



HAL
open science

La relation médecin-patient dans la construction identitaire de patients trans : étude qualitative auprès de patients et leurs médecins généralistes

Lise Tecquert

► To cite this version:

Lise Tecquert. La relation médecin-patient dans la construction identitaire de patients trans : étude qualitative auprès de patients et leurs médecins généralistes. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03435708

HAL Id: dumas-03435708

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03435708>

Submitted on 18 Nov 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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

SOUTENANCE A CRÉTEIL
UNIVERSITÉ PARIS EST CRÉTEIL
FACULTÉ DE SANTÉ DE CRÉTEIL

ANNÉE 2021

N°

THÈSE
POUR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE
Discipline : Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement le : .././2021

à : CRÉTEIL (PARIS EST CRÉTEIL)

Par Mme TECQUERT Lise

Née le à TOUL

**TITRE : LA RELATION MEDECIN-PATIENT DANS LA CONSTRUCTION
IDENTITAIRE DE PATIENTS TRANS : ETUDE QUALITATIVE AUPRES DE PATIENTS
ET LEURS MEDECINS GENERALISTES**

DIRECTEUR DE THÈSE :
Mme MOSCOVA Laura

LE CONSERVATEUR DE LA
BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE

**Cachet de la bibliothèque
universitaire**



UNIVERSITE PARIS-EST CRETEIL
BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE
FACULTE DE MEDECINE
8, rue du Général Sarrail
94010 CRETEIL CEDEX
Tél. 01 49 81 36 07

REMERCIEMENTS

Au Département de Médecine Générale de Créteil, de m'avoir formée, de m'avoir valorisée, et de m'avoir permis de prendre confiance en moi.

A Laura Moscova, pour son regard bienveillant depuis les prémices de ce travail, son implication à toute épreuve, ses encouragements constants, pour sa confiance en moi, et pour son amitié.

A Florence Adeline-Duflot, pour le modèle de médecin généraliste qu'elle représente, pour tout ce que j'ai appris à ses côtés, et pour son regard bienveillant et valorisant.

A Christian Dumay, pour son partage de connaissances, sa supervision bienveillante et sa confiance.

A l'équipe du Centre de Planification et d'Education Familiale de Boissy-St-Léger et notamment à Stéphanie Dufrêne, de m'avoir appris tout ce que je sais en gynécologie, pour leur bonne humeur et pour les séances de natation.

A l'équipe des urgences de Lariboisière, pour leur supervision bienveillante qui m'a tant apporté en début d'internat.

A l'équipe de gériatrie aiguë de l'hôpital Casanova, pour leur gentillesse et leur bonne humeur.

A l'équipe du Pôle Pluri-Professionnel Universitaire de Santé de Coulommiers que je suis heureuse de rejoindre, pour leur bonne humeur et leur soutien.

A Maxime, pour son amour et son soutien en toutes circonstances, malgré mon irritabilité chronique et mon manque de disponibilité.

A mes parents, Nathalie et Pascal, pour mon enfance heureuse, pour leur amour inconditionnel et leur soutien dans ces années d'études difficiles.

A ma grande sœur adorée Marion, et mon petit frère chéri Josselin, pour leur soutien malgré les disputes, pour leur vision du monde plus littéraire et artistique qui m'ouvre des horizons.

A Laurent et Elise, pour leur présence réconfortante tout au long de cette année.

A ma grand-mère Marie-Madeleine, pour l'histoire de la petite poule, pour nos débats et nos rigolades.

A mon grand-père Paul, pour ses bons mots qui ont su soigner mon syndrome de l'imposteur après ma première année de médecine.

A ma grande famille : les Tecquert, les Leduc, les Fremont, les Pichard, les Mangin, les Harmand, les Louessard, les Dossant-Bedel, les Jahangard et les Marie, pour les vacances, pour les Noël, pour les débats, pour les rires, pour les jeux, pour les randonnées, pour tous nos souvenirs partagés.

A Johan, pour son amitié, pour ses encouragements tout au long de mes études, à commencer par ses messages quotidiens lors de ma première année, qui m'ont permis de tenir et de réussir.

A Julie, pour son amitié, son soutien constant, pour sa confiance, et pour son indulgence face à une amie peu disponible.

A Auriane, pour son amitié, pour les révisions de l'ECN, pour les propositions de sorties, les soirées jeux et les fous rires.

A Adil, pour son amitié, pour son rire communicatif, pour son soutien face à mon stress (et à mes somatisations).

A Clara, Dorianne, Isabelle, Tatiana et Vivien, pour leur amitié, leur soutien, les rigolades et les jeux.

A mes amis rencontrés en Erasmus, et notamment à Audrey et Maria, mes deux plus belles rencontres de cette année magique.

A Agathe, Aurélie, Hassina, Morgane, Nelly, pour votre bonne humeur, nos « dernier lundi du mois » remplis de confidences et de rires.

A mes premiers cointernes, Andrea, Dany, Eva, Gaston, Hugo, Maxime, Mika, Priscilia, Quentin, Sorya, Umay, pour la solidarité et la bonne humeur de notre équipe.

TABLE DES MATIERES

GLOSSAIRE	6
INTRODUCTION	7
METHODE	12
RESULTATS	15
CONSTITUTION DE L'ECHANTILLON	15
CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON	16
I- UN CHOIX PRECAUTIONNEUX DU MEDECIN GENERALISTE DANS UN CONTEXTE DE DIFFICULTES D'ACCES AUX SOINS	18
1) <i>Une difficulté d'accès aux soins majorée par la transidentité</i>	18
2) <i>Une réticence à s'ouvrir au médecin généraliste, en raison d'une méfiance et d'une appréhension</i> 20	
3) <i>Un choix précautionneux et un test préalable du médecin généraliste</i>	22
II- DES ATTENTES DE MEDECINE GENERALE « CLASSIQUE » ET D'APPROCHE GLOBALE, DIFFICILES A METTRE EN ŒUVRE	24
1) <i>Des attentes de médecine générale « classique »</i>	24
2) <i>Une volonté d'approche globale chez les médecins généralistes</i>	26
3) <i>Des difficultés psychologiques peu rapportées par les médecins généralistes</i>	27
4) <i>Un contexte social peu décrit par les médecins généralistes, sauf dans le cas du médecin de famille</i> 29	
III- UNE VISION DIFFERENTE DE LA TRANSITION	31
1) <i>Une description de la transition très biomédicale chez les médecins généralistes</i>	32
2) <i>Une composante émotionnelle forte de certaines étapes de transition pour les patients, peu</i> <i>abordée par les médecins généralistes</i>	33
3) <i>Un langage différent autour de la cinétique de transition</i>	34
4) <i>Un questionnement identitaire continu et progressif</i>	36
IV- DES PATIENTS-EXPERTS, COORDINATEURS DU PARCOURS DE SOIN	38
1) <i>Le milieu associatif, un acteur complémentaire du parcours de transition</i>	38
2) <i>Une expertise du patient qui favorise un partenariat avec le médecin généraliste</i>	40
3) <i>Une coordination du parcours de soin effectuée par le patient</i>	42
V- UN ROLE MODESTE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LA TRANSITION	44
1) <i>La demande ALD, le rôle principal du médecin généraliste dans la transition</i>	45
2) <i>Une gestion de l'hormonothérapie par le médecin généraliste possible mais pas toujours</i> <i>souhaitée</i>	47
3) <i>Des difficultés freinant la prise en charge des patients trans</i>	48
4) <i>Des difficultés communes pour aborder la sexualité malgré son importance et son utilité</i>	50
DISCUSSION	53
CONCLUSION	61
BIBLIOGRAPHIE	63
ANNEXE 1 – GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES PATIENTS	66
ANNEXE 2 – GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES MEDECINS	68

FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1 - Diagramme de flux	16
Tableau 1 - Caractéristiques des patients de l'échantillon	17
Tableau 2 - Caractéristiques des médecins de l'échantillon	18

GLOSSAIRE

ALD : Affection Longue Durée.

CIM : Classification Internationale des Maladies selon l'OMS.

Cisgenre, Cis : adjectif désignant les personnes dont le genre est en accord avec le sexe assigné à la naissance.

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders, ouvrage de référence de l'Association américaine de psychiatrie.

Dysphorie de genre : détresse causée par la discordance entre l'identité de genre d'une personne et son sexe d'assignation à la naissance.

HAS : Haute Autorité de Santé.

Identité de genre : sentiment intrinsèque d'être un homme, une femme ou d'un genre alternatif.

Incongruence de genre : inadéquation entre l'identité ressentie et le sexe assigné à la naissance.

Intersexe : adjectif désignant les personnes ayant des caractères sexuels primaires ou secondaires ne correspondant pas aux définitions binaires de corps féminins ou masculins.

Mégenrage : utilisation d'un genre dans lequel une personne ne se reconnaît pas, en lui parlant.

Non-binaire : adjectif désignant les personnes ne se reconnaissant pas dans une conception binaire des genres (masculin ou féminin).

SOFECT : Société Française pour l'Etude et la prise en Charge de la Transidentité.

Transgenre, Trans : adjectif le plus inclusif désignant un groupe varié d'individus exprimant un genre différent du sexe assigné à la naissance.

Transidentité : identité de genre non-conforme au sexe assigné à la naissance.

Transition : période pendant laquelle les individus passent d'une expression de genre à une autre expression de genre.

Transsexualisme : terme usité pour désigner la transidentité. Teinté de psychiatrisation, il n'est plus utilisé aujourd'hui.

WPATH : World Professional Association for Transgender Health, association mondiale des professionnels en santé transgenre.

INTRODUCTION

D'après la WPATH, l'identité de genre est le sentiment intrinsèque d'être un homme, une femme, ou d'un genre alternatif (24). Ce sentiment intrinsèque est le plus souvent en accord avec le sexe assigné à la naissance. Néanmoins, certaines personnes s'identifient avec un genre différent de leur assignation. De nombreux termes ont été utilisés au cours de l'histoire pour désigner les personnes porteuses d'une identité de genre « trans », différente de leur sexe d'assignation. Les transidentités ont longtemps été confondues avec l'homosexualité. En 1953, Harry Benjamin crée la catégorie nosographique du « transsexualisme », dont s'emparent progressivement les psychiatres. Le « transsexualisme » apparaît dans la CIM-9 en 1975 parmi « les perversions sexuelles », puis dans le DSM-III en 1987 et dans la CIM-10 en 1990 parmi les « troubles de l'identité sexuelle ».

En France, la Sécurité sociale valide le premier protocole de « changement de sexe » en 1981. La prise en charge médicale du « transsexualisme » repose alors sur trois spécialistes : le psychiatre diagnostique le trouble, tandis que l'endocrinologue et le chirurgien le soignent. En 2009, le Ministère de la Santé annonce que la prise en charge du « transsexualisme » se fera désormais au titre de l'ALD 31 (hors liste) au lieu de l'ALD 23 (affection psychiatrique), envoyant un premier signal en faveur d'une dépsychiatisation des transidentités.

A partir des années 2000 et de la révision du DSM-IV, les « troubles de l'identité sexuelle » se transforment peu à peu en « troubles de l'identité de genre », à la faveur des débats autour des études de genre. Les discussions autour du DSM-V, paru en 2013, font émerger deux cadres nosologiques possibles : la dysphorie de genre et l'incongruence de genre (12). L'incongruence de genre décrit l'inadéquation entre l'identité ressentie et le genre assigné à la naissance. La dysphorie de genre correspond à la souffrance associée à la non-conformité de genre. Le DSM-V adopte finalement la dysphorie de genre, malgré les discours associatifs signalant que la souffrance des personnes trans

n'est pas une constante, et qu'elle provient de la transphobie sociétale et non de leur condition. Le choix de maintenir une dimension psychiatrique avec la dysphorie de genre viendrait néanmoins justifier la nécessité de la prise en charge financière des traitements médicaux et chirurgicaux lorsqu'ils sont souhaités (1).

En 2019, la CIM-11 place l'incongruence de genre parmi les problèmes relatifs à la santé sexuelle, officialisant ainsi la dépsychiatisation dans la classification médicale des transidentités.

Si la dépsychiatisation des transidentités est actée en théorie, la psychiatrie est encore bien présente dans la pratique des parcours de transition. En 2010, la SOFECT est créée en réponse au rapport HAS de 2009 (15) préconisant la création d'une équipe pluridisciplinaire pour la prise en charge des patients trans. Elle formalise le parcours de transition de façon protocolisée : expérience en vie réelle, puis hormonothérapie, puis chirurgie. Le psychiatre est inscrit au centre de la prise en charge, puisque c'est lui qui confirme le diagnostic de dysphorie de genre, nécessaire pour accéder à une transition médicalisée. Au-delà de la dimension psychiatisante, les personnes trans ne se reconnaissent pas toujours dans le cadre très formalisé qu'offre la SOFECT, et cherchent des prises en charge alternatives (19). En effet, les associations militent pour la reconnaissance non pas d'une transition, mais de transitions plurielles, correspondant à une diversité d'individus avec leurs attentes et besoins propres. Cette demande de la part des personnes trans est une demande d'approche globale et trouve écho dans les compétences du spécialiste de Médecine Générale.

Au-delà de leur parcours de transition, les personnes trans sont amenées à consulter pour les mêmes motifs de premier recours que la population générale (11). Néanmoins, la prévalence de certains problèmes de santé est différente chez ces patients : ils présentent plus fréquemment une souffrance psychologique, avec des idées suicidaires et des tentatives de suicide plus

fréquentes que la population générale ; la prévalence du VIH est plus importante ; la consommation d'alcool et de drogues est plus importante (17).

Le nombre de personnes trans en France est mal connu. En 2009, la HAS (15) évaluait la prévalence du « transsexualisme » entre 2 et 10 pour 100000 (entre 0,002% et 0,01%). Une méta-analyse de 2016 (7) s'est intéressée à la prévalence des transidentités. Elle rapporte que les estimations varient grandement en fonction de la méthode utilisée dans les études, ce qui n'a pas permis d'établir des chiffres fiables de prévalence, mais a pu montrer certaines tendances. Ainsi, les études portant sur les chiffres des prises en charge médicales des transidentités estiment une prévalence entre 1 et 30 pour 100000 (entre 0,001% et 0,03%), tout en reconnaissant qu'il s'agit d'une estimation basse de la prévalence réelle, puisque toutes les personnes trans ne sont pas prises en charge médicalement. Les études quantifiant les transidentités par auto-déclaration estiment une proportion de 100 à 700 pour 100000 (entre 0,1% et 0,7%). Dans son rapport d'analyse prospective de 2020 intitulé « Sexe, genre et santé » (14), la HAS indique une probable proportion de 0,5 à 2%, à laquelle s'ajoute une proportion de 1,7% de personnes intersexes.

Dans la pratique, les médecins généralistes sont rarement confrontés aux personnes trans : les patients trans renoncent fréquemment aux soins (5), ou consultent dans des structures spécialisées connaissant bien leur problématique ; d'autres ne révèlent pas forcément leur transidentité à leur médecin. Néanmoins, les estimations de la proportion de personnes trans dans la population étant à la hausse, il est probable que les médecins généralistes, en tant que médecins de premier recours, seront de plus en plus confrontés aux transidentités.

Deux thèses qualitatives (2) (6) se sont intéressées au point de vue des patients trans sur le rôle du médecin généraliste dans leur accompagnement. Ces thèses ont laissé voir une relation conflictuelle des patients trans avec le corps médical dans son ensemble, entraînant une difficulté de recours aux soins.

Cette relation conflictuelle passait par des représentations parfois contraires sur la santé, les transidentités, et parfois par un rejet de la part du professionnel de santé s'estimant incompetent pour les aider. Les patients rapportaient le besoin d'un médecin coordinateur du parcours de soins, bienveillant, à l'écoute, privilégiant une approche centrée patient.

Il existe peu de données sur le point de vue du médecin généraliste dans la prise en charge de patients trans. Une thèse quantitative (8) a montré que les médecins généralistes interrogés étaient plutôt intégrés dans la prise en charge de leurs patients trans, mais avaient la volonté d'une meilleure intégration. D'autre part, une thèse qualitative (23) auprès de médecins généralistes a montré la difficulté d'aborder la question de l'orientation sexuelle et l'identité de genre en consultation à cause de différents freins (notamment les craintes et les représentations des médecins vis-à-vis des patients sur les questions d'intimité), bien que ces questions fassent partie intégrante de leur mission pour la plupart des médecins généralistes.

Le partenariat entre médecin généraliste et patient trans semble donc difficile à établir, malgré des attentes de patients compatibles avec les compétences du médecin généraliste au regard des champs de la marguerite des compétences (18).

Il semble intéressant de mettre en regard le point de vue de personnes trans et de leur médecin généraliste sur leur expérience commune, afin de mieux comprendre cette difficulté, et d'apporter des pistes pour l'amélioration de l'accompagnement de cette population.

L'objectif principal de cette thèse était de comprendre les expériences de médecins généralistes et de leurs patients trans, face à la construction de l'identité de genre.

Les hypothèses préliminaires de ce travail concernaient le rôle du médecin généraliste, les freins au partenariat entre médecins généralistes et patients trans, et les bénéfices de ce partenariat.

Ainsi, l'accompagnement dans la construction de l'identité de genre ferait partie des missions du médecin généraliste.

La question de l'identité de genre serait difficile à aborder pour les médecins généralistes, devant un manque de formation sur le sujet et devant une crainte de l'intrusion face au patient.

L'identité de genre relèverait d'une perception intime, qui pourrait être difficile à exprimer auprès des médecins généralistes pour les personnes trans.

La relation antérieure avec le médecin pourrait être facilitatrice dans certains cas, le patient se sentant en confiance, mais pourrait également revêtir un caractère de « coming-out » en cas de suivi antérieur ancien, avec la crainte d'un changement de regard du médecin sur le patient.

Le statut de médecin de famille du médecin généraliste pourrait également freiner l'abord de la question par le patient.

Enfin, il était supposé que ces différents freins rendraient difficile la création d'un partenariat entre médecin généraliste et patient trans. Néanmoins, une fois le partenariat créé, la relation de soin pourrait constituer un appui et une ressource dans la construction identitaire des patients trans.

METHODE

Type d'étude et réalisation du guide d'entretien

Une étude qualitative par phénoménologie interprétative a été réalisée pour répondre à la question de recherche. Le recrutement concernait des binômes de patients trans et leur médecin généraliste, afin de mettre en regard leur expérience.

Il a été choisi d'utiliser un guide d'entretien semi-dirigé, afin de favoriser les récits détaillés et non-influencés des répondants. Deux guides d'entretien semi-directifs (Annexes 1 et 2) ont été constitués : un pour les entretiens avec les patients et un autre pour les entretiens avec les médecins généralistes. Les différents champs explorés étaient identiques dans les deux guides d'entretien, avec des questions en miroir choisies pour percevoir la vision du patient et la vision du médecin généraliste sur les mêmes sujets pour faciliter la confrontation et l'analyse.

Le premier champ portait sur le parcours de transition du patient. Il permettait de retracer l'histoire de la transidentité du patient, et d'identifier ce qu'en connaissait son médecin généraliste.

Le deuxième champ s'intéressait à la place du médecin généraliste dans ce parcours. Les attentes du patient étaient explorées, ainsi que les actions effectives du médecin généraliste.

Le troisième champ abordait la place du médecin généraliste dans le questionnement du patient sur son identité de genre. Il reprenait l'annonce de la transidentité au médecin généraliste, l'accompagnement proposé, les difficultés rencontrées liées à la thématique de l'identité de genre.

Enfin, le quatrième champ interrogeait l'évolution de la relation médecin-patient au regard de la transition du patient. Il permettait de comprendre la relation médecin-patient antérieure à la transition, et abordait les éventuels changements induits par la transition.

Recrutement et réalisation des entretiens

Le mode de recrutement était mixte : par le biais de médecins généralistes ayant un patient trans dans leur patientèle, ou par le biais de personnes trans. Du fait de la faible prévalence des transidentités, un échantillonnage par boule de neige était envisagé ; il n'a finalement pas été utilisé car le recrutement initial a permis de compléter l'objectif du nombre d'entretiens. L'objectif formulé était de 5 entretiens-médecin, et 5 entretiens-patient.

Il était prévu de diversifier, si possible, les profils de personnes incluses selon des critères d'échantillonnage à variation maximale sur : âge, transition récente ou ancienne, relation médecin-patient nouvelle ou ancienne, afin de diversifier le plus possible les expériences. Les entretiens devaient être menés jusqu'à suffisance des données.

Les patients ont été recrutés à partir d'appels à témoignage relayés par des associations. Les médecins ont été recrutés à partir de la liste des médecins en contact avec le Département de Médecine Générale de Créteil, ainsi que par le bouche-à-oreille autour de cette thèse. Lorsqu'un patient était intéressé pour participer, il était vérifié que son médecin généraliste était également intéressé, afin de constituer un binôme. La même vérification avait lieu auprès du patient lorsqu'un médecin généraliste était intéressé pour participer.

Les entretiens ont été réalisés de façon individuelle. Certains entretiens ont été réalisés au moyen d'un logiciel de visioconférence, en raison de l'éloignement géographique de certains patients et médecins inclus. Les autres entretiens ont été réalisés en face à face.

Transcription et analyse

Les entretiens ont été enregistrés après accord des patients et médecins rencontrés. Ils ont été retranscrits mot à mot sur Word, avant d'être analysés.

Une analyse phénoméno-pragmatique a été choisie, afin de comprendre les expériences des patients trans rencontrés et de leur médecin généraliste.

Chaque entretien a été analysé individuellement à l'aide des logiciels Word et Excel. Une triangulation a été réalisée à chaque étape de l'analyse.

Dans un premier temps, une lecture flottante a été effectuée, afin de mettre à distance les premières impressions de lecture. Une reformulation de chaque verbatim et un codage ont ensuite été réalisés. Ces différents codages ont été regroupés pour faire émerger des thèmes et sous-thèmes. Ces thèmes et ces sous-thèmes ont été confrontés à ceux de l'autre membre du binôme, permettant une analyse au sein de chaque binôme.

Une analyse globale a ensuite été faite à partir des analyses de chaque binôme.

RESULTATS

Constitution de l'échantillon

Les appels à témoignage relayés par les associations ont permis d'obtenir 28 réponses. Il a été obtenu : 1 réponse vindicative, 12 réponses de personnes trans intéressées qui n'ont pas donné suite après explication sur le recrutement de binômes médecin-patient, 10 réponses de personnes trans intéressées dont le médecin généraliste n'a pas donné suite (après contact par le patient ou par la thésarde, laissé au choix du patient), 5 réponses de personnes trans intéressées dont le médecin généraliste a accepté de participer. Un binôme a finalement été perdu, suite à la rétractation du patient. Quatre binômes ont été constitués. Au total, 7 entretiens ont été obtenus pour ce mode de recrutement, car deux patients avaient le même médecin généraliste.

L'annonce envoyée à la liste des médecins en contact avec le Département de Médecine Générale de Créteil a permis d'obtenir 4 réponses. Il a été obtenu : 1 réponse de médecin intéressé de façon théorique par le sujet, 1 réponse de médecin ayant rencontré un patient transgenre par le passé, 2 réponses de médecins intéressés dont le patient a accepté de participer. Deux binômes ont été constitués par ce mode de recrutement. Néanmoins, seulement 3 entretiens ont pu être réalisés, en raison de problèmes de santé d'un patient. L'entretien-médecin correspondant n'a donc pas été analysé.

De plus, un dernier binôme a été recruté par le biais du médecin, par bouche-à-oreille autour de ce travail de thèse. Ainsi, 2 entretiens supplémentaires ont été réalisés.

Le recrutement est présenté par le diagramme de flux en Figure 1.

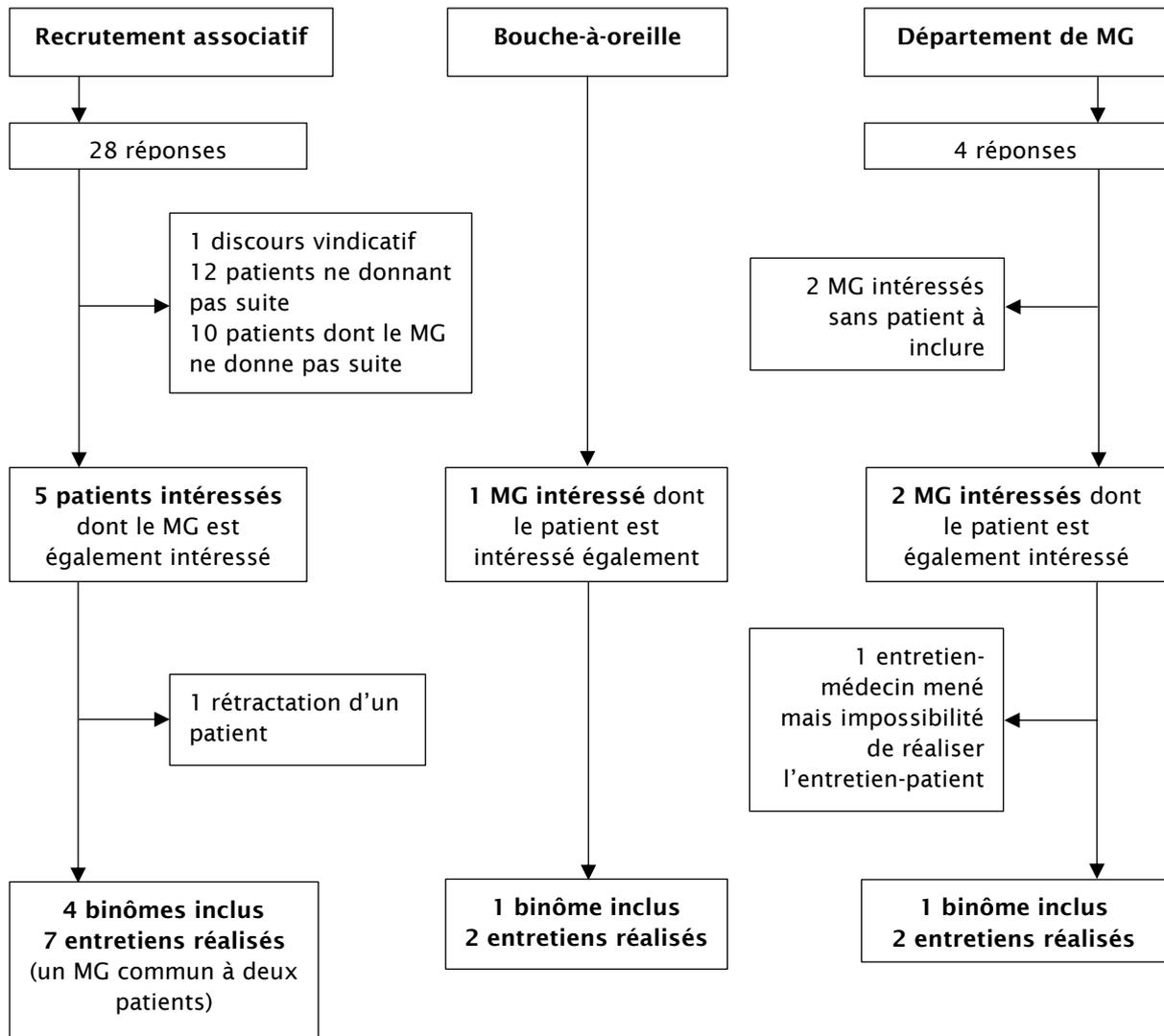


Figure 1- Diagramme de flux

Un total de 12 entretiens (mais 11 analysés) a donc été mené, du 6 août 2020 au 29 avril 2021, constituant 6 binômes d'analyse dont deux avaient un médecin généraliste commun.

Caractéristiques de l'échantillon

La phase de recrutement a permis d'obtenir 6 binômes composés d'une personne trans et son médecin généraliste. Deux personnes trans avaient le même médecin généraliste. Les patients rencontrés sont numérotés de P2 à P7. Les médecins généralistes rencontrés sont numérotés de M2-3 (médecin

commun de P2 et P3) à M7. Le binôme P1-M1 a été exclu, car l'entretien avec le patient n'a jamais pu être réalisé en raison de ses problèmes de santé.

Les patients rencontrés étaient d'âges divers, avaient commencé leur transition depuis des durées variables. Des femmes trans et des hommes trans ont été rencontrés, ainsi qu'un.e patient.e non-binaire. La catégorie socioprofessionnelle des cadres et professions intellectuelles supérieures était majoritaire. La majorité des patients était impliquée dans le milieu associatif. Un seul patient fréquentait son médecin généraliste depuis longtemps. Les caractéristiques des patients de l'échantillon sont synthétisées dans le tableau 1.

	Âge (ans)	Âge (ans) au début de la transition	Genre	Catégorie socio-professionnelle	Associatif	Durée de la relation de soin
P2	35	30	Femme	Cadres et professions intellectuelles supérieures	Oui	< 3 ans
P3	30	29	Femme	Cadres et professions intellectuelles supérieures	Oui	1,5 an
P4	65	58	Non-binaire	Retraités, anciennes professions intermédiaires	Oui	1,5 an
P5	69	50	Femme	Retraités, anciens cadres	Oui	2 ans
P6	20	17	Homme	Employés	Non	1,5 an
P7	18	15	Homme	Etudiants	Non	18 ans

Tableau 1 - Caractéristiques des patients de l'échantillon

Les médecins rencontrés étaient majoritairement jeunes, exerçant en milieu urbain, et libéraux. Le nombre de patients trans suivis était hétérogène d'un médecin à l'autre.

Les caractéristiques des médecins généralistes de l'échantillon sont synthétisées dans le tableau 2.

	Âge (ans)	Milieu d'exercice	Nombre de patients trans	Statut
M2-3	30-50	Urbain	+++	Libéral
M4	30-50	Urbain	++	Salarié
M5	30-50	Urbain	+	Libéral
M6	30-50	Urbain	1	Libéral
M7	50-70	Rural	1	Libéral

Tableau 2 – Caractéristiques des médecins de l'échantillon

Une diversité d'âge, de durée de transition et d'identité de genre a donc été obtenue chez les patients. Chez les médecins, l'échantillon comprenait des médecins suivant des nombres variés de patients trans.

La durée moyenne des entretiens avec les médecins a été de 43 minutes. La durée moyenne des entretiens avec les patients a été de 1 heure 23 minutes. L'entretien le plus court a duré 26 minutes, l'entretien le plus long a duré 2 heures 11 minutes.

I- Un choix précautionneux du médecin généraliste dans un contexte de difficultés d'accès aux soins

La démographie médicale actuelle rend difficile l'accès aux soins de tout patient. Cette difficulté était décrite par les patients interrogés, qui rapportaient une difficulté majorée dans le cadre de leur transidentité. D'autre part, une méfiance et une appréhension des patients étaient à l'origine d'une réticence à s'ouvrir auprès des médecins. Lorsqu'il était rencontré, le médecin généraliste était donc choisi avec soin, puis il était testé avant d'inscrire la relation de soin dans la durée.

1) Une difficulté d'accès aux soins majorée par la transidentité

Dans le contexte démographique médical actuel, les patients rapportaient une difficulté d'accès aux soins. Cette difficulté portait sur les longs délais d'attente pour rencontrer un spécialiste, mais également sur l'accès aux

médecins généralistes. P7 décrivait par exemple des difficultés pour trouver un nouveau médecin traitant : *« J'ai déjà essayé... Mais j'ai pas réussi à en trouver. C'est souvent "nan on a déjà trop de patients, on peut pas devenir votre médecin généraliste, tout ça". » P7.*

Les médecins généralistes ne rapportaient pas cette difficulté dans les entretiens. M2-3 énonçait la difficulté pour les patients d'obtenir un rendez-vous spécialisé, mais ne semblait pas consciente des difficultés décrites par P3 pour accéder à la médecine générale dans sa propre structure.

« Pour avoir un premier rendez-vous... un premier... une première porte d'entrée... entre un an et demi et deux ans d'attente. [...] Donc nous, c'est l'accès, déjà, à la médecine générale, qui est quand même facilité. » M2-3.

« Puisque la maison de santé, actuellement, elle est complètement bouchée » P3.

Malgré cette difficulté démographique, les patients de l'échantillon semblaient avoir un recours aux soins assez fréquent pour des problèmes aigus. Ils semblaient en difficulté principalement pour trouver des médecins compétents qui acceptent de les aider dans le cadre de la transition.

*« Moi j'avais essayé de tâter le terrain avec un endocrino à *** et il a dit 'surtout, vous faites pas venir des personnes trans chez moi, moi je m'occupe pas de ça'. » P2.*

Les médecins interrogés semblaient avoir conscience de cette difficulté dans le parcours de transition des patients.

« mais c'est vrai que j'ai pris conscience que pour les personnes trans, c'était la croix et la bannière, quoi. Euh... Que c'était très compliqué. » M4.

Ainsi, les patients subissaient parfois des refus de prise en charge, qui pouvaient amener une appréhension des patients et une réticence à s'ouvrir complètement auprès d'un médecin généraliste.

2) Une réticence à s'ouvrir au médecin généraliste, en raison d'une méfiance et d'une appréhension

Les patients décrivaient majoritairement une certaine méfiance envers les professionnels de santé, et une appréhension avant chaque nouvelle rencontre.

« En fait j'crois qu'j'avais une très très grande méfiance, à l'égard du système de santé, et des professionnels de santé, avec des gros guillemets. » P3.

Cette méfiance et cette appréhension étaient induites par de mauvaises expériences personnelles, le manque de connaissances des médecins généralistes sur les transidentités, de nombreux témoignages de violences médicales, et une histoire de psychiatrisation des transidentités dont le système de santé semblait avoir du mal à se défaire.

Les mauvaises expériences personnelles rapportées par les patients étaient diverses. Elles pouvaient concerner des maladresses, comme le rapportait P6 : *« Et même si elle était pas particulièrement intolérante ni rien, elle était... très maladroite, très... à ce sujet-là. Elle me posait des questions un peu bizarres... »* P6. Elles pouvaient provenir d'un mégenrage, comme en témoignait P7 : *« Je suis souvent tombé sur des infirmières qui me disaient "bah non sur la carte d'identité c'est Madame donc je vous dis Madame". »* P7. Une situation de curiosité déplacée était également rapportée par P7 : *« Elle m'a fait "ah vous êtes trans, et y a quoi entre vos jambes ?", bah écoutez Madame ça ne vous regarde pas. »* P7.

Les médecins généralistes étaient perçus comme ayant peu de connaissances sur les transidentités, ce qui n'aidait pas P6 à prendre la parole et à se confier auprès d'eux : *« Si j'suis face à un médecin où j'suis pas sûr qu'il saura quoi me répondre ou qu'il sait de quoi j'parle, forcément j'vais... j'vais pas aborder certains sujets, quoi. »* P6.

Les patients rapportaient également avoir connaissance de nombreux témoignages de violences médicales, qui augmentaient leur méfiance envers le corps médical.

« C'était quand même assez violent, euh, puisqu'il y avait beaucoup de maltraitance médicale dans les témoignages » P2.

La méfiance envers le corps médical prenait ses racines dans la psychiatrisation historique des transidentités, et les critères rigides associés pour entrer dans le protocole de transition proposé par la SOFECT.

P2 rapportait une vision psychiatrique de la transidentité chez son médecin généraliste, lors de son annonce. *« il était un peu... tombé de sa chaise, quoi... J'pense que... il savait pas... pff... il savait pas trop ce que c'était. Pour lui c'était un truc psychiatrique... » P2.*

P5 rapportait des demandes abusives de certificats psychiatriques pour accéder à la transition, alors qu'elle avait déjà obtenu des certificats par le passé. *« Ça se termine là le foutage de gueule, parce que je tiens pas à tapisser ma chambre avec vos certificats à la con, pour une pathologie qu'on dit qu'elle vous dure à vie. » P5.*

P6 décrivait une évaluation psychiatrique par la SOFECT inadaptée et ridicule selon lui. *« J'ai passé des tests de personnalité qui dataient des années 70, qui étaient très sexistes, euh... je trouvais ça un peu ridicule » P6.*

Il décrivait également une remise en cause de sa transidentité. *« et puis, suite à ça, j'étais pas très, pas assez trans pour eux » P6.*

Les médecins généralistes étaient conscients de certaines mauvaises expériences de leur patient. Ainsi, M6 était consciente de la mauvaise expérience de P6 avec son médecin généraliste précédent. *« Et je sais qu'avec son ancien médecin, ça s'était mal passé, parce qu'en gros il lui a plus ou moins dit 'mais n'importe quoi', 'fin il comprenait pas, son ancien médecin, c'était un médecin plus vieux, je pense, et pas forcément préparé à ce truc-là » M6.*

La plupart du temps, les médecins de l'échantillon ne rapportaient pas de façon précise les mauvaises expériences de leur patient. Ils semblaient

néanmoins avoir conscience de la méfiance des patients induite par certaines difficultés, et craignaient d'avoir eux-mêmes des comportements inadaptés. Ainsi, M4 rapportait avoir peur d'être maladroite : « *Du coup dans mon discours, j'ai toujours peur des mots que j'emploie... [...] Mais y a toujours un peu cette inquiétude de pas blesser en fait.* » M4. Quant à M6, elle veillait à ne pas exprimer de curiosité déplacée : « *j'ai peur d'être trop intrusive ou trop curieuse.* » M6.

La méfiance et l'appréhension rapportées par les patients et dont les médecins interrogés étaient bien conscients amenaient les patients à choisir précautionneusement le médecin généraliste qu'ils rencontraient, et à le tester avant de décider de créer une relation de soin de longue durée.

3) Un choix précautionneux et un test préalable du médecin généraliste

La majorité des patients interrogés était satisfaite de son médecin généraliste actuel. La plupart d'entre eux avait connu une période d'errance médicale, avec un enchaînement de relations de courtes durées avec différents médecins généralistes, à la suite de déménagements ou du départ à la retraite du médecin précédent.

« *En fait j'ai beaucoup bougé. Et quand j'suis revenue à ***, bah j'ai dû chercher des médecins, et c'était un peu la valse des... des... de chercher un médecin traitant, quoi.* » P3.

Le médecin généraliste avec lequel les patients allaient créer une relation longue était donc choisi soigneusement. Internet et le bouche-à-oreilles avaient une place importante dans ce choix, selon P2 : « *Internet a beaucoup aidé, y a beaucoup de bouche à oreille, c'est vrai que les noms des médecins, on se les donne, quoi.* » P2. P6 décrivait l'existence d'une base de données sur Internet pour trouver le contact de professionnels de santé bienveillants : « *y a la banque de données trans pour trouver des praticiens qui sont safe, peu importe que ce soit dentistes, gynéco, n'importe...* » P6.

Le médecin généraliste était parfois choisi pour ses liens avec le milieu associatif. C'était le cas de M2-3, qui était bien consciente que ses patients arrivaient souvent du milieu associatif. *« Donc les gens ils arrivent pas ici par hasard. » M2-3.*

P3 indiquait effectivement avoir été rassurée par le caractère militant de M2-3. *« C'est parce que j'ai vu que Dr *** était aussi au sein du collectif***, que j'me suis dit 'bon ben c'est des cautions... militantes et safe' » P3.*

Après avoir choisi le médecin généraliste, la plupart des patients décrivait une phase de test du médecin. P5 rapportait avoir testé ses médecins sur leurs représentations de la transidentité. *« j'ai amorcé un changement dans ma vie, et j'ai très très vite essayé de tester les médecins, bah pour savoir quelles étaient leurs philosophies, quoi. » P5.* P7, qui connaissait sa médecin généraliste depuis longtemps, rapportait l'avoir testée sur l'homosexualité dans un premier temps pour voir sa réaction, avant d'oser lui annoncer sa transidentité. *« Non au début on avait parlé du fait d'être gay, lesbienne, tout ça... J'voulais voir en fait comment elle réagissait au sujet... Parfois y a des médecins qui sont pas très ouverts. » P7.*

Les médecins interrogés ne rapportaient pas cette attitude de test, qu'ils ne percevaient pas forcément.

M6 rapportait néanmoins un test effectué par la mère de son patient : la mère de P6 était venue la rencontrer avant de proposer à son fils de venir consulter. *« En fait c'est sa mère qui est venue faire une consultation test pour voir si elle pouvait m'envoyer ses enfants. (rires). » M6.*

Ainsi, le recours aux soins des personnes trans était rendu difficile par une démographie médicale défavorable, mais également par une réticence à s'ouvrir à un médecin généraliste dans un contexte de mauvaise connaissance des transidentités par les médecins, avec parfois de mauvaises expériences des patients et des craintes liées à un reliquat de la psychiatrisation historique des transidentités. Dans ce contexte difficile, les patients choisissaient

soigneusement le médecin généraliste rencontré, puis le testaient avant d'envisager de poursuivre la relation et de lui confier leurs attentes.

II- Des attentes de médecine générale « classique » et d'approche globale, difficiles à mettre en œuvre

Une fois le médecin généraliste testé et choisi, les patients le consultaient avec des attentes semblables aux attentes habituelles envers un médecin généraliste. Parmi ces attentes, une démarche d'approche globale était souhaitée. Ce souhait d'approche globale était partagé également par les médecins généralistes, qui présentaient néanmoins des difficultés pour la mise en œuvre de cette approche. En effet, les difficultés psychologiques et sociales des patients étaient peu rapportées par les médecins généralistes.

1) Des attentes de médecine générale « classique »

Les attentes des patients interrogés envers leur médecin généraliste étaient simples. Elles étaient en accord avec les compétences et la pratique quotidienne du médecin généraliste. M2-3 distinguait d'ailleurs deux modes d'actions qu'elle avait auprès des personnes trans : la discussion autour de la prescription d'une hormonothérapie comme avec P3, mais également l'accompagnement classique de médecine générale comme avec P2 : *« Pour moi, c'est d'la médecine classique, que n'importe qui pourrait faire euh... de renouveler un traitement, puis après de prendre soin de l'environnement global, de savoir comment ça va dans sa famille, dans ses relations, les amours, le travail... Donc voilà... Un peu de soutien. »* M2-3.

Les patients attendaient principalement un médecin généraliste à l'écoute, accueillant la transidentité de façon bienveillante. Cet accueil bienveillant était décrit par P2 comme une absence de remise en question de la transidentité :

« la base de la base, c'est demander comment la personne veut être reconnue, et de pas commencer à... à remettre en cause en fait ce que la personne dit d'elle » P2.

P7 décrivait un accueil bienveillant qui passait surtout par une absence de rejet : « En soi, pas super compliqué, juste euh... assez ouvert d'esprit pour pas... [...] enfin bref, qu'il me regarde pas bizarrement ou "sortez de mon cabinet, y a pas ça ou ce qu'il faut" » P7.

Pour P6, l'accueil bienveillant passait aussi par le fait de demander au patient la façon dont il souhaite être généré : « au tout premier contact, essayer de s'informer là-dessus. Parce que... Je sais pas trop comment expliquer mais juste demander, comme on demande le poids ou la taille, bah juste demander comment il se sent, rien que demander à quelqu'un comment il veut qu'on l'appelle ou comment il veut qu'on le genre » P6.

Etablir la relation de confiance était en tout cas à la charge du médecin généraliste, selon les patients.

« C'est ptêtre même plutôt l'inverse, c'est au médecin d'établir la relation de confiance avec la personne. » P4.

Dans les autres attentes des patients envers le médecin généraliste, l'importance du réseau professionnel était décrite. P3 soulignait l'importance d'avoir un réseau de spécialistes bienveillants dans ses contacts, afin d'aider le patient dans son parcours de soin : « Et j pense que le plus important c'est cette histoire de réseau, que le médecin généraliste agisse en réseau avec d'autres spécialistes, pour que la personne soit prise en charge euh, via une entrée, en fait, et qu'elle ait pas à chercher à droite à gauche, parce que ça c'est vraiment éprouvant, et c'est décourageant aussi. » P3.

En plus de l'accueil bienveillant et de l'action en réseau, l'approche globale par le médecin généraliste était une attente fréquente des patients. Ceux-ci souhaitaient être considérés comme des individus, différents les uns des autres, et que le médecin généraliste prenne en compte leur individualité.

« Mais en fait euh, dans une médecine telle que je la vois évoluer, ok c'est très bien les protocoles, [...] mais c'est bien que vous puissiez vous réapproprier vous des dimensions de la médecine humaine qui existaient avant » P5.

Les attentes des patients envers leur médecin généraliste étaient assez simples, puisqu'elles correspondaient aux attentes habituelles en médecine générale. L'approche globale était une attente des patients que les médecins plaçaient également dans leurs objectifs de pratique.

2) Une volonté d'approche globale chez les médecins généralistes

La demande d'approche globale des patients était en accord avec la volonté des médecins pour leur pratique. M2-3 rapportait ainsi être à l'écoute des souhaits des patients, de leurs doutes et de leurs envies : *« répondre aux attentes simplement en écoutant les personnes et puis en respectant leur choix, leur rythme, sans imposer de... de parcours prédéfini, de respecter euh... la... la fluidité du genre, la non-binarité, l'envie parfois d'aller doucement, l'envie d'être opéré ou pas opéré » M2-3.*

L'histoire de la transidentité du patient, son parcours, et l'impact de sa transidentité sur sa vie sociale étaient des sujets d'entretien récurrents chez M5 lors de la rencontre avec un patient trans : *« C'est vrai que je leur pose la question « Qu'est-ce qui vous a amené à ça ? », un peu quelle est leur histoire personnelle, euh... est-ce qu'ils ont parlé de ça avec leurs proches, leur entourage familial, amical, professionnel » M5.*

Au-delà d'une réponse aux attentes des patients, M2-3 voyait dans l'approche globale la possibilité d'obtenir une authenticité des discours des patients, et donc la possibilité d'une meilleure prise en charge : *« Ça permet d'avoir un discours qui est moins plaqué. Nous on n'attend pas de réponse toute faite, on a le droit de douter, on a le droit de pas être sûr, on a le droit de... de revenir en arrière, c'est pas... C'est pas un chemin qui est... qui est tout tracé. Et ça*

évite d'avoir des réponses préconçues 'et pour avoir les hormones, faut qu'tu dises ci, faut qu'tu dises ça', d'avoir un discours très plaqué qui n'a aucun sens, quoi. » M2-3.

Certains médecins semblaient bien conscients que la transition est un processus complexe, différent d'un patient à l'autre. M4 rapportait ainsi que les critères stricts d'obtention de l'ALD étaient en inadéquation avec la réalité des patients :

« Faut cocher toutes les cases. Sauf que dans la vraie vie, on sait bien qu'il y en a pas beaucoup qui ont envie de cocher toutes les cases. Donc c'est la sécu le problème, c'est pas les gens. » M4.

L'approche globale répondait donc aux attentes des patients, et permettait de proposer une prise en charge adaptée à chacun. Néanmoins, au-delà de ce souhait partagé, les médecins généralistes rapportaient peu le contexte psychosocial de leur patient durant l'entretien.

3) Des difficultés psychologiques peu rapportées par les médecins généralistes

La grande majorité des patients interrogés décrivait de nombreuses difficultés psychologiques liées à leur transidentité. P2 décrivait ainsi de la peur et de la honte liée à la prise de conscience de la transidentité : *« Donc j'avais... très peur, et honte. » P2.* Quant à P5, elle décrivait une incompréhension face à son mal-être et face aux prémices de sa transidentité : *« Mais j'étais de plus en plus mal. Et pis j'comprenais pas trop pourquoi, pis j'comprenais pas pourquoi non plus c'était quelque chose qui me calmait de pouvoir porter des vêtements féminins. » P5.*

Certains patients rapportaient un dégoût pour certaines parties de leur corps. P2 exprimait ainsi des difficultés à parler de son pénis : *« J'ai du mal à me... à le dire pour moi en fait... Donc... J'dis « ce truc », et voilà, donc euh, c'est... Y a une gêne en fait, parce que c'est pas forcément quelque chose avec lequel*

j'suis à l'aise » P2. La poitrine était le point sensible chez P7 : « nan mais moi, ma poitrine euh, je veux l'arracher » P7.

Ce dégoût n'était pas constant. Certains patients indiquaient par exemple ne pas avoir de dysphorie génitale. P7 indiquait ainsi vouloir arracher sa poitrine, mais ne pas pour autant être gêné par son sexe. *« Et ce qu'ils comprennent pas, déjà on n'a pas forcément une dysphorie génitale, alors on va me dire "bah ouais, mais du coup c'est bizarre !", y a rien de bizarre, parce que pour moi mes parties génitales je ne les vois pas comme féminines. » P7.*

P4 n'avait pas non plus de dysphorie génitale. *« j'me sens profondément non-binaire, donc pas du tout en rejet de tel ou tel organe sexuel » P4.*

Bien qu'inconstantes, les difficultés psychologiques ressenties allaient parfois jusqu'à des épisodes de dépression, avec parfois des tentatives de suicide. Ces tentatives de suicide faisaient partie des antécédents de plusieurs patients de l'échantillon.

« en fait à mes 14 ans j'ai... Bon bah j'en avais un petit peu marre de tout quoi pis surtout d'être coincé dans ce corps-là. Pis j'ai voulu me suicider. » P7.

La plupart des médecins n'abordait pas les difficultés psychologiques de leur patient dans l'entretien. M7 n'abordait pas les difficultés de son patient. Pourtant, elle évoquait la possibilité d'être en difficulté psychologiquement, notamment en cas de rejet de l'entourage. Cette possibilité n'était néanmoins pas liée à P7 : *« Ça doit être quand même un peu déstabilisant... et déstabilisant et restabilisant de... De changer de genre mais euh... Si déjà t'es déstabilisé par ton milieu... Tes proches euh... Ça fait mal quand même. » M7.*

M6 était la seule à évoquer le passé psychiatrique de son patient et expliquait que P6 avait fait une tentative de suicide et avait eu de grosses difficultés psychologiques : *« Je sais plus si c'était à *** ou ***, mais en tous cas dans une autre ville, il a fait une tentative de suicide à un moment... que ça a été très très dur, qu'il y a eu beaucoup de dépression etc. » M6.*

Malgré ces antécédents psychologiques et psychiatriques parfois lourds, les patients indiquaient que la transition les avait aidés et qu'aujourd'hui ils se sentaient beaucoup mieux. P6 rapportait ainsi qu'il allait mieux et que son suivi psychologique était moins rapproché : *« Et, là aujourd'hui je vais beaucoup mieux, et j'ai juste mon psychiatre que je vois une fois par mois, une fois tous les deux mois, et ma psy je la vois plus... depuis quelques mois. » P6.* P7 décrivait la prise en charge chirurgicale par torsoplastie comme une délivrance : *« une fois opéré effectivement, la grosse délivrance, là. » P7.* M2-3 indiquait que, dans son expérience, c'était surtout le fait de pouvoir parler librement de leur transidentité qui aidait les patients, plus que leur prise en charge médicale : *« Le fait, déjà de trouver une porte ouverte, avec des personnes qui connaissent la transidentité, et qui parlent librement et simplement de ces questions-là, c'est déjà un grand soulagement... » M2-3.*

Les médecins ne semblaient pas forcément connaître précisément les difficultés passées de leur patient. Cette méconnaissance pouvait s'expliquer par des relations de soin récentes, où les médecins n'avaient pas toujours pris le temps de revenir sur le passé du patient. Néanmoins, ils semblaient être en mesure de percevoir que les patients se sentaient bien aujourd'hui. M5 expliquait ne pas avoir d'information sur les éventuelles difficultés passées de sa patiente. Néanmoins, elle percevait un bien-être chez sa patiente actuellement : *« Elle me paraît bien. « Mieux » je saurais pas dire, parce que j'ai pas de point de comparaison... » M5.*

Il y avait donc un contraste entre les lourds antécédents psychiatriques de certains patients, et l'absence de connaissances, ou l'absence de mention dans l'entretien de ces sujets par les médecins généralistes.

4) Un contexte social peu décrit par les médecins généralistes, sauf dans le cas du médecin de famille

Les patients décrivaient plutôt une bonne insertion professionnelle. P3 n'avait pas encore expérimenté de difficulté, mais s'interrogeait sur son avenir

professionnel en tant qu'actrice trans : « *maintenant j'suis une actrice trans, et donc comment j'fais pour trouver du boulot, c'est un vrai... un vrai combat [...]* » P3.

P7 décrivait la réaction de malaise d'un patron qu'il avait rencontré dans sa recherche de contrat d'apprentissage : « *j'ai un patron, il m'a vu arriver, j'étais avec ***, euh... il m'a regardé de haut en bas, il m'a reluqué de haut en bas, et il avait l'air fuyard.* » P7.

Les patients rapportaient majoritairement une bonne intégration familiale. La plupart décrivait des difficultés initiales d'acceptation par la famille, qui s'étaient par la suite amendées.

« *c'est un gros changement pour tout le monde, donc c'est sûr que du jour au lendemain... euh... C'était pas... c'était pas gagné du jour ou lendemain, mais ça a été... ça a été progressif.* » P6.

P5 rapportait avoir encore de grosses difficultés relationnelles avec ses enfants : « *Mon garçon, au départ, m'a traitée de con, il m'a dit 'Ecoute, j'm'en fous si tu joues Mrs Doubtfire régulièrement, mais si tu prends tes hormones t'es un vrai connard.'* » P5.

Les médecins généralistes s'exprimaient peu sur la réaction de l'entourage à l'annonce de la transidentité. M5 ne connaissait pas le détail des difficultés familiales de sa patiente, mais avait retenu que P5 n'avait plus de contact avec ses enfants : « *C'est sorti à l'occasion d'une consultation, d'une conversation où elle me disait qu'elle avait plus de contact avec ses enfants, par exemple. Bon, j'pense que ça a peut-être été un peu compliqué sur ce plan-là.* » M5.

M6 et M7 étaient les seules à décrire plus en détail le contexte familial dans lequel vivaient leurs patients.

« *Si ce n'est la mère, de temps en temps elle a envie d'en parler, donc elle en parle.* » M6.

« *Bah sa mère m'a dit quand même l'autre jour que ça avait entraîné des nuits un peu compliquées pendant un moment quoi, quand elle a annoncé ça* » M7.

Toutes deux étaient le médecin de la famille, et avaient donc possiblement davantage d'informations sur le schéma familial autour du patient que les autres médecins généralistes interrogés.

Les patients rapportaient également avoir expérimenté des réactions transphobes, et parfois de la violence. P2 décrivait ainsi différentes personnes ou institutions à l'origine de transphobie, bien qu'elle ne décrivait pas en détails ces comportements transphobes : « *La transphobie, le plus violent que j'ai eu, c'est bah... ma p'tite sœur, une amie... l'administration. (rires)* » P2.

P7 décrivait quant à lui une situation de harcèlement au lycée, amenant parfois de la violence à son encontre : « *Donc il faisait... A me lancer des... je sais pas moi des pommes de pin, des pierres, embêter mes amis aussi* » P7.

Ces expériences négatives en société n'étaient pas rapportées par les médecins. Certains médecins généralistes évoquaient quelques difficultés sociales sans entrer dans les détails, comme M2-3 qui déclarait que P2 et P3 étaient bien insérées mais : « *avec les... certainement parfois certaines difficultés, mais, globalement pas de souci ni pour l'une ni pour l'autre.* » M2-3.

L'approche globale faisait donc partie des attentes des patients, et elle était une volonté des médecins généralistes rencontrés. Néanmoins, dans les entretiens, les médecins généralistes rapportaient peu les aspects psychologiques et sociaux de la transition chez leur patient, et semblaient parfois peiner à sortir d'une vision très biomédicale de la transition.

III- Une vision différente de la transition

La transition était abordée différemment par les patients et les médecins lors des entretiens. Les médecins généralistes étaient très centrés sur les étapes biomédicales de la transition. Ils avaient tendance à occulter l'aspect social, et

ne rapportaient pas le caractère émotionnel important de certaines étapes pour les patients. Le langage autour de la cinétique de la transition était différent : les médecins décrivaient la transition comme une étape vers la finalité du nouveau genre, tandis que les patients décrivaient bien un début à la transition mais ne discutaient pas de sa fin. L'absence de fin de transition allait de pair avec un questionnement identitaire qui était continu et progressif selon les patients, alors que les médecins décrivaient un questionnement appartenant au passé.

1) Une description de la transition très biomédicale chez les médecins généralistes

La transition était abordée par les patients sous deux aspects : la transition sociale était décrite lorsqu'ils évoquaient leur coming-out trans, leur changement d'état-civil, parfois leur style vestimentaire ; la transition médicale était abordée à travers l'hormonothérapie, la chirurgie, l'orthophonie, l'épilation laser éventuelles que les patients avaient choisi d'effectuer.

Deux médecins mentionnaient la transition sociale dans le parcours de transition de leur patient. M2-3 rapportait ainsi un désir de transition sociale isolée initialement chez P3 : *« Et ce qui a été intéressant avec P3, c'est qu'elle avait envie d'explorer le féminin, mais pas forcément par les hormones, par d'autres biais, quoi. »* M2-3. M5 rapportait quant à elle le changement d'état-civil de P5 : *« Et sur le plan social de façon générale, également une patiente qui déjà a fait un changement de prénom au niveau de l'état-civil, un changement de genre au niveau de l'état-civil. »* M5.

Les autres médecins interrogés ne mentionnaient pas la transition sociale de leur patient. Certains éléments liés à cette transition sociale étaient évoqués. Le retentissement familial du coming-out était évoqué chez M6 et chez M7. *« Si ce n'est la mère, de temps en temps elle a envie d'en parler, donc elle en parle. Mais c'est plus en disant « voilà, j'ai mis du temps à l'accepter, parce*

que pour moi c'était ma p'tite fille, quoi, mais maintenant ça va, je l'ai accepté » M6.

« Bah sa mère m'a dit quand même l'autre jour que ça avait entraîné des nuits un peu compliquées pendant un moment quoi, [...] fallait l'absorber quand même. » M7.

M4 évoquait l'habillement féminin de P4 : *« 'fin, finalement chaque fois que j'le vois, il est en jupe... » M4.*

Hormis ces quelques éléments, les médecins généralistes décrivaient la transition en étant plutôt centrés sur l'aspect biomédical et notamment hormono-chirurgical. Même dans les descriptions de ces étapes, les médecins gardaient une posture d'objectivité et ne rapportaient pas les émotions associées à certaines étapes de transition.

2) Une composante émotionnelle forte de certaines étapes de transition pour les patients, peu abordée par les médecins généralistes

Certains épisodes du parcours de transition ont été chargés d'émotion pour les patients. Les médecins interrogés connaissaient plutôt bien le parcours de transition de leur patient, mais ils ne semblaient pas toujours connaître les composantes émotionnelles associées à ce parcours.

Ainsi, P2 rapportait avoir eu de nombreuses peurs sur lesquelles elle avait eu besoin de travailler avant de se décider à contacter des chirurgiens : *« En fait j'avais très très peur des... des chirurgies, notamment parce qu'une de mes ex avait été opérée en Thaïlande, par un des meilleurs en fait... et ça s'était mal passé » P2.* M2-3, bien qu'au courant du projet de chirurgie de P2, ne rapportait pas ces peurs dans l'entretien.

P3 rapportait s'être beaucoup interrogée avant de commencer l'hormonothérapie. M2-3 était au courant des hésitations de P3, qui avait voulu démarrer doucement son hormonothérapie. Néanmoins, là où P3 rapportait une grande peur, M2-3 rapportait une démarche agréable, en douceur.

« J'me rappelle que même avec l'ordonnance en main pour les hormones, j'ai encore euh... flippé pendant une semaine, à me dire 'bon ben non, j'y vais pas tout de suite'. » P3.

« C'est très agréable, parce que c'était une démarche en douceur... » M2-3.

Un épisode marquant pour P5 a été la découverte avec M5 de son corps féminisé suite à l'opération. Elle décrivait l'importance de ce moment dans sa transition : « Elle m'a aidée en fait à m'approprier mon corps, et c'est quelque chose qui est important dans ma tête, parce que je sais mieux où se trouvent les choses, et je sais mieux au niveau des sensations, tout ça parce que c'est important. » P5. M5 évoquait un suivi post-opératoire, mais ne rapportait pas cet épisode.

La tirsoplastie de P7 a eu lieu peu de temps avant l'entretien. Il évoquait la délivrance apportée par cette chirurgie, et le bonheur de voir son corps sans poitrine : « une fois opéré effectivement, la grosse délivrance, là. Ah je suis tellement fier de mon torse que je montre toute l'évolution sur Instagram, "regardez-moi ça, c'est beau !", ça se referme et tout c'est génial. (rires) » P7. Il expliquait également avoir eu une infection post-opératoire, et semblait avoir été très inquiet. M7 mentionnait une consultation post-opératoire, mais ne rapportait ni l'inquiétude, ni le retentissement positif de la chirurgie.

Ainsi, le contenu des récits de transition différait entre patients et médecins. Le langage utilisé était parfois différent également.

3) Un langage différent autour de la cinétique de transition

Des différences existaient entre médecins généralistes et patients dans la façon dont la cinétique de la transition était décrite.

Les patients parlaient très fréquemment du début de leur transition, alors que le terme apparaissait peu chez les médecins, qui voyaient peut-être ce début

de la transition de façon floue. La plupart des médecins de l'échantillon avaient en effet rencontré leur patient après le début de sa transition.

« J'ai débuté ma transition en 2015... » P2.

La notion de poursuite et d'avancement du parcours de transition était ensuite retrouvée assez fréquemment.

« J'ai commencé mon hormonothérapie à cet endroit, voilà. Et puis après, bah euh moi j'ai continué le parcours. » P5.

Les termes d'installation et de stabilité étaient également utilisés, plutôt par des médecins.

« Donc elle avait déjà démarré son processus euh de transition, elle était déjà bien installée. » M2-3.

La différence principale s'observait dans la notion de « fin de transition ». Certains médecins généralistes semblaient voir la transition comme un processus composé de différentes étapes pour aboutir à une « transition finalisée ». M4 mentionnait ainsi « *le packaging* » que son patient n'avait pas puisqu'il effectuait une transition principalement sociale. M6 parlait du projet de réassignation génitale de son patient qui « *a envie d'aller jusqu'au bout* ». Des hésitations accompagnaient parfois ces termes chez les médecins, qui semblaient ainsi conscients du caractère critiquable de leur usage. M5 se reprenait ainsi alors qu'elle parlait du parcours de sa patiente « *J'allais dire complet, ou en tout cas très avancé* ».

Ces mots sont critiquables car les patients ne se retrouvaient pas dans une vision exhaustive de la transition, comme P4 : « *J'suis pas intéressé.e par... le parfait manuel du petit incollable, qui veut dire que j'suis à un point A, j'veux aller à un point B, et j'passe par toutes les étapes, quoi !* » P4.

P7 expliquait également que la vision exhaustive de la transition, avec une fin, est une vision stéréotypée qu'il avait partagée pendant un temps : « *jusqu'à mes 16 ans, j'étais vraiment sur les stéréotypes, [...] j'me disais "je vais aller jusqu'au bout", pis j'ai étudié les choses. [...] Mais attendez, mais y a des risques quand même ! [...] Mais c'est vrai que pendant longtemps je me suis*

dit "Oui, faut absolument que je fasse tout pour que je sois totalement reconnu". » P7.

Les médecins généralistes semblaient ainsi avoir une vision stéréotypée d'une transition qui serait exhaustive. De la même façon, le questionnement identitaire était perçu différemment chez les médecins et les patients.

4) Un questionnement identitaire continu et progressif

Les patients décrivaient tous un questionnement identitaire ayant démarré dans l'enfance ou à l'adolescence.

« De mon côté, j'ai... j'ai pensé très très jeune... comment dire... que ça me plaisait... ça m'plaisait pas de jouer à la p'tite fille, mais j'me sentais des fois p'tite fille. » P5.

Les patients décrivaient un questionnement majoritairement solitaire avant le début de la transition. Cette solitude était parfois liée à de la honte : *« Ça m'était pas venu d'en parler avec ma psy ou avec mon médecin, c'était quelque chose de très personnel et même un peu honteux, à l'époque, parce que vraiment j'avais jamais vu ça nulle part. » P6*, ou à une appréhension de la réponse du médecin : *« J'avais peur que... justement que ça me perde encore plus, que ce soit mal reçu » P6.*

Le questionnement identitaire exposé par les patients portait à la fois sur ce qu'ils sont, mais également sur ce qu'ils veulent pour leur transition. Ainsi, P4 avait cherché à mettre un mot sur ce qu'il était et avait dû se renseigner dans le milieu associatif pour comprendre sa non-binarité : *« je me dis, quelque part, non seulement bisexuel.le, mais également bisexué.e, c'est-à-dire que dans mon... mon intellect, dans mon ressenti, j'ai le sentiment d'avoir autant de parties féminines et masculines... Est-ce que j'suis intersexe ? » P4.* De son côté, après la prise de conscience de sa transidentité, P3 s'était beaucoup questionnée sur ce qu'elle souhaitait pour sa transition : *« Et après s'est posée la question de la médicalisation ou non. Donc euh j'ai lu des brochures, j'ai lu*

sur des forums, j'ai essayé de collecter un maximum d'informations pour euh, pour me faire une idée, aussi de c'que moi j'voulais euh appliquer à ma vie, à mon corps. » P3.

La prise de parole auprès du médecin généraliste se faisait généralement lorsque la transition avait été décidée et que le patient avait besoin de l'aide du médecin dans une étape de son parcours. P6 avait annoncé sa transidentité à son médecin généraliste dans le but d'être orienté pour rencontrer des spécialistes : *« J'pense que j'ai... inclus mon médecin vraiment quand j'en pouvais plus, et qu'j'avais envie que ça devienne médical et pas que social. Parce que j'avais pas vraiment d'autre choix et que je savais pas vraiment vers qui m'orienter, donc euh... » P6.*

Les médecins rencontrés se sentaient peu concernés par le questionnement identitaire de leur patient, car la plupart avait rencontré son patient alors que sa transition était déjà commencée. M4 ne revenait pas sur le questionnement identitaire des patients, car il appartenait au passé selon elle : *« Toutes les personnes que j'ai vues, c'est des personnes qui euh... avaient... enfin, s'étaient posées toutes ces questions avant, et qui venaient avec euh la réponse et le 'bon ben voilà, je voudrais entamer une transition, bah qu'est-ce que vous pouvez faire pour moi ?' » M4.*

Devant cette représentation d'un questionnement appartenant au passé, les médecins n'osaient pas toujours demander au patient ses interrogations sur son identité de genre. M6 décrivait une gêne liée à une peur d'être intrusive : *« mais spontanément j'aurais été gênée de poser la question en fait. 'Alors, qu'est-ce qui vous a décidé à vous changer en homme... ?', probablement que, j'en sais rien en fait, il devait se sentir depuis longtemps plus homme que femme, hein, ça c'est clair. Mais euh... Mais j'lui ai pas posé directement la question. » M6.*

Contrairement à cette vision du questionnement passé, les patients décrivaient un questionnement identitaire plutôt continu, progressif, qui semblait se

poursuivre tout au long de la vie. P2 décrivait ainsi la construction identitaire : « *Cette identité, elle va se construire en relation avec ses représentations sociales, qui vont changer, qui vont évoluer, etc, en fait.* » P2.

P4 rapportait avoir évolué, en se questionnant, depuis 10 ans : « *Le cheminement individuel, il est pas simple. Il est fait d'interrogations euh... J'veux dire... Quand... Y a encore 10 ans, j'avais un schéma de réflexion plus binaire que maintenant.* » P4.

La transition était donc perçue différemment par les médecins, qui semblaient avoir une vision stéréotypée d'une transition biomédicale exhaustive, alors que la transition était abordée par les patients comme un support de la construction identitaire, qui comprenait également une part émotionnelle importante et un questionnement progressif et continu. Ce questionnement identitaire semblait se poursuivre à l'insu du médecin généraliste, et forçait les patients à acquérir des connaissances sur les transidentités de façon autonome.

IV- Des patients-experts, coordinateurs du parcours de soin

Le questionnement personnel des patients les poussait à s'informer et les amenait fréquemment à recourir au milieu associatif. L'acquisition progressive de connaissances par les patients aboutissait à leur expertise sur un sujet que les médecins généralistes connaissaient mal, rendant ainsi nécessaire un partenariat entre patients et médecins généralistes. Le patient apparaissait alors coordinateur du parcours de soin.

1) Le milieu associatif, un acteur complémentaire du parcours de transition

Le support du milieu associatif était très présent dans le discours des patients et médecins rencontrés.

Des échanges locaux entre le milieu associatif et certains médecins généralistes existaient, afin de faciliter le recours aux soins des personnes trans.

M2-3 expliquait que le début de son engagement, et celui de ses collègues, pour les personnes trans provenait d'une initiative du milieu associatif qui les avait contactés pour leur demander leur aide : « *Mais c'est en 2008, que les personnes du centre LGBT nous ont contactés pour euh, pour essayer de travailler ensemble [...]. c'était comme une évidence de se poser autour de la santé trans.* » M2-3. P2 et P3 indiquaient que les échanges entre le milieu associatif et la maison de santé de M2-3 étaient à l'origine d'un protocole d'accompagnement des personnes trans : « *Et y a le collectif *** qui existe, qui a mis en place en partenariat avec le centre et la maison médicale un protocole d'accompagnement des personnes trans* » P3.

M4 rapportait également que son centre de santé était en lien avec le centre LGBT proche géographiquement : « *Il s'avère qu'il y a eu un travail avec les associations du centre LGBT qui est à 5 minutes à pied* » M4.

Il existait un adressage à double-sens des patients. Les associations étaient susceptibles d'envoyer des patients trans vers des médecins généralistes, comme l'indiquait M5 : « *Je sais qu'ils donnent mon nom, parce que voilà, quand j'ai des patients qui arrivent, ils me disent 'ben j'ai eu votre nom par l'association'* » M5. Les médecins généralistes étaient également susceptibles d'adresser les patients et leurs proches vers les associations. M7 rapportait ainsi avoir la garantie d'adresser son patient à un interlocuteur bienveillant : « *Et j'me suis dit s'il passe par l'association, automatiquement ça sera des gens qui sont en rapport... enfin, qui connaissent le... le problème, qui savent comment les gens... comment prendre les gens et pas braquer les gens* » M7.

Le milieu associatif apparaissait comme un interlocuteur privilégié lorsque les patients avaient besoin de l'éclairage de leurs pairs sur un problème.

P3 rapportait ainsi avoir eu besoin de discuter avec une femme trans avant de démarrer l'hormonothérapie : « *j'ai eu l'opportunité de rencontrer une autre meuf trans, qui était euh... pareil, militante, [...] on a pris le temps de discuter*

de tous les effets, de toutes les hormones, de... toutes les questions qu’j’pouvais m’poser. » P3.

P6 indiquait être susceptible de demander de l’aide aux associations pour des problèmes administratifs : *« Par exemple, là dans ma transition euh j’ai un stade administratif un peu compliqué, et je sais que si j’ai un peu de mal, je connais des associations chez qui j’peux... j’peux chercher de l’aide. » P6.*

L’accompagnement par les pairs permettait effectivement de poser certaines questions plus facilement selon P4, qui avait pu poser une question sur l’impact de l’hormonothérapie sur l’érection : *« Mais le fait d’être en situation de confiance, même si j’étais tout de même... assez nettement la plus âgée de l’assemblée, ça m’a permis de la poser tout à fait simplement. » P4.*

M4 voyait le milieu associatif comme l’interlocuteur privilégié du questionnement du patient : *« Mais en pratique, euh, les associations elles le font... Donc euh, j’pense pas qu’elles nous adressent des gens pour ça. » M4.*

Par opposition à ces bons retours, P7 posait un regard critique sur un milieu associatif qu’il jugeait sectaire : *« Parce que finalement euh... à cause de ce genre d’associations-là, je dis pas qu’ils font que du mal, mais eux ils vont diviser la société, hein. » P7.*

Néanmoins, le milieu associatif apparaissait comme un partenaire pour les médecins généralistes et les patients sur lequel s’appuyer, avec généralement une influence positive sur la transition des patients.

Le milieu associatif présentait le principal intérêt d’être composé de personnes plus expérimentées que le médecin généraliste, connaissant la transition, pouvant aider et informer le patient.

2) Une expertise du patient qui favorise un partenariat avec le médecin généraliste

Les médecins généralistes rapportaient de nombreuses connaissances médicales et administratives chez les patients sur la transition.

« Après il est super informé, il a été voir des super spécialistes » M6

Les connaissances médicales étaient acquises par les patients dans le cadre de leur questionnement. Les patients s'informaient par leurs rencontres, par les associations, par Internet. P3 s'était beaucoup renseignée sur l'hormonothérapie : *« Donc euh j'ai lu des brochures, j'ai lu sur des forums, j'ai essayé de collecter un maximum d'informations. »* P3, alors que P7 s'était informé sur les chirurgies : *« Et j'ai pas peur de regarder les chirurgies, hein, tout ça, hein... J'aime beaucoup l'anatomie. Je me suis servi de mes connaissances anatomiques pour un petit peu regarder ce que ça donnait, tout ça... »* P7.

Les patients connaissaient bien les démarches administratives de la transition également. P2 décrivait ainsi avoir acquis des connaissances suite à des difficultés administratives : *« Donc euh j'avais une vision aussi de toute la dimension administrative, 'fin... j'suis devenue une pro en Code de la Santé Publique et Code de la Sécurité Sociale euh, moi, c'est c'est... tous mes recours je les ai faits moi-même ! »* P2.

La plupart du temps, les patients se retrouvaient en position d'avoir davantage de connaissances que leur médecin généraliste. P2 rapportait ainsi avoir dû expliquer la prise en charge de la transition dans le cadre de l'ALD 31 à ses médecins : *« Parce que bon, le décret de Bachelot de 2010 sur les ALD, moi j'le connais [...] Moi, c'est moi qui l'apprenais à mes médecins »* P2.

P5 rapportait son expérience avec un radiologue qui ne savait pas où insérer la sonde pour une échographie de prostate : *« Pis il prend la sonde, il me regarde et il me dit 'Bah... Qu'est-ce que je fais avec la sonde ?' Il est pas formé... J'lui dis 'Bah vous la mettez dans le néovagin, parce que si vous la mettez dans le rectum vous allez avoir l'épaisseur du néovagin en plus pour arriver à voir ma... pour arriver à voir ma prostate, donc ça va pas donner une image terrible je pense.' Alors il me dit 'Bah oui, vous avez raison.' »* P5

Cette expertise des patients poussait médecins et patients à avancer ensemble, à développer un partenariat pour aboutir à de vraies décisions partagées. P3 décrivait l'importance des échanges à double-sens avec M2-3 : *« C'est vraiment cette notion de patiente-experte qui me... qui me travaille, j'me dis, bah oui, en fait c'est ça, il faut qu'on... qu'on s' fasse des retours constamment l'une et l'autre, et qu'on avance ensemble sur ça. » P3.*

M5 appréciait ce partenariat avec les patients : *« Donc j'trouve que c'est vraiment un domaine où les échanges avec les patients vont être enrichissants, et moi c'est quelque chose qui me plaît beaucoup. » M5*

Même si d'autres formations complémentaires permettaient aux médecins d'apprendre à mieux accompagner les personnes trans, les patients rapportaient avoir souvent participé à la formation de médecins.

« Bah elle m'a dit que c'était la première fois qu'elle avait un patient transgenre, [...] ça me dérange pas de toute façon d'éduquer un peu les gens là-dessus parce que je sais que c'est pas vraiment dans la formation. » P6.

Dans cette démarche de formation par les patients, la pair-aidance était un concept que P5 décrivait, par lequel des patients experts faisaient le lien entre médecins et personnes trans, pour faciliter la prise en charge de ces dernières :

« Donc c'est pour ça que je développe le concept je sais pas ou de pair-aidance, ou d'expert d'expérience, pour qu'on soit quelques-unes à être formées pour faire le lien avec les médecins et le lien avec les personnes trans. » P5.

Les patients, par leur expertise, se retrouvaient souvent en situation de partager leurs connaissances aux médecins. La coordination du parcours de soin était souvent prise en charge par le patient, par facilité devant ses meilleures connaissances.

3) Une coordination du parcours de soin effectuée par le patient

Face à ces patients-experts, les médecins généralistes avaient souvent une attitude contemplative : ils reconnaissaient que le parcours du patient avait été

ardu jusqu'à présent, mais ne semblaient pas s'emparer de cette information pour essayer de faciliter la suite du parcours pour le patient.

A la faveur d'une question de l'entretien, M4 s'étonnait ainsi de n'avoir jamais écrit de courrier à un spécialiste pour adresser un patient trans : « *Ouais, j'ai pas le souvenir d'avoir fait des courriers, parce qu'on m'en demande pas, et comme c'est des suivis spécifiques, euh... [...] C'est comme P4, c'est quand même quelqu'un qui connaît bien sa santé... Donc spontanément je le fais pas.* » M4.

Dans le cadre du suivi post-opératoire, M5 proposait à P5 de poser une question aux chirurgiens au lieu de les contacter elle-même : « *Et donc quand je lui disais 'Oui, là ça m'paraît bien, mais peut-être demandez quand même l'avis aux médecins canadiens'* » M5.

M6 avait le contact des spécialistes qui suivaient P6, mais ne s'était pas saisie de ces informations pour s'impliquer davantage dans sa transition : « *Il m'a donné les numéros, les choses, si un jour j'ai besoin d'appeler, mais c'est vrai que là, pour l'instant j'en ai pas nécessité.* » M6.

M7 confiait ne pas avoir pris le temps de chercher des informations sur la transition, face à un patient qu'elle avait envoyé vers le milieu associatif : « *Oh j'ai pas cherché. [...] j'ai pas pris le temps de chercher.* » M7.

Devant cette attitude contemplative, les patients exprimaient qu'ils se retrouvaient souvent en position de chercher seuls un spécialiste. P3 décrivait ainsi une recherche difficile pour trouver un dermatologue : « *Quand moi je cherchais une dermato, elle m'en a pas conseillée par exemple, elle en connaissait pas vraiment, donc j'ai dû à nouveau activer mon réseau pour avoir des noms, plus ou moins satisfaisants en plus.* » P3.

De plus, le risque de mauvaise orientation du médecin, vers des spécialistes qui ne seraient pas bienveillants, poussait les patients à endosser le rôle de coordinateur de leur parcours de transition.

P3 décrivait ainsi le risque d'être adressée à un spécialiste peu bienveillant : « *Si euh... j'devais être orientée pour voir un spécialiste par ce généraliste-là... le spécialiste en question pouvait se retrouver à être homophobe, ou avoir des*

propos comme ça... Et ça... Ben c'est limite en fait... Ça se fait pas... C'est m'envoyer dans la gueule du loup, en fait. » P3.

La crainte du mauvais adressage était également partagée par M7, qui avait donc préféré envoyer P7 vers le milieu associatif : *« je craignais que... de tomber sur quelqu'un qui soit pas du tout au fait du... du transgenre [...] ... qui soit, voilà, qui veuille pas... voilà, qui soit un peu... brut de fonderie. » M7.*

La position du patient en coordinateur du parcours de transition pouvait aussi s'expliquer par les nombreuses démarches administratives que le patient devait réaliser, face à la seule demande ALD à la charge du médecin généraliste.

« Parce que j'avoue que les 120 travaux d'Hercule pour changer les 120 trucs d'identité qu'il peut y avoir, entre les papiers les machins, le permis, les trucs, [...] ça me... désespère, par avance. Mais bon, j'y passerai, j'y passerai ! (rires) » P4.

Le médecin pouvait alors presque passer pour un prestataire dans le cadre de cette demande ALD. *« Quand je passe comme ça, c'est en coup de vent. "Bon voilà, il me faut tel papier.", elle me fait le papier et pis c'est tout » P7.*

Le milieu associatif et l'expertise du patient avaient une place importante dans la transition. Cette expertise du patient favorisait le partenariat avec le médecin généraliste, et plaçait le patient en coordinateur de son propre parcours de soin. Le rôle du médecin généraliste apparaissait alors modeste.

V- Un rôle modeste du médecin généraliste dans la transition

Les patients rapportaient un rôle modeste du médecin généraliste dans la transition. La demande ALD permettait au médecin généraliste de participer à la transition. Certains médecins étaient également impliqués dans la gestion de l'hormonothérapie de leurs patients, mais d'autres avaient des freins pour cette pratique. Les médecins généralistes décrivaient des difficultés qui avaient

gêné leur implication dans l'accompagnement du patient. Parmi ces difficultés, les discussions autour de la sexualité et des sujets intimes étaient délicates, alors qu'elles pouvaient positionner le médecin comme une personne ressource sur ces questions.

1) La demande ALD, le rôle principal du médecin généraliste dans la transition

Dans l'échantillon, la majorité des patients était à l'origine de la demande ALD, en abordant eux-mêmes le sujet avec le médecin généraliste.

« Mais euh... J'ai un peu tout eu à lui apprendre. Elle savait pas qu'il y avait une ALD à ce sujet-là. Euh... Elle savait pas trop comment formuler la demande, ni comment ça allait se faire. » P6

Néanmoins, plusieurs médecins précisait qu'ils en parlaient à leur patient quand celui-ci n'était pas informé sur le sujet.

« Alors c'est vrai que j'en parle, de... Alors soit c'est les patients qui... ceux qui sont fort renseignés, qui posent la question, ça, ça arrive. Et pis sinon c'est vrai que j'en parle. » M5.

Les retours sur la demande ALD étaient variables.

Certains patients et certains médecins décrivaient des refus. P2 rapportait que l'ALD était fréquemment refusée : *« J'ai aussi fait ma demande d'ALD avec mon médecin. ALD qui bien sûr m'a été... refusée, comme tout le monde (rires) » P2.* M4 décrivait des refus qui étaient difficiles à comprendre car ils n'étaient jamais accompagnés d'une justification : *« Le problème, bah c'est que les refus ils sont pas justifiés, donc en fait je sais pas pourquoi ça a été refusé, les premiers. Si ça se trouve, c'était juste un terme, ou... c'est ptêtre pas le bon médecin qui l'avait vue... » M4.* Pour M4, il était nécessaire d'écrire la demande d'une certaine façon pour qu'elle soit acceptée : *« Mais ouais, plus j'en mets, et plus c'est accepté, puisque l'idée de l'ALD c'est de dire 'ça va coûter trop cher à la personne, elle va pas pouvoir le faire', donc autant mettre des trucs qui coûtent cher. » M4*

Néanmoins, P6 et P7 décrivaient une obtention facile et rapide de l'ALD, bien que la demande ait été faite par des médecins novices de la transition. Il est possible que la situation ait évolué et que l'ALD soit plus simple à obtenir désormais, car P6 et P7 avaient demandé l'ALD plus récemment que les autres patients de l'échantillon.

Certains patients décrivaient des freins à la demande ALD. Ainsi, P3 expliquait que l'obtention de l'ALD pouvait rendre compliquée l'obtention d'un emprunt pour un achat immobilier : *« J'suis en train de faire un prêt pour un achat immobilier. Et c'est incompatible, avec les assurances, l'ALD. » P3.*

De plus, certains patients, comme P7, ont eu des difficultés avec la démarche pathologisante de demander une prise en charge à 100% pour une Affection Longue Durée, alors qu'ils n'étaient pas malades : *« Moi ça m'embêtait un petit peu parce que bon, bah j'suis en pleine forme. Je suis pas malade, je pète la forme. » P7.*

D'autre part, bien que l'ALD aide financièrement les patients, ceux-ci soulignaient quand même que tout n'était pas pris en charge. P5 signalait ainsi les dépassements d'honoraires de certains spécialistes : *« Mais y a des limites... C'est-à-dire que vous trouverez jamais un... un dermatologue qui va vous épiler au tarif de l'ALD, hein. Il va tricher. » P5.* P7 expliquait également un coût supplémentaire de sa chirurgie dans le privé : *« Alors je suis à 100% sur l'ALD. Mais vu que c'est en privé bin ça prenait pas tout. » P7*

La plupart des patients de l'échantillon disposait de l'ALD. Tous ceux qui en bénéficiaient en avaient fait la demande avec leur médecin généraliste.

Pour M4, la demande ALD était le seul rôle du médecin généraliste dans le parcours de transition : *« Bah dans leur transition, à part ce truc spécifique qui est demander l'ALD [...] la transition je m'en occupe pas vraiment, j'ai envie de dire. Je m'en informe, bien sûr, mais sans plus. » M4*

P6 avait demandé son ALD avec son médecin généraliste précédent. Il rapportait également la demande ALD comme le seul rôle de son médecin

généraliste de l'époque dans sa transition : « *Et j'pense que c'est une des seules choses qu'elle a fait... qu'on a fait avec elle, par rapport à ma transition.* » P6

La demande ALD était la seule démarche administrative effectuée par le médecin généraliste dans le cadre de la transition. L'implication du médecin généraliste n'allait parfois pas au-delà.

2) Une gestion de l'hormonothérapie par le médecin généraliste possible mais pas toujours souhaitée

Dans l'échantillon interrogé, certains médecins initiaient et géraient des hormonothérapies, tandis que les autres étaient susceptibles de renouveler l'ordonnance de leur patient, sans être en charge de la gestion du traitement.

Les médecins généralistes qui géraient des hormonothérapies se positionnaient en médecin généraliste spécialisé. M2-3 rapportait ainsi compenser le manque d'endocrinologues : « *Donc quand on parle de la relation entre un médecin généraliste et un patient trans, euh... nous on vient nous voir un peu euh... avec une casquette de spécialiste, on prend un petit peu le relais du manque de médecins endocrino, du manque de médecins hospitaliers* » M2-3.

M5 racontait qu'elle recevait des patients dont elle n'était pas médecin traitant dans le but d'initier l'hormonothérapie : « *La plupart des patients d'ailleurs, là que j'ai eu l'occasion de rencontrer, gardent leur médecin traitant, et que moi j'intervienne uniquement par rapport à la transition, j'pense que c'est... ça peut être intéressant.* » M5.

Le fait d'apparaître comme un médecin généraliste spécialisé dans l'hormonothérapie de la transition était justement un frein pour M4, qui craignait de voir arriver de nombreux nouveaux patients et de ne plus pouvoir recevoir ses patients actuels : « *si je commence à prescrire des hormones, ça va forcément me faire venir une nouvelle patientèle qui viendra pour ça, et que j'ai pas de place pour les voir !* » M4.

Un autre frein de M4 était son manque de compétence dans la prescription des hormones : *« Par rapport à l'hormonothérapie, moi j'me sens pas de l'initier, [...] ça me pose pas de souci de renouveler les ordonnances, mais j'me sens pas compétente, et pour le moment, j'ai pas envie de me former. » M4.*

Les patients étaient partagés concernant leurs attentes envers les médecins généralistes pour l'hormonothérapie. Plusieurs patients énonçaient que la prescription d'hormones par le médecin généraliste serait un idéal pour faciliter la prise en charge des patients trans.

« L'idéal ce serait qu'ils... que plus généralement, ben on leur explique qu'ils peuvent lancer un traitement hormonal, en fait hein, et... c'est pas si compliqué que ça, hein, en fait. » P2.

« si les médecins traitants étaient tous en compétence de faire ce suivi-là et avaient la place et le temps à dédier à ce sujet-là, ce serait bien. » P6.

Néanmoins, ces mêmes patients n'étaient pas personnellement dans une attente de la prescription hormonale par leur médecin généraliste.

« Mais j'avais pas trop confiance en lui pour prendre en charge mon traitement hormonal, vraiment... » P2.

« Mais ça dépend de comment ça se passe avec mon endocrinologue. Pour l'instant ça se... ça se passe bien, et je le vois pas très souvent de toute façon. » P6.

La prescription d'hormonothérapie apparaissait pratique et idéale pour les patients, mais ne semblait pas indispensable chez un médecin généraliste, qui était souvent mal à l'aise avec cette pratique.

3) Des difficultés freinant la prise en charge des patients trans

L'implication limitée des médecins généralistes dans la transition pouvait s'expliquer par plusieurs difficultés rapportées dans les entretiens.

La méconnaissance de la transition gênait les médecins et rendait difficile leur implication dans la transition des patients. M2-3 rapportait des difficultés lors

de ses premières prescriptions d'hormonothérapie : « *Donc voilà, ça faisait un petit peu peur.* » M2-3. M6 décrivait une absence de repères : « *J'ai peut-être pas eu assez de patients comme ça pour être complètement... Parce que la rareté fait aussi qu'on sait pas trop comment faire.* » M6.

La méconnaissance de la transition s'expliquait par une absence d'enseignement et une absence de questionnement personnel sur les transidentités, selon M2-3 : « *est-ce que vous connaissiez la transidentité, est-ce que vous aviez été formée sur le sujet ? – Pas du tout ! Pas du tout ! Comme euh, comme tout un chacun... 'fin voilà euh... Mais sans... sans m'être jamais interrogée moi-même sur ce qu'est le féminin, ce qu'est le masculin, et qu'est-ce qui... et comment... ouais...* » M2-3.

Les connaissances scientifiques semblaient limitées sur certains sujets spécifiques aux transidentités, et les médecins étaient parfois obligés d'improviser avec leurs connaissances, comme le rapportait M4 : « *y a des problématiques quand même assez spécifiques de la transition, des problématiques d'ailleurs sur lesquelles je me sens pas toujours forcément compétente mais en même temps, j'ai fini par comprendre que c'était un peu pareil pour tout le monde. Donc on demande quand on sait pas, et puis euh, et puis voilà.* » M4.

De façon miroir avec les mauvaises expériences passées des patients, les médecins généralistes présentaient fréquemment une crainte d'être intrusifs ou trop curieux. Ils avaient donc parfois du mal à interroger les patients sur leur histoire personnelle et ne s'impliquaient pas dans le questionnement identitaire des patients.

« *Effectivement, lui demander bah par exemple la question de son parcours, pourquoi etc. Ça, j pense que... s'il me dit, oui, mais spontanément j'aurais été gênée de poser la question en fait. 'Alors, qu'est-ce qui vous a décidé à vous changer en homme... ?'* » M6.

La plupart des médecins de l'échantillon n'était pas en difficulté pour genrer correctement le patient. M4 décrivait néanmoins des difficultés pour genrer P4, patient.e non-binaire : « *Et par contre j'ai beaucoup de mal avec le « iel »... J'ai beaucoup de mal à me l'approprier.* » M4. M7 expliquait avoir du mal à genrer P7 au masculin, car elle le connaissait depuis longtemps : « *Mais c'est parce que je la connais... Je LE connais depuis, depuis euh, depuis tout le temps quoi donc c'est euh... mais euh je me corrige.* » M7.

Ces difficultés des médecins généralistes limitaient leur implication dans la prise en charge des patients trans. Aborder la sexualité était une autre difficulté des médecins généralistes, qu'ils partageaient avec les patients.

4) Des difficultés communes pour aborder la sexualité malgré son importance et son utilité

La sexualité était un sujet important à aborder pour les patients. P5 rapportait notamment l'importance d'aborder avec les patients les perspectives de sexualité suite à la chirurgie : « *Mais c'est bien que les toubibs également ils entendent ça, parce qu'on n'ose pas trop en parler, mais c'est quelle sexualité après ?* » P5.

Aborder la sexualité avec les patients était difficile pour plusieurs médecins. M4 rapportait ainsi avoir des tabous sur la sexualité, qui étaient majorés auprès des personnes trans ou homosexuelles : « *Après des tabous... Certainement... Ouais, j pense que j'ai plus de mal... avec les personnes trans et avec les personnes cis mais homosexuelles, à aborder la sexualité vraiment, de façon j'dirais précise des pratiques. [...] Ca va beaucoup mieux qu'avant (rires). Parce qu'au tout début, c'était toute la sexualité, bon.* » M4.

M6 expliquait que la difficulté à aborder ces sujets était liée au fait de mal connaître les transidentités et de moins s'identifier à ces patients : « *Et puis l'abord de la sexualité avec une jeune fille adolescente aussi est très compliquée, donc euh. Néanmoins, j pense que c'est plus facile pour moi,*

d'abord parce que j'ai été une jeune fille adolescente... Que de m'imaginer ce que c'est quand on est transgenre. » M6.

Certains médecins n'étaient pas gênés pour discuter de ces questions et en parlaient facilement, comme M5 : *« moi c'est pas des sujets sur lesquels ça me pose problème de discuter » M5.*

Les patients décrivaient également des difficultés à aborder les questions de sexualité. P7 rapportait qu'il pouvait parfois y avoir une crainte du jugement, qui empêchait les patients de se confier : *« Parce que déjà les jeunes ils posent des questions ils ont déjà peur de la réponse, qu'on les juge. » P7.*

Les patients soulignaient néanmoins que la discussion autour de la sexualité pouvait favoriser la discussion autour de l'identité de genre dans un deuxième temps. P6 rapportait ainsi qu'il aurait pu être rassuré par une discussion ouverte autour de la sexualité avec son médecin généraliste : *« Ça aurait pu m'aider, ça aurait pu être utile, mais déjà, juste montrer qu'ils... bah qu'ils sont informés, qu'ils savent un minimum là-dessus, et que... bah me sentir à l'aise, si moi je venais à aborder le sujet. » P6.*

L'ouverture des médecins sur la sexualité était donc un signe encourageant pour leur ouverture sur l'identité de genre, selon les patients. Néanmoins, les patients insistaient sur la différence entre sexe, genre et orientation sexuelle. P4 rapportait l'explication qui lui avait été donnée lorsqu'il.elle s'interrogeait sur ce sujet : *« Les personnes intersexes ont des variations des caractéristiques sexuelles, toi, tu as simplement une identité de genre qu'on pourrait dire non-binaire, t'es dans l domaine de l'identité de genre. Nous, intersexes, on peut être intersexes, comme vous vous êtes des diadiques, intersexes, hétéro du point de vue de l'orientation sexuelle, et trans du point de vue de l'identité de genre... C'est 3 domaines différents. » P4*

La plupart des médecins de l'échantillon utilisait les termes « sexe » et « genre » en accord avec cette explication. Néanmoins, la différence était parfois floue, pour M6 par exemple, qui parlait bien d'un « patient transgenre », mais qui avait tendance à parler du « changement de sexe » de

son patient : *« Et que... et que ça va mieux, en fait. Depuis qu'il a décidé de changer de sexe. » M6*

Une sensibilisation des médecins à la question des transidentités lors de leurs études apparaissait fondamentale aux patients et pourrait permettre, sans avoir des connaissances exhaustives sur le sujet, d'aborder les questions d'identité de genre plus facilement selon les patients. *« C'est-à-dire qu'il faudrait quelques heures au moins qui soient données dans les cours de médecine, ça ça me paraît évident. 2) Il faut qu'il y ait des interventions de personnes trans également, pas forcément en cours, mais qu'il y ait des interventions pour que vous appreniez à les connaître » P5.*

Aborder la sexualité pouvait donc favoriser la discussion autour de l'identité de genre, malgré l'indépendance de ces deux notions dans la vie des patients. Ces sujets intimes restaient difficiles à aborder pour les patients comme pour les médecins.

Le rôle constant des médecins généralistes de l'échantillon dans la transition de leur patient semblait limité à la demande ALD. Certains médecins géraient l'hormonothérapie, se plaçant ainsi en médecin généraliste spécialisé dans l'hormonothérapie. L'implication plus marquée des médecins généralistes dans la transition était limitée par des difficultés principalement liées à de la méconnaissance sur les transidentités. Pourtant, les patients attendaient simplement des médecins ouverts avec qui parler de tous les sujets. La discussion autour de la sexualité semblait être un moyen détourné pour un médecin généraliste de montrer son ouverture, à condition de bien distinguer la différence entre sexualité et identité de genre.

DISCUSSION

1) Principaux résultats

L'accès aux soins des patients trans

Il existait des difficultés à l'accès aux soins, primaires et spécialisés, pour les personnes trans. Les patients présentaient des freins au recours aux soins liés notamment à de mauvaises expériences passées. Ils avaient souvent présenté une errance médicale avant de trouver un médecin généraliste jugé satisfaisant. Un choix précautionneux et un test du médecin généraliste rencontré étaient nécessaires dans ce contexte de difficultés.

Les patients rencontrés présentaient une forte consommation de soin, ce qui semble paradoxal avec les difficultés d'accès aux soins et les freins au recours aux soins décrits. Il est possible que les patients trans aient besoin d'un suivi rapproché.

Les attentes des patients trans

Les attentes des patients envers leur médecin généraliste étaient décrites comme simples. Les patients attendaient une écoute, une bienveillance, un travail en réseau.

La relation de confiance devait être instaurée par le médecin généraliste. Cette relation de confiance débutait par un accueil bienveillant de la transidentité, avec notamment un questionnement sur la façon dont le patient souhaite être genré.

Dans l'échantillon de ce travail, les patients présentaient une attente pour le réseau du médecin généraliste, mais la coordination de leur parcours de soin semblait être à leur charge. Le médecin généraliste semblait présenter une attitude contemplative face aux actions du patient dans cette coordination. Il est possible que le haut niveau socioculturel des patients de l'échantillon et leur implication au niveau associatif, soient à l'origine du rôle de coordinateur endossé par le patient. Il est également possible que les patients endossent le

rôle de coordinateur pour pallier le manque d'implication du médecin généraliste.

D'autre part, les patients étaient en attente d'une approche globale de la part des médecins. Paradoxalement, malgré une volonté d'approche globale, les médecins généralistes gardaient un discours très biomédical dans le récit de la transition du patient, et décrivaient peu le contexte psychosocial du patient. Les patients décrivaient pourtant des difficultés psychologiques et sociales parfois importantes. La contradiction entre volonté d'approche globale et absence de mention psychosociale dans les discours des médecins pourrait faire l'objet d'un travail de recherche complémentaire. Il est possible que cette contradiction ne soit pas spécifique aux transidentités mais soit une tendance générale des médecins généralistes lorsqu'ils parlent de leurs patients.

La relation dans la transition

Les patients présentaient une expertise sur la transidentité. Ce résultat peut être nuancé par l'implication associative des patients ainsi que par leur haut niveau socioculturel. Cependant, il est à noter que même les deux patients non-impliqués dans les structures associatives étaient très informés selon leur médecin généraliste. Le niveau de connaissances était donc plus important du côté des patients que de celui des médecins. Ce résultat est sans doute lié au fait que les patients rencontrés avaient commencé leur transition plusieurs années auparavant ; ils avaient donc avancé dans leur réflexion personnelle et avaient déjà effectué de nombreuses démarches d'information. De plus, il est probable que le haut niveau d'information des patients et le faible niveau d'information des médecins généralistes soit une réalité liée à la faible prévalence des transidentités impliquant le besoin de s'informer davantage pour le patient.

Les médecins généralistes soulignaient leur méconnaissance sur les transidentités pour justifier leur désengagement auprès des patients. En revanche, les patients ne réclamaient pas vraiment une formation, mais plutôt une sensibilisation de l'ensemble des médecins aux transidentités, montrant

ainsi que la maîtrise de l'aspect médical des transidentités par les médecins généralistes n'était pas attendue. Connaître l'existence des transidentités, être ouvert, et aborder la question de l'identité de genre étaient attendus par les patients. Malgré l'absence de formation sur ces sujets, les patients étaient majoritairement satisfaits de leur médecin généraliste, qui répondait à leurs attentes simples d'ouverture et de bienveillance. Il semble donc qu'une formation universitaire poussant à l'ouverture, la bienveillance, et la réflexion autour des questions de l'identité de genre soit suffisante pour donner au médecin généraliste les outils nécessaires à l'accompagnement des personnes trans.

Le milieu associatif était très présent dans le parcours des patients. Les médecins généralistes utilisaient également le milieu associatif comme une ressource sur laquelle s'appuyer dans l'accompagnement des personnes trans. Néanmoins, ce résultat peut être nuancé par le recrutement effectué majoritairement par le milieu associatif.

La construction de l'identité de genre

Les patients présentaient un questionnement identitaire continu et progressif, qui se poursuivait même après le coming-out et même après le début de la transition. Les patients décrivaient une identité dynamique, en construction permanente, sans rapporter de stabilisation ou de fin à la transition. Les médecins décrivaient parfois une stabilité de la transition, et évoquaient sa fin. Ce travail de confrontation entre le discours des patients et le discours des médecins a permis de constater un langage différent, laissant penser que la vision de la transition est également différente chez les patients et chez les médecins : la transition serait une étape transitoire dans la construction de l'identité de genre selon les médecins ; alors que la transition ferait partie intégrante de l'identité de genre, en construction permanente selon les patients.

Cette différence de vision peut être à l'origine d'une incompréhension de la part des médecins généralistes envers leurs patients. Les besoins de ces

patients sont potentiellement mal évalués, le médecin considérant que le questionnement identitaire du patient a pris fin.

La demande ALD semblait être le rôle principal du médecin généraliste dans la transition des patients interrogés. L'initiation et la gestion des hormonothérapies par le médecin généraliste facilitaient le parcours de soin des patients, mais ne semblaient pas être une condition indispensable dans le choix du médecin. Le médecin généraliste semblait donc avoir un rôle modeste dans la transition des patients et dans leur construction identitaire. Ce résultat remet quelque peu en question la vision du médecin généraliste impliqué dans chaque aspect de la vie de son patient. Il est vraisemblable que le médecin généraliste soit un participant comme un autre dans le cadre de la construction identitaire des patients trans.

2) Forces et limites

Cette thèse est la première étude qualitative française confrontant les expériences de personnes trans et de leur médecin généraliste.

Malgré les thèses soutenues ces dernières années, la littérature sur les transidentités en soins primaires est assez pauvre. Ce travail, par son caractère qualitatif, a permis une exploration, qui pourra ensuite être précisée par de futurs travaux.

L'intérêt de recruter des binômes plutôt qu'un recrutement de médecins d'un côté et de patients de l'autre était de pouvoir comparer les discours des uns et des autres autour d'une relation de soin commune, et donc de limiter le biais d'échantillonnage dans la comparaison médecins-patients.

L'échantillon de médecins présentait une grande diversité sur le nombre de patients trans suivis, avec un seul médecin ayant de nombreux patients trans, plusieurs médecins ayant un seul patient trans, et plusieurs médecins ayant quelques patients trans.

Une méthodologie rigoureuse et une triangulation de l'analyse ont été utilisées afin de limiter le biais d'interprétation.

L'échantillon était constitué de patients aux profils variés : âges différents, durées différentes depuis le début de la transition. Néanmoins, les patients présentaient majoritairement un haut niveau d'éducation et étaient souvent impliqués au niveau associatif. Ces caractéristiques sont probablement dues à un biais de recrutement, qui était effectué majoritairement à partir d'appels à témoignages relayés par des associations.

D'autre part, les patients étaient majoritairement satisfaits de leur médecin généraliste, mais plusieurs d'entre eux décrivaient une forme d'errance médicale avant de trouver un médecin généraliste satisfaisant. Le choix de s'intéresser à des binômes a pu être à l'origine de volontariat : les patients inclus étaient plutôt en contact avec le milieu de soin, et plutôt en bons termes avec leur médecin généraliste. De nombreuses personnes trans qui avaient initialement répondu à l'appel à témoignages n'ont finalement pas donné suite après explications sur les modalités du travail et la nécessité de recruter également leur médecin généraliste. L'absence de médecin traitant, ou la mauvaise relation avec celui-ci peuvent être à l'origine de la perte de ces patients initialement intéressés.

Les relations médecin-patient des binômes étaient majoritairement récentes, la rencontre ayant eu lieu au début ou après le début de la transition. Un seul binôme se connaissait depuis longtemps, mais la relation de soin était déjà distendue, sans rapport avec la transition. Les données n'étaient donc pas suffisantes sur l'impact de la transition dans une relation médecin-patient déjà établie. En revanche, l'impact de la transidentité sur le recours aux soins et sur une nouvelle relation médecin-patient a pu être décrit.

Les résultats de ce travail ne peuvent faire l'objet d'une généralisation. L'échantillon était de petite taille. Il existait un biais de sélection important : biais de recrutement en s'adressant essentiellement au milieu associatif, et biais de volontariat en recherchant des binômes de patients avec leurs médecins généralistes. Les données étaient insuffisantes sur l'impact de la transition dans une relation médecin-patient ancienne. Ce travail qualitatif n'avait pas vocation à l'exhaustivité et à la représentativité. Il a néanmoins

permis d'explorer la relation entre une personne trans et son médecin généraliste dans le cadre de la construction identitaire.

3) Comparaison avec la littérature

Les transidentités constituent un champ de recherche prolifique ces dernières années dans les thèses de médecine générale.

L'intérêt porté aux transidentités en médecine générale est récent : une thèse par revue systématique de la littérature de 2015 (22) n'a trouvé aucun article scientifique concernant les consultations en soins primaires dans le cadre de la transidentité. En 2018, une thèse quantitative par questionnaires (11) recense les motifs de consultation des personnes trans en dehors de la transition. L'état de santé de personnes trans consultant au sein d'une maison de santé lilloise a également été étudