparer leur consultation en amont**, pour par exemple apporter de l'information sur la transidentité au.à la soignant.e. Comme Gaël : *« Ben en fait je suis allé à Rennes au centre GLBT et j'ai pris tous les prospectus, et je lui ai ramené. Je lui ai dit voilà, vous allez partir en convalescence, vous avez de la lecture. Pour qu'elle comprenne un petit peu. »* D'autres prenaient le temps d'échanger avec d'autres personnes trans ou bien des associations trans/LGBTI : *« J'en discute aussi avec des trans. J'ai fait partie aussi un peu de l'association LGBTI de Lorient, voilà je me renseigne avec d'autres trans ou sur des forums des trucs comme ça quoi. »* Anaïs

Il était compliqué pour certain.e.s d'envisager de se rendre à une consultation sans préparation, au point parfois de repousser voir d'annuler un rendez-vous . D'autres venaient en consultation accompagné.e.s par un.e ami.e ou une personne faisant partie d'associations pour s'assurer d'un support physique en temps voulu et se sentir moins vulnérable.

Constitution de son propre réseau médical

La plupart des personnes interviewées s'étaient constituées un réseau de personnes en qui elles avaient confiance, englobant médecins, pharmacien.ne.s et autres soignant.e.s identifiées comme personnes ressources. Pour Cyril : *« Moi j'ai construit au niveau des soignants dans ma vie, je me suis construit un réseau de gens en qui j'ai globalement confiance. »*

Il semblait compliqué parfois de s'éloigner de ces personnes, et l'appréhension d'une consultation « hors réseau »

pouvait parfois amener à repousser voir annuler un rendez-vous et différer la prise en charge.

Pour Adèle : *« Les assos LGBTI on connaît un peu les médecins safe, mais ce sont les médecins généralistes ou les psy après au-delà, euh... s'il faut que j'aille voir un oncologue safe, je ne sais pas je vais prendre le risque que ce médecin me refuse. »*

Dans le cadre des parcours de transition, plusieurs personnes avaient réussi à trouver un.e psychiatre acceptant de délivrer des certificats à des fins d'obtention d'hormonothérapie et/ou de chirurgie sans obligation de suivi, comme Gabriel : *« Il était connu pour faire des attestations au premier rendez-vous parce qu'il y a des psychiatres qui ont compris qu'on n'était pas des malades mentaux »*. Ces pratiques étaient perçues comme des démarches militantes des soignant.e.s allant dans le sens d'une dépsychiatriation des transidentités et étaient très appréciées des personnes interrogées. L'obligation d'un suivi psychiatrique était souvent vécue comme violente et coercitive.

La question des équipes hospitalières

Parmi les personnes rencontrées, une seule avait réalisé son parcours de transition en ayant recours aux équipes hospitalières (au sein de la SoFECT), mais certain.e.s avaient eu des contacts avec des soignant.e.s de ces équipes et/ou avaient échangé sur le sujet avec des proches ou des associations. La rigidité de ces parcours de transition était souvent dénoncée, ainsi que l'obligation d'un suivi psychiatrique. Les modalités stéréotypées d'appréhension des différentes identités trans étaient également pointées du doigt. Pour Ines : *« La SoFect ne m'a pas refusée, elle m'a dit oui, oui vous répondez aux critères du coup c'est quand ils m'ont présenté leurs trucs que je me suis oula, je me suis cassée en fait. »*

La plupart des personnes revendiquaient le droit de se libérer d'un parcours unique jugé pathologisant et se tournaient vers d'autres professionnels de santé quand cela leur était possible.

b. Les stratégies collectives

L'empowerment et les expériences associatives

Il ressortait des entretiens **une nécessité d'autonomisation en santé** ressentie par la plupart des personnes interviewées. Les nombreux obstacles rencontrés dans l'accès aux soins et dans les différents parcours forçaient la recherche de chemins alternatifs à un parcours de santé « standard ». La recherche de savoir médical, par exemple, pouvait viser à rééquilibrer les rapports de pouvoir lors des consultations. Pour Jérémie : *« J'ai contacté Ouest-Trans pour savoir un peu... qu'est ce que je pouvais faire, j'ai lu plein d'articles, j'ai parlé avec d'autres personnes transgenres. »*

Cette autoformation venait aussi souvent combler le manque de savoir des soignant.e.s sur le suivi des patient.e.s trans.

Souvent, chez les personnes qui se définissaient comme militant.e.s trans notamment, cette nécessité

d'autonomisation était complétée par une volonté de se réapproprier sa santé et d'organiser son propre parcours.

Cette réappropriation passait par des recherches personnelles, mais aussi à travers **des échanges au sein d'associations trans et/ou LGBTI.**

« Moi je pouvais aussi apporter des choses parce que j'ai un réseau militant autour de moi quoi. Et un réseau d'échange de savoirs, un réseau de personnes trans quoi. » Axel

Les associations trans et LGBTI locales étaient très souvent identifiées comme référentes de premier recours pour des questions concernant les transidentités en général, les démarches administratives et sur de nombreuses questions médicales. Le.la médecin généraliste et les autres soignant.e.s n'étaient que rarement identifié.e.s comme personnes ressources principales, excepté lorsqu'ils.elles avaient été formé.e.s.

Les réseaux sociaux et internet étaient cités comme moyens de partager des informations médicales et de consulter ou bien d'enrichir les bases de données en ligne référencant des soignant.e.s dit.e.s « safe », comme pour Cyril : *« Après y a aussi des bases de données en ligne, y a la Base De Donnée Trans (BDDTrans), du coup c'est rangé par profession, un peu le même système que Gyn&co ou ce genre de...base de données, enfin là c'est plus spécifique à la transidentité du coup .»*

Face à ces nécessités d'autonomisation en santé, La reconnaissance du savoir-patient et de sa propre expertise par le.la soignant.e. apparaissait comme un enjeu crucial de la relation médecin-patient.e. Pour Cyril : *« fin c'est là où Dr L. est vraiment une alliée, parce qu'elle comprend la demande, elle comprend, elle écoute son patient, parce que moi je lui dit ce qu'il faut écrire parce que je sais ce que le tribunal veut entendre.»*

Le partage d'informations médicales et les échanges au sein d'espaces associatifs et communautaires prenaient donc une très large place dans les stratégies collectives d'autonomisation en santé. Même si certain.e.s soignant.e.s étaient reconnu.e.s comme aidant.e.s de par leur posture et leurs connaissances, ces espaces continuaient à être investis et identifiés comme des espaces de références.

2. Les soignant.e.s

a. Les stratégies individuelles

Savoir dire que l'on ne sait pas

Le manque de connaissances des soignant.e.s et accueillant.e.s concernant les transidentités était pointé du doigt, mais pouvait passer au second plan si la personne était capable de reconnaître son manque d'expérience et d'agir en conséquence.

Ces approches étaient appréciées, mais souvent qualifiée de « rares ».

« Juste la capacité à dire quand elle sait pas je trouvais ça vraiment génial, et super rare en fait .» Antoine

Les personnes décrivaient des expériences positives dans lesquelles les soignant.e.s rencontré.e.s étaient à l'écoute et

prenaient en compte les informations qu'ils.elles leur apportaient, comme avec Thibault : *« Et du coup quand on s'est vu on a plus parlé des associations et que si elle rencontrait d'autres personnes trans elle pouvait les ramener vers Ouest Trans et le CGLBT et je lui ai donné une plaquette aussi pour les médecins. »*

Cette posture était très appréciée et permettait de développer un lien de confiance avec le.la soignant.e, même si il.elle n'avait pas forcément de connaissance sur les spécificités trans.

Le fait pour un.e soignant.e d'être identifié.e comme « engagée » a été décrit par une des personnes rencontrées comme un atout renforçant le lien de confiance, quand bien même il.elle n'avait pas une grande connaissance des spécificités trans. *« Par ailleurs elle est à l'écoute de ça, elle est déjà venue au planning familial, je sais qu'elle est un peu militante, 'fin à sa manière parce que je la connais pas plus que ça, du coup ça renforce ma confiance. »* Cyril

Au contraire, la posture consistant à improviser dans un domaine non maîtrisé était fréquemment un facteur de perte de confiance et de détérioration, voire de rupture de la relation médecin-patient.e.

« Elle a pas compris ce que ça voulait dire, j'pense, et puis du coup elle préférerait dire des trucs cons, et voilà, plutôt que de dire ben en fait j'ai pas compris et peut être vous pouvez m'expliquer. » Antoine

Les remises en question de sa posture de soignant.e et la prise de conscience de ses propres limites par le.la médecin paraissait donc indispensable à l'établissement en consultation d'une relation de qualité.

Remise en question des parcours standardisés

Certaines personnes décrivaient des soignant.e.s ayant fait le choix de l'éloigner des standards de pratique habituels. Par exemple, certain.e.s médecins généralistes prenaient l'initiative d'initier une hormonothérapie après s'être formé.e.s. D'autres ne demandaient pas d'attestation psy, qu'ils.elles jugeaient inutile.

« C'est très très rare les médecins comme le Dr V. qui m'a dit moi je vous aurais prescrit le traitement même sans attestation psy parce que voilà, elle dit ce n'est pas une obligation, ce n'est pas considéré comme une pathologie mentale, y'a aucune obligation de passer par un psy. » Anaïs

L'accès à ces soignant.e.s et à ces pratiques concrètes de dépsychiatisation des parcours trans était souvent décrit comme un soulagement.

b. Les stratégies collectives

Partage d'expérience entre soignant.e.s et usager.e.s, recours aux associations trans

La communication soignant.e.s/soignant.e.s et soignant.e.s/associations était souvent décrite comme une nécessité de la part des usager.e.s. Pour Axel : *« Du coup voilà je pense que la mise en réseau des médecins et des associations c'est pour moi le... y'a un savoir et une expertise qui est immense dans les associations du coup faut que l'information elle s'échange et en même temps moi des fois ce qui me manque... dans l'associatif ouais des fois*

c'est du soutien, une certaine expertise mais il manque aussi des connaissances, 'fin c'est, y'a pas de médecin, 'fin pour moi les deux, les deux sont nécessaires quoi. »

La création à Rennes d'un réseau de santé alliant professionnel.le.s de santé, usager.e.s et associations, le ReST, a été interrogée. Les usager.e.s avaient majoritairement une image positive d'un tel réseau, tout en émettant des réserves sur les écueils possibles avec la crainte de la genèse de nouveaux protocoles rigides. Pour Cyril : *« Ouais un parti unique qui sous-pretexte qu'il y a des assos trans dicterait la nouvelle directive, faut que ça reste des endroits qui puissent ben ouais entendre la contradiction aussi, même si ça plaît pas des fois je trouve ça toujours un peu plus riche que quelque chose de figé... »*

Une personne ayant rencontré un.e soignant.e identifié.e. comme membre du ReST expliquait la manière dont cela avait facilité son parcours : *« Si je ne savais pas qu'il y a avait eu Ouest-Trans dans la région qui travaillait là-dessus et donc que voilà, y'avait des médecins qui étaient à peu près formés sur ces sujets-là, je pense que j'aurai nettement plus retardé le début de ma transition que ce soit médicale ou sociale. »* Amélie.

Même pour des soignant.e.s sensibilisé.e.s et formé.e.s, le maintien d'un lien substantiel avec les associations trans locales et l'aménagement d'espaces d'échanges avec d'autres professionnel.le.s du soin étaient très souvent attendu par les usager.e.s

B. LES ATTENTES

1. Parcours de soins

a. Prise en compte et respect des identités trans

Autodétermination

Une des principales attentes des personnes interviewé.e.s, ressortant dans la grande majorité des entretiens sans forcément être nommée comme telle, était **la prise en compte et le respect de l'autodétermination**. Cette notion s'opposait à la nécessité d'une validation médicale de sa transidentité, notamment à travers les évaluations psychiatriques.

Certaines personnes venaient questionner la nécessité même des catégorisations et des classifications en fonction du genre.

Plusieurs personnes interrogeaient le fait de pouvoir se définir en-dehors du champ attendu de la binarité de genre. *« Non parce que je me sentirai aussi mal avec M qu'avec un F sur ma carte d'identité. Oui ça me fait suer, qu'il y ait un F sur ma carte d'identité mais y'a pas d'autre solution donc voilà. »* Maxime

Dépsychiatisation des identités trans

Découlant directement de la notion d'autodétermination, **la dépsychiatisation** des identités trans était très souvent revendiquée. Pour Maxime : *« Le fait d'avoir un médecin qui ne psychiatrise ou qui ne médicalise pas automatiquement ma transidentité c'est hyper important. »*

La plupart des personnes interrogées n'étaient pas contre un éventuel accompagnement psychiatrique et/ou psychothérapeutique, dès lors qu'il pouvait être choisi et librement consenti. L'accompagnement envisagé pouvait concerner la transition ou être sollicité pour d'autres raisons détachées de la transidentité.

L'obligation d'un suivi minimal en prérequis d'une initiation de traitement hormonal ou d'une chirurgie était presque toujours dénoncé, comme avec Jeremie : *« Et je trouve ça dommage qu'on nous oblige, pour certains types d'opérations, pour certains médecins, il faut deux ans de parcours psy, en fait je vois pas l'utilité. »*

Certain.e.s mettaient directement en lien la psychiatisation quasi-systématique des identités trans et l'apparition ou l'aggravation de certains troubles psychiques chez les personnes en cours de transition médicale.

b. Liberté des choix de parcours

Singularité des vécus et des parcours de transition

Les personnes rencontrées avaient toutes des ressentis et des parcours de transition différents, y compris au niveau médical. Il n'y avait pas de modèle unique. Toutes ne ressentaient pas le besoin de prendre des hormones, n'en attendaient pas les mêmes changements corporels et/ou psychiques, n'avaient pas forcément recours à la chirurgie.

« C'était vraiment d'adapter le parcours à chaque personne, parce que chaque personne est unique et le ressenti peut-être unique aussi, fin il n'y a pas de parcours type. [...] On ne peut pas forcer quelqu'un à avoir un pénis. »

Hugo

Place du médecin traitant dans les parcours de transition

Certain.e.s des personnes interviewées souhaitaient un suivi de leur transition médicale par un médecin spécialiste (endocrinologue, gynécologue). Parfois, les personnes allaient voir un.e médecin généraliste autre que leur médecin traitant ayant développé des compétences spécifiques sur les transidentités.

Ce pouvait être également une volonté du/de la médecin généraliste de se référer à un.e spécialiste pour le suivi de la transition.

« Mais autrement la généraliste m'a dit voilà tant que ce n'est pas calé, qu'on ne sait pas moi je délègue parce que bah en fait c'est après c'est pareil s'il arrive quelque chose c'est sur elle que ça va tomber. » Brieuc

D'autres personnes souhaitaient voir leur parcours de transition intégré dans une prise en charge plus globale assurée par leur médecin généraliste. Le fait d'avoir construit une relation de confiance avec son médecin traitant améliorait la qualité des interactions et des soins, et de fait rendait ce suivi « intégré » envisageable. *« Donc pour moi le généraliste c'était vraiment ce que je préférerais parce que c'est aussi un médecin que je peux voir en dehors de ma transition. Donc l'avantage c'est que si ça se passe bien en dehors de la transition, y'a des chances pour que ça se passe bien pour la transition. » Amélie*

Les attentes en terme de place du médecin traitant dans les parcours de transition étaient diverses. Les personnes suivies par un.e généraliste rapportaient un confort notamment en terme d'accessibilité et de délai de prise en charge.

Les réseaux de santé communautaire et les espaces dédiés

En ce qui concerne les espaces dédiés, les avis recueillis étaient mitigés. Certaines personnes valorisaient ces espaces où les intervenant.e.s étaient sensibilisés et formés, et en attendaient un espace « safe » et sans jugement. *« Je comprends que pour certaines personnes c'est important de se dire voilà je suis trans je sais que dans tel endroit on va pas me juger, on va faire des efforts et je serai avec d'autres personnes comme moi. » Lena*

Des réserves étaient émises concernant la circulation du savoir et le risque que les professionnel.le.s de santé en-dehors de ces espaces ne cherchent plus à se former, sachant que des « spécialistes » existaient.

Lorsque les personnes étaient interrogées sur les nouveaux réseaux de santé existants, La perspective de pouvoir aller consulter un.e médecin appartenant à un réseau associant soignant.e.s et membres d'associations trans travaillant ensemble sur le sujet des transidentités apparaissait positive. *« Ben moi je pense que c'est très bien, je pense que c'est un exemple à suivre le réseau même si ça doit pas être super simple à faire. » Camille*

« Très clairement ouais ça peut être utile, dans le sens où on n'aurait pas peur d'aller chez le médecin parce qu'on a la grippe et qu'il va me dire c'est probablement la transidentité. » Pierre

c. La relation médecin-usager.e.s

Qualités humaines et consentement dans les soins

Les attentes vis à vis du médecin traitant concernaient surtout les qualités humaines des soignant.e.s et leur posture, ces dernières primant souvent dans la relation médecin-patient.e sur les connaissances spécifiques aux transidentités.

« Disons que ouais ce qui me met à l'aise c'est d'être face à quelqu'un qui est ouvert, à l'écoute et qui va pas donner sa vision du monde. » Cyril

Les qualités les plus citées étaient la **bienveillance, l'écoute et le non-jugement**. Leur présence conditionnait la création d'une relation de confiance, indispensable à un suivi de qualité.

« C'est le truc le plus important et j'ai toujours compris en fait ce que j'aimerais, c'est être en face de quelqu'un en qui je peux avoir confiance à tous les niveaux. » Gabriel

La recherche et le respect du consentement dans les soins étaient attendus comme prérequis obligatoire à toute relation de soin.

« De façon générale qu'il y ait un échange verbal par rapport à ça, est ce que ça te dérange, demander vraiment l'avis de la personne. » Maxime

Une approche bienveillante centrée sur la personne, avec recherche et prise en compte de ses attentes propres, était également citée de nombreuses fois.

« Finalement ça s'était super bien passé, voilà y a eu aucun soucis, voilà je voyais qu'en face elle était à l'écoute et qu'elle faisait attention à ce que je disais, à ce que je voulais aussi. » Amélie

2. Formation des soignant.e.s et accueillant.e.s

« Moi c'est juste que je trouve que voilà on est en 2018, peut-être dans la formation des médecins il devrait y avoir un module pour qu'un maximum de personnes puisse être prise en charge correctement. » Anais

a. Déconstruction des normes

La déconstruction des normes et des représentations dans la société en général et chez les soignant.e.s en particulier était un point qui semblait crucial d'aborder en prérequis d'une sensibilisation aux transidentités.

La posture propre du.de la soignant.e dans la relation de soin, ainsi que celle des différents modes d'exercice du pouvoir médical étaient des points de réflexion soulignés par les personnes interrogées.

Maxime : « Et puis y a ce rapport d'autorité qui fait qu'on peut pas non plus dire non à un médecin. »

b. Un accueil adapté facilite l'accès aux soins

Le fait de genrer correctement une personne dès l'accueil au secrétariat, en prenant en compte son souhait en terme de pronom utilisé et de prénom d'usage revenait très souvent dans les attentes des personnes rencontrées. Certain.e.s, comme Gabriel, attendaient qu'on les sollicite en employant uniquement leur nom et prénom, sans référer à un quelconque pronom. « Chez le médecin on entend beaucoup le monsieur, madame, ce qui serait bien ce serait de dire juste le prénom ou le nom ou que le nom après c'est vrai que c'est compliqué ou alors faut aller voir le secrétariat et directement dire est ce que le médecin peut m'appeler comme ceci. »

La formation des secrétaires semblait importante, les discriminations pouvant avoir lieu dès l'entrée dans une structure de soins. Les discordances entre les numéros de carte vitale renvoyant à un genre particulier (1-2) et le genre exprimé de la personne étaient identifiées comme facteurs de confusion.

« Que le secrétariat soit formé aux personnes trans et demande à la personne trans quel prénom on prend. Mais ouais il faudrait déjà que le secrétariat soit au courant et de ne pas faire de remarque sur la carte vitale, le fait que ça ne soit pas le même prénom. » Thibault

L'appel en salle d'attente était souvent abordé. Le fait de ne pas utiliser de « Madame » ou « Monsieur » et de s'adresser à la personne par son nom et prénom d'usage était une des attentes la plus communément formulée.

L'acquisition d'un logiciel adéquat pouvant gérer les changements de prénom et de genre était également souvent plébiscité, afin que les cabinets aient les moyens logistiques d'appliquer concrètement le principe d'autodétermination.

c. Compétences spécifiques : l'hormonothérapie

Les compétences des médecins généralistes spécifiques à la transition n'étaient pas jugées indispensables, remplacées par des attentes en terme de volonté de formation et de capacité de remise en question.

« Je comprends que les médecins ne soient pas tous au courant mais j'attends quand même du médecin je sais pas qu'il s'intéresse à la question, qu'il creuse un peu plus. » Gabriel

La nécessité de sensibiliser les médecins aux transidentités en particulier, et plus généralement aux situations s'écartant d'une norme établie, était souvent citée.

Les personnes interrogées revenaient souvent sur la nécessité que la médecine en général et plus particulièrement la recherche s'intéresse de plus près aux identités trans.

« Après qu'il y ait aussi des études scientifiques pour voir est ce qu'il y a des traitements meilleurs que d'autres. » Adèle

d. Partenariat avec associations et usager.e.s

« C'est vrai qu'on a un peu peur du côté médical et trans mais bon je connais les gens qui font partie du ReST, des fois ça fait peur on se dit est ce qu'ils ne vont pas prendre le pas sur nous et arrêter de nous écouter ? Le fait de savoir que vous travaillez avec les trans moi ça me rassure énormément. » Maxime

La communication avec les usager.e.s dans l'élaboration de projets de soins et la co-construction de savoirs avec les associations était très souvent associée à des expériences positives dans les soins. *« Et que ça permette aux médecins d'échanger avec nous et que ça ne soit pas juste on parle, vous écoutez, et puis vous parlez et on vous écoute, c'est aussi d'échanger. » Thibault*

Des attentes en terme d'organisation de réseaux alternatifs de santé collaborative étaient retrouvées chez un bon nombre des personnes interrogées.

DISCUSSION

I. Forces et limites 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 en aveugle a été effectué pour tous les entretiens. Lors de la mise en commun des tableaux de codage, nous avons constaté une faible divergence d'avis, ce qui renforce la proximité avec les idées contenues dans les verbatims. 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, les chercheuses ont effectué deux entretiens supplémentaires afin de confirmer ce constat .

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 d'auto-support trans, les professionnel.e.s de santé ou les réseaux sociaux, ce qui a permis d'obtenir une diversité de profils. L'attrait des interviewé.e.s 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 Ouest-Trans 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.

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 bien 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. Les Principaux Résultats

Dans la première partie de ces travaux rédigée par Ellie Duval, nous avons vu que les personnes trans rencontrées faisaient face à de multiples inégalités en matière de santé, notamment concernant l'accès aux soins primaires. Ces inégalités étaient conditionnés par différents facteurs allant du manque de connaissance des soignant.e.s à l'invisibilisation systémique des transidentités.

Ces résultats étaient pour la plupart retrouvés dans la littérature scientifique médicale internationale (Québec, USA, Suisse, Belgique, Pays-Bas) et française (4,7,8).

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.s quel que soit son ressenti (15). Ainsi la « population trans », identifiée et incluse dans la plupart des travaux de recherche français et étrangers, 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 (16).

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 » (1). La proportion de ce sous-groupe de personnes rapportée à la population générale était de 1 : 1 500, alors que la plupart des études internationales retrouvaient jusqu'ici des chiffres allant de 1:30.000 à 1 : 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 (1). 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 qui fournit les premiers chiffres à grande échelle (17). 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 autre, 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 (9), ou par l'Observatoire des Transidentités (18). Une thèse de médecine générale (19) et une d'éthique médicale (20) 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 – Législation française

Nous avons parfois retrouvé dans notre étude une méconnaissance des possibilités en termes de parcours de transition de la part des personnes interviewé.e.s. Cette méconnaissance peut être mise en lien avec le flou juridique qui existe en France sur les transitions médicales, que ce soit en terme d'organisation ou en terme d'interlocuteur.rice.s possible.s.

Il n'existe actuellement pas de recommandation officielle ni de législation en France encadrant les traitements hormonaux chez les personnes trans (21). Toutes les prescriptions d'hormones se font hors AMM.

Deux textes sont pris en référence mais ne formulent pas clairement de recommandation de bonne pratique :

– **le rapport de la HAS** (22), publié en novembre 2009, intitulé « Situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge médicale du transsexualisme en France »

– **le rapport de l'IGAS** (1) de 2011, intitulé « Évaluation des conditions de prise en charge médicale et sociale des personnes trans et du transsexualisme »

La SoFECT a publié en 2015 la charte sur laquelle se base l'exercice médical de ses membres, contenant des recommandations en termes de bonne pratiques (23). Émanant d'un organisme qui n'a pas de statut officiel au regard des instances en charge de la santé, et au vue des nombreuses critiques sur ses pratiques provenant de la quasi-totalité des associations trans, nous pouvons nous interroger sur la légitimité d'un tel texte à servir de référence en termes de standard de soins.

Sur le plan international, la World Professional Association for Transgender Health (WPATH) publie des standards de soins (SDS) pris en référence par la majorité des équipes « spécialisées », mais qui sont également décriés par bon nombre d'associations trans. Elles n'ont pas non plus de valeur juridique en France.

C- Des stratégies d'adaptation élaborées, ancrées dans l'informalité et l'empowerment

Un des principaux résultats de ces travaux a été la mise en évidence de stratégies d'adaptation développées en réaction à un accès aux soins complexes. Ces stratégies étaient dominées par les recours aux associations d'auto-support trans, souvent identifiées comme des références sur le plan médical et inscrites dans une logique d'autonomisation en santé.

Les mécanismes de défense employés individuellement sont retrouvés dans de nombreux textes de sociologie analysant les réactions à différentes formes de discrimination. Ainsi, dans une étude de 2013 conduite aux États-

Unis et traitant des réactions à la discrimination raciale (24), on retrouve les notions de « passer outre », « limiter les contacts », « encaisser ». Des sentiments d'humiliation et de colère face à ces discriminations sont également décrits. D'après Françoise Sironi (25), psychologue clinicienne et maître de conférence à Paris, ces attitudes peuvent être considérées à tort par des interlocuteur.rice.s comme des éléments de la « psychopathologie » des personnes concernées, alors qu'elles sont construites en réaction aux discriminations subies et n'existent pas de manière autonome.

Nous n'avons pas rencontré de personnes nous ayant confié avoir obtenu leur traitement hormonal sans ordonnance dans la rue, sur internet ou par des connaissances. Ces pratiques sont pourtant rapportées par de nombreux forums et associations, notamment sur le site d'auto-support Trans Grrrrls, fait « par des meufs trans, pour des meufs trans » (26). Dans ses travaux de thèse en cours portant sur les freins à l'accès aux soins en lien avec la transition médicale, A. Lorandau rapporte que sur 162 répondant.e.s, 11,11% racontent avoir obtenu leurs hormones sans ordonnance. Les principales raisons évoquées étaient la difficulté de trouver un.e professionnel.le de santé acceptant de les recevoir ou en ayant les compétences, et le choix de ne pas être intégré dans un parcours médical et/ou psychiatrisant.

Ces freins correspondent à ceux retrouvés dans notre étude. La volonté de partager avec des ami.e.s eux.elles-même sous traitement hormonal avant de rencontrer des médecins était également citée. Il n'existe pas à notre connaissance d'étude chiffrant ces pratiques, de plus probablement sous-estimées, du fait de leur illégalité.

Nous avons vu que le recours aux associations faisant de l'auto-support trans était une des réponses majeures aux difficultés d'accès aux soins, et de manière plus globale aux discriminations individuelles et institutionnelles subies quotidiennement par les personnes trans. Ces recours ont été largement décrits dans nos entretiens et correspondent aux stratégies mises en place par la majorité des personnes « minorisées » dans le monde, ce terme pouvant être traduit ici par « *l'assignation identitaire d'individus et de groupes à des traits qui peuvent être raciaux [...], culturels, genrés ou encore sexuels, association associée à une stigmatisation.* »(27).

La notion de « stress minoritaire » a également été retrouvée dans la littérature, correspondant au niveau de stress chronique auquel sont confrontés les membres de groupes minoritaires stigmatisés comme ici les personnes trans. Les causes sont dominées par les préjugés interpersonnels et la discrimination.

Dans une méta-analyse de 2009 (28), portant sur les discriminations perçues et la santé, il a été prouvé que ce stress chronique peut à terme avoir un impact négatif sur la santé physique et mentale des personnes concernées. Cette analyse suggère également que « le soutien social, les styles d'adaptation actifs et l'identification de groupe [sont] plus susceptibles de jouer un rôle de protection dans ces voies ». Le recours aux associations d'auto-support, rapporté dans nos entretiens pour faire face aux multiples inégalités en santé, serait donc susceptible de jouer un rôle protecteur sur la santé des individus.

Le terme d'auto-support désigne, d'après De Katz et Bender (D. N. Nurco, P. Stephenson et al., 1990), « *un regroupement de personnes volontaires, issues de la même catégorie sociale, [...] réunies dans le but de s'offrir une aide mutuelle et de réaliser des objectifs spécifiques : satisfaire des besoins communs, [...] résoudre un problème social auquel le groupe est confronté dans son ensemble* ». Un parallèle peut être fait entre les actions actuelles des

associations d'auto-support trans pour défendre leurs droits en santé rapportées dans notre étude, et les actions entreprises par Act Up-Paris pour la défense des usager.e.s séropositif.ve.s dans les années 1980-1990 (29).

Il semble important de rappeler ici quelques dates et faits historiques de la militance trans, afin de mieux comprendre leurs actions actuelles.

Un bref historique de la militance Trans en France :

Si l'émergence des mouvements militants trans en France semble ancrée dans les mouvements féministes et homosexuels, elle est aussi intimement liée à la création du « transsexualisme » comme entité médicale (30).

Dans leur ouvrage la TRANS-yclopédie (31), K. Espineira, M-Y Thomas et A. Alessandrin, membres de l'Observatoire des Transidentités (ODT), rappellent quelques notions clefs de la militance trans en France.

La naissance des mouvements associatifs a lieu juste après la seconde guerre mondiale. Initialement en regroupements peu visibles et marginalisés, elles deviennent progressivement des « interfaces d'action et de visibilité reconnues ».

A la fin des années 1970, la question trans est abordée sous l'angle de la maladie, ce que les associations nomment à présent *pathologisation* des identités trans. Des équipes hospitalières de prise en charge du « transsexualisme » se forment et établissent des protocoles de prise en charge. Si elles répondent initialement à une demande, elles font ultérieurement face à de nombreuses critiques émanant des associations et d'usager.e.s concernant les sélections arbitraires de « bon.ne.s » candidat.e.s à une transition médicale, ainsi que les complications post-opératoires jugées nombreuses.

Dans les années 2000, l'essor d'internet favorise la circulation de l'information et permet aux personnes de construire leur propre parcours de transition, potentiellement en-dehors de ces équipes hospitalières. Les forums et les blogs se généralisent, permettant le partage de retours d'expérience accessibles aux militant.e.s membres d'associations mais également aux autres usager.e.s. Internet favorise l'émulation collective, et on assiste à une multiplication des associations trans. Parmi elles, le Groupe Activiste Trans (GAT) radicalise la question trans et initie des interventions sur le modèles de celles d'Act-up Paris à travers notamment les actions publiques utilisant le corps comme outil de contestation. (32). Le GAT reste aujourd'hui un composant essentiel du paysage associatif trans.

Les associations Chrysalide (33) à Lyon et OUTrans (34) à Paris, se créent respectivement en 2007 et 2009.

A Rennes, où les personnes de cette étude ont majoritairement été rencontrées, il existe actuellement 3 associations faisant de l'auto-support trans : Ouest-Trans, créée en 2015, la seule fédérant uniquement des personnes trans (35), ISKIS et Commune Vision, deux associations LGBTI.

La plupart des associations (33,34,35,36) expriment des revendications similaires en termes d'accès aux soins et de suivi :

- La **dépsychiatisation des identités trans**, avec le retrait du DSM V et une reclassification non pathologisante dans la CIM 11.
- La **suppression des protocoles de soins, voire le démantèlement des équipes hospitalières** et la possibilité de choisir son parcours librement en choisissant les professionnel.le.s impliqué.e.s, les différentes étapes et leur ordre.

- **La réalisation d'études épidémiologiques** sur la santé des personnes trans afin d'améliorer les connaissances et l'accompagnement.

Ces revendications rejoignent celles exprimées par bon nombre des personnes rencontrées dans le cadre de notre étude. La réalisation d'études épidémiologiques n'avait pas été citée, probablement parce que ce point s'éloignait du sujet initialement abordé dans les entretiens.

Comme exemple d'actions entreprises par des associations trans visant à améliorer l'accès aux soins, nous pouvons citer l'association Chrysalide (Lyon) qui a publié en 2012 un Guide pratique sur l'accueil médical des personnes transidentitaires à destination des professionnel.le.s de santé (37), diffusé via les associations et certaines structures de soins. L'association Ouest-Trans a effectué en 2016 des démarches auprès de la CPAM d'Ille-et-Vilaine afin de définir les modalités d'élaboration des protocoles ALD dans le cadre des transidentités, afin qu'ils soient acceptés pour le plus grand nombre.

Ces démarches illustrent bien la notion d'*empowerment* retrouvée dans les résultats de cette étude. Le rôle de la médecine et des médecins semble limité dans ces espaces, où les personnes concernées, de manière individuelle et collective, se réapproprient le pouvoir d'agir sur leurs conditions de santé.

La dépsychiatisation des parcours et des identités trans est une attente majeure, tant dans nos résultats que dans les revendications des associations trans et de certain.e.s chercheur.se.s en sciences humaines, comme Françoise Sironi (38). Certain.e.s associations et universitaires, comme Tom Reucher, psychologue clinicien trans et cofondateur de l'Association du Syndrome de Benjamin (ASB), parlent également de « dépathologiser sans démedicalisation » (39). Il s'agirait de maintenir la classification des transidentités dans la Classification Internationale des Maladies (CIM), au même titre que la contraception et l'interruption volontaire de grossesse non pathologique, afin de maintenir la possibilité d'un accompagnement médical. Pour eux, la décision du remboursement des parcours serait alors à placer dans le champ politique.

La plupart des personnes rencontrées dans notre étude portaient cette revendication de dépsychiatisation, soit en la nommant ainsi, soit en remettant en question les évaluations psychiatriques obligatoires et nécessité de certificat. Néanmoins, certaines personnes rencontrées n'émettaient pas de critique vis à vis de ces pratiques. Il s'agit de disparités également retrouvées dans le monde associatif trans : certaines associations ne remettent pas en cause le suivi psychiatrique obligatoire en lui-même mais souhaitent qu'il soit plus souple.

Il semble cependant que ces formulations faites par les collectifs et associations trans concernant leurs attentes en termes de santé soient absentes dans les pratiques d'accompagnement et les centres décisionnels (40). Le rapport de l'IGAS, produit des recommandations en matière de soins qui restent éloignées des revendications associatives (41), avec notamment la production d'un référentiel sur les questions de psychiatrie mobilisant un collège de psychiatres « référent.e.s », soumis à discussion avec des associations prêtes à accepter le principe de l'évaluation par un.e psychiatre.

Les recours aux prises en charge à l'étranger concernaient dans cette étude principalement les chirurgies de réassignation sexuelle. En France, la seule manière d'avoir accès à une telle chirurgie est de passer par les équipes hospitalières de la SoFECT, il n'existe pas de chirurgien.n.e en-dehors pratiquant ce type d'opération. Leur obtention

est donc soumise à une évaluation psychiatrique systématique. Elle est comprise dans l'ALD et donc remboursée par la sécurité sociale.

D'après les chiffres de ces équipes, publiés dans le rapport de l'IGAS, en 2009 et 2010 en France il y a eu 154 opérations de réassignation sexuelle. Dans le même temps, 210 ont été référencées dans trois pays : Canada, Thaïlande, Belgique (4). Les principaux arguments avancés pour expliquer ces recours aux prises en charge à l'étranger sont la qualité des soins, les délais d'attente (parfois plus de trois ans en fonction des équipes en France) et l'évitement des équipes hospitalières. En revanche, le fait de partir à l'étranger ne dispensait pas d'un certificat psychiatrique, presque systématiquement demandé par les chirurgien.ne.s quelque soit leur pays d'exercice.

D- Des attentes concrètes centrées sur les qualités humaines, l'accueil et la formation

Les qualités humaines

Il existe peu de travaux centrés sur les attentes de personnes trans en médecine générale en-dehors de notre étude. Deux études en France abordent ce thème: une thèse d'éthique médicale (20) et une thèse de médecine générale (19), dont les résultats sont similaires à ceux retrouvés dans nos travaux. Les qualités humaines attendues comme l'écoute, la bienveillance, le non-jugement et l'empathie, faisaient le socle d'une relation respectueuse. Elles correspondent aux attentes exprimées majoritairement dans la population générale (42) et ne font pas appel à une quelconque formation spécifique, mais sont théoriquement accessibles à tou.te.s.

La recherche du consentement dans les soins était également souvent citée et pouvait constituer un rempart contre une éventuelle maltraitance médicale. Comme le rappelle l'article L-1111-4 du Code de la santé publique, « *Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment* ». La prise de conscience de sa posture ainsi que des représentations propres au.à la soignant.e était un levier important de l'amélioration des rapports, et donc de la qualité des soins. Une des solutions permettant de développer ces qualités peut être la participation à des groupes de réflexion sur la relation soignant.e/soigné.e par exemple (groupes Ballint, groupes de pairs).

Questionner les représentations sur les personnes trans dans la société en général et chez les soignant.e.s en particulier pourrait également passer par la remise en question du traitement médiatique délétère dont les personnes trans sont souvent victimes (31).

Finalement, les attentes vis à vis des médecins généralistes étaient assez simples, centrées sur le respect et la prise en compte de la réalité de l'autre. Le manque de formation spécifique pouvait même passer au second plan, pour peu que le.la soignant.e ait, en plus de ces qualités humaines, la capacité de remettre en question sa posture et ses pratiques.

La formation spécifique

Des attentes en termes de sensibilisation et de formation des soignant.e.s aux questions spécifiques des transidentité étaient formulées, en accord avec les résultats d'études internationales et à l'étranger (7,8,11) faisant état d'un réel manque en la matière. Dans le rapport de l'IGAS, la recommandation n°19 préconise la mise en place de

modules sur « l'identité de genre et la prise en charge du transsexualisme » dans la formation continue de certain.e.s professionnel.le.s (4). Depuis 2013, il existe un DIU unique intitulé « Prise en charge de la transidentité » proposé par la SoFECT (43), et donc élaboré au sein des équipes hospitalières françaises. Son contenu est largement remis en question par la plupart des associations.

En-dehors des facultés de médecine, certaines associations d'auto-support et de collaboration entre soignant.e.s et personnes trans ont développé des formations sur les sujets de l'accueil, de l'accompagnement et des parcours de transition qui sont proposé.e.s aux professionnel.le.s de santé intéressé.e.s. Les associations Ouest-Trans, OUTrans et Chrysalide en organisent chaque année. L'Observatoire des Transidentités propose régulièrement des articles rédigés « par des Trans pour des Trans » mais également du contenu destiné aux professionnel.le.s de santé, ainsi que les résultats d'études épidémiologiques (18).

L'ajout effectif d'un module de formation dans les facultés de médecine, en lien avec les associations ayant déjà développé des programmes spécifiques, pourrait être une solution à envisager.

L'accueil

Les modalités d'accueil en structure de soins sont apparues dans ces travaux comme un élément essentiel de l'accès aux soins. Des déterminants qualitatifs d'un accueil réussi ont été identifiés. Ils rejoignent les revendications de nombreuses associations trans françaises (34,35,36,37).

La mise en place d'outils permettant de concrétiser cet accueil bienveillant, facile à mettre en place en structure de soins, semble indispensable tant cet accueil a un impact sur la prise en charge. Les items à aborder sont :

- La formation du.de la secrétaire ;
- l'acquisition d'un logiciel permettant l'usage d'un prénom et d'un genre différents de ceux mentionnés sur la carte vitale ;
- un appel en salle d'attente non genré, ou adapté au genre exprimé par la personne.

Certain.e.s soignant.e.s en-dehors de cette étude ont rapporté utiliser des cartes à jouer ou bien des objets (formes en bois, figurines) qu'ils.elles distribuaient à leurs patient.e.s en salle d'attente. Ces objets servaient ensuite à l'appel par le.la médecin, ce qui permettait de contourner la question de l'identité genrée.

La lecture du guide proposé par l'association Chrysalide semble être un bon point de départ pour initier une réflexion en termes d'accueil.

E- La place des médecins généralistes dans les parcours de transition

En France, les personnes trans qui obtiennent des hormones par ordonnance se les procurent d'une des trois façons suivantes : d'un.e médecin généraliste, d'un.e médecin spécialiste libéral.e (endocrinologue, gynécologue) ou via une équipe hospitalière.

La place du.de la médecin généraliste en tant que prescripteur.rice de traitements hormonaux et dans l'organisation du suivi de la transition a été encadrée dans le rapport de l'IGAS (4). Il est proposé de qualifier des réseaux de professionnel.le.s de santé sur le territoire, composés de spécialistes et de médecins généralistes, afin de répondre aux demandes de transitions médicales et d'améliorer l'accès aux soins. S'il n'existe pas à ce jour de programme

officiel encadrant ce type de pratique, de tels réseaux semblent s'être formés dans certaines villes de France de manière informelle (Lille, Grenoble, Rennes).

La question des attentes des personnes trans en termes de place du médecin généraliste dans les parcours de transition a été abordée dans une seule autre étude à notre connaissance, celle de L. Girard (2013), avec des résultats mitigés. Si en général les médecins traitant.e.s étaient informé.e.s du parcours de transition, certaines personnes estimaient qu'il.elle n'avait rien à voir avec ce parcours. Le.la médecin généraliste n'était pas identifié.e comme ayant un rôle propre dans le parcours de transition, son rôle se limitant souvent à faire la demande d'ALD (20).

Dans notre étude, le médecin traitant pouvait être au centre de l'accompagnement et être en charge de la prescription d'un traitement hormonal. De ce fait, certains freins à l'accès aux soins identifiés dans la première partie de ces travaux, comme les aspects financiers, démographiques et les délais d'obtention de rendez-vous, pouvaient être réduits voire supprimés.

Au Québec, les médecins généralistes sont identifiés comme les plus « dûment qualifiés et favorablement disposés » à prescrire des hormones (44). Il n'est pas rare que les généralistes aient la responsabilité de l'initiation de traitements hormonaux, dans l'optique d'un meilleur accès aux soins. Un document intitulé « Je m'engage », et publié avec l'aide financière de l'Agence de Santé Publique du Canada, détaille ces dispositions.

En France, ces pratiques se développent depuis plusieurs années, notamment au sein de structures de santé associant personnes trans, associations et soignant.e.s, comme l'espace Santé Trans (EST) à Paris (8), la Maison Dispersée de Santé à Lille, ou le planning Familial 38 avec l'association RITA à Grenoble. A Rennes depuis 2018 s'est également créé un réseau de santé trans (le ReST), promouvant un travail avec et pour les personnes concernées sur des questions de santé. Il n'existe pas de réseau de soins à l'échelle nationale.

F - Vers un accès aux soins plus égalitaire ?

La gestion des questions de santé concernant les personnes trans n'est donc pas l'apanage du monde médical, la réappropriation de ces questions par les individus et les associations étant une réalité retrouvée à la fois dans nos travaux et dans la littérature.

Depuis quelques années, des avancées en termes d'accès aux soins et de prise en compte des revendications des personnes trans ont lieu. Des réseaux de soins alliant professionnel.le.s de santé et associations se créent (Paris, Lille, Grenoble, Rennes), permettant la réalisation de parcours de transition plus souples. Les procédures administratives se simplifient (CEC, ALD). Ces améliorations, si elles existent bien sur le plan théorique, semblent cependant nécessiter au quotidien une vigilance de terrain accrue. L'étude d'A. Lorandau rapporte des demandes d'ALD refusées au motif que la preuve d'un suivi pluridisciplinaire comprenant un.e psychiatre n'était pas faite, alors qu'il n'existe aucune obligation légale d'un tel suivi. Actuellement, ces manquements à la loi sont relevés majoritairement pas les associations d'auto-support et les réseaux de soin, mais il n'existe pas de véritable plan national visant à les supprimer.

Il semble que sans une réelle volonté politique et institutionnelle de sortir les identités trans du champ de la psychiatrie, les voix des personnes concernées continueront d'être marginalisées et les capacités décisionnelles des individus niées, entretenant, entre autre, des inégalités sociales de santé.

CONCLUSION

Cette étude renseigne sur les stratégies d'adaptation mises en place par les personnes trans pour pallier un accès aux soins inégalitaire, centrées sur l'expérience associative et l'autonomisation en santé. Elle développe également les attentes des personnes concernées en termes d'accueil et de relation de soin, de libre choix des parcours spécifiques, et de place des médecins généralistes dans ces parcours.

La sortie des identités trans du champ des pathologies psychiatriques, au cœur des revendications, est un prérequis obligatoire à la prise en compte des voix des personnes concernées.

Ces travaux soulignent également le fait que les qualités humaines priment sur la formation dans les attentes des personnes trans vis à vis des soignant.e.s. L'accès à des espaces de remise en questions des postures soignant.e.s et des représentations peut dès lors aider à cultiver ces qualités et participer à améliorer l'accompagnement.

Le champ de la formation spécifique, si elle passe ici au second plan, reste néanmoins importante à travailler. Des sensibilisations et formations pensées par les associations d'auto-support, pour les professionnel.le.s de santé existent et attendent d'être investies.

Un exemple de recommandations en termes d'accueil est présenté dans le guide de l'association Chrysalide, disponible en ligne gratuitement. Il détaille les modalités d'accueil pendant le temps du secrétariat, et en consultation.

Enfin, les attentes en termes de place du.de la médecin généraliste dans les parcours de transition ont été questionnées dans ces travaux. Même si le.la médecin traitant.e n'est pas systématiquement identifié.e comme acteur.ice principale des parcours de transition, pouvoir y avoir recours en termes de suivi et/ou d'initiation d'un traitement hormonal notamment lorsqu'il.elle fait partie d'un réseau de santé trans reste une attente récurrente. S'inspirer de ce qui se fait ailleurs en terme d'intégration du médecin traitant, comme au Québec par exemple, pourrait être une première étape vers un accompagnement de meilleur qualité.

Enfin, et dans le but de compléter ce travail, il serait intéressant d'étudier les freins et les attentes de médecins généralistes au suivi de personnes trans, tant dans les soins primaires qu'au cours des parcours de transition.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Lexique – OUTrans – Association féministe d'autosupport trans à Paris [Internet]. [cité 9 avr 2019]. Disponible sur: <https://outrans.org/ressources/lexique-outransien/>
- (2) Zaganiaris J. Karine Espineira, Médiacultures : la transidentité en télévision. Une recherche menée sur un corpus à l'ina (1946-2010). Paris, Éd. L'Harmattan, coll. Logiques sociales, série Sociologie du genre, 2015, 227 pages. Questions de communication. 31 déc 2015;(28):356-7.
- (3) Les expressions à éviter à propos de la transidentité – La vie en queer [Internet]. [cité 9 avr 2019]. Disponible sur: <https://lavieenqueer.wordpress.com/2018/06/02/les-expressions-a-eviter-a-propos-de-la-transidentite/>
- (4) Hayet Zeggar, Muriel Dahan. Evaluation des conditions de prise en charge médicale et sociale des personnes trans et du transsexualisme [Internet]. IGAS; 2011. Report No.: RM2011-197P. Disponible sur: <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000209.pdf>
- (5) INSTITUT RENAUDOT | Santé communautaire [Internet]. [cité 9 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.institut-renaudot.fr/>
- (6) All. SoFECT - Société Française d'Etudes et de prise en Charge de la Transidentité [Internet]. [cité 9 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.sofect.fr/accueil.html>
- (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
- (10) INPES - ISS: Qu'est-ce qui détermine notre état de santé? [Internet]. [cité 9 avr 2019]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/ISS/determinants-sante.asp>

- (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) 4950_NAKAD_these.pdf [En ligne]. [cité le 6 avr 2019]. Disponible: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4950_NAKAD_these.pdf
- (15) WPATH. Standards de Soins pour la santé des personnes transsexuelles, transgenres et de genre non-conforme - 7ème version [Internet]. 2013. Disponible sur: https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_French.pdf
- (16) Information Transgenre | Chiffres | [Internet]. [cité 9 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.infotransgenre.be/f/presse/chiffres/>
- (17) Giami A. Identifier et classer les trans : entre psychiatrie, épidémiologie et associations d'usagers. L'information psychiatrique. 2011;87(4):269.
- (18) Espineira K, Alessandrin A. La Transphobie [Internet]. 2014 [cité 5 nov 2019]. Disponible sur: http://mediatheque.lecrips.net/doc_num.php?explnum_id=49063
- (19) Garnier M, Ollivier S. En dehors du parcours de transition, quelles sont les spécificités de la demande de soin en médecine générale des patient.e.s transidentitaires? [Internet]. 2018 [cité 12 nov 2019]. Disponible sur: [file:///C:/Users/utilisateur/Downloads/THm_2018_GARNIER_Maud_et_OLLIVIER_Sarah%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/utilisateur/Downloads/THm_2018_GARNIER_Maud_et_OLLIVIER_Sarah%20(1).pdf)
- (20) 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>
- (21) Article 41 - Mutilation | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 2 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-41-mutilation-265>
- (22) HAS. Situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge médicale du transsexualisme en France [Internet]. 2009 nov [cité 6 sept 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-12/rapport_transsexualisme.pdf

- (23) Charte de la SoFECT [Internet]. 2015 [cité 4 avr 2019]. Disponible sur: <file:///C:/Users/utilisateur/Downloads/telechargez-la-charte-de-la-sofect-programme-des-soins-lp353.pdf>
- (24) Lamont M, Welburn JS, Fleming CM. Réactions à la discrimination raciale et résilience sociale dans le contexte néolibéral aux États-Unis. Informations sociales. 20 août 2013;n° 177(3):76-84.
- (25) [En ligne] Françoise Sironi. Maltraitance théorique et enjeux contemporains de la psychologie clinique. . <http://www.ethnopsychiatrie.net/actu/maltraitance.htm> . Consulté le 4 Novembre 2019.
- (26) Trans Grrrls. Accès aux hormones féminisantes en France [Internet]. Trans Grrrrls. 2018 [cité 9 avr 2019]. Disponible sur: <https://transgrrrls.wordpress.com/2018/08/03/acces-aux-hormones-feminisantes-en-france/>
- (27) Chassain A, Clochec P, Le Meur C, Lenormand M, Trégan M. Approches expérientielles du fait minoritaire. 2016;(30):7.
- (28) Pascoe EA, Richman LS. Perceived Discrimination and Health: A Meta-Analytic Review. Psychol Bull. Juill 2009;135(4):531-54.
- (29) Un peu d'histoire - Act-Up-Paris [Internet]. [cité 9 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.actupparis.org/lassociation/historique/>
- (30) Alessandrin A. Du « transsexualisme » aux devenirs Trans [Internet]. Bordeaux Segalen; 2012 [cité 4 avr 2019]. Disponible sur: <file:///C:/Users/utilisateur/Desktop/Th%C3%A8se%20d'Arnaud%20Alessandrin.pdf>
- (31) Espineira K, Thomas MY, Alessandrin A. La Transcyclopédie : tout savoir sur les transidentités – Observatoire Des Transidentités [En ligne]. [cité le 7 avr 2019]. Disponible: <https://www.observatoire-des-transidentites.com/article-la-transcyclopedie-tout-savoir-sur-les-transidentites-112990218/>
- (32) GAT. Communiqué de presse du GAT [Internet]. 2004 [cité 4 avr 2019]. Disponible sur: http://bistouriouioui.free.fr/16dec04/CP_halde.PDF
- (33) Chrysalide [Internet]. [cité 9 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.centrelgbtilyon.org/annuaire/sites-recommandes/chrysalide.html>
- (34) OUtans – Association féministe d'autosupport trans à Paris – Entraide pour les personnes trans et/ou en questionnement, par des personnes trans : groupes de parole, formations, documentation... [Internet]. [cité 9 avr 2019]. Disponible sur: <https://outrans.org/>
- (35) Ouest-Trans [Internet]. Ouest-Trans. [cité 9 avr 2019]. Disponible sur: <https://ouesttrans.wixsite.com/ouesttrans>

- (36) CLAR-T | HelloAsso [Internet]. [cité 9 avr 2019].
Disponible sur: <https://www.helloasso.com/associations/clar-t>
- (37) Chrysalide. L'accueil médical des personnes transidentitaires [Internet]. 2012 [cité 4 avr 2019]. Disponible sur: <http://chrysalidelyon.free.fr/fichiers/doc/Chrysalide-Guide5.pdf>
- (38) Sironi F. Psychologie(s) des transsexuels et des transgenres. Odile Jacob; 2011.
- (39) Reucher Tom, «Depsychiatriser sans demédicaliser, une solution pragmatique», in L'Information psychiatrique, 2011, Volume 87, n° 4, pp: 295-299.
- (40) Thomas M-Y, Espineira K, Alessandrin A. De la militance trans à la transmission des savoirs : la place du sujet trans dans le lien social. Le sujet dans la cite. 2013;N° 4(2):132-43.
- (41) Revendications – OUTrans – Association féministe d'autosupport trans à Paris [Internet]. [cité 9 avr 2019].
Disponible sur: <https://outrans.org/lassociation/revendications/>
- (42) [En ligne] Attye M. État des lieux de l'attente des patients de médecine générale en matière d'éducation pour la santé: étude qualitative par entretiens individuels semi-directifs en sortie de consultation. :57. HAL Id : dumas 01488193. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01488193/document>
- (43) All. Diplôme Inter-Universitaire de prise en charge de la Transidentité [Internet]. [cité 9 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.sofect.fr/diu.html>
- (44) Santetranshealth. Je m'engage - Un manuel pour les professionnels en santé et services sociaux qui travaillent avec des personnes trans [Internet]. 2015 [cité 4 avr 2019]. Disponible sur: <file:///C:/Users/utilisateur/Downloads/ci-047.pdf>
- (45) Rapport du groupe santé PREOS. Vers l'égalité des chances en matière de santé pour les personnes LGBT: le rôle du système de santé [Internet]. Suisse; Disponible sur: https://www.npg-rsp.ch/fileadmin/npg-rsp/Themen/Fachthemen/Preos_2012_LGBT.pdf

ANNEXE 1 – Prospectus diffusé pour le recrutement

Bonjour,

Nous sommes Marion et Ellie, 2 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 pourrons 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, 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

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 ce temps.

ANNEXE 3 – Formulaire de consentement

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.

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

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, 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** ». Il 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 « Psychologie des transsexuels et des transgenres ».

A partir du XVIIIème 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 (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 (44). 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 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.

CAROFF, Marion. Expériences et attentes de personnes trans en médecine générale : Seconde partie : les stratégies d'adaptation et les attentes. 54 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 de 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 semblaient 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. Même s'il existe un réel manque de formation des soignant.e.s aux spécificités trans, une prise en charge de qualité est principalement associée à un accueil et à une relation soignant.e-soigné.e satisfaisante. 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.

Résumé anglais 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

Asseseurs :

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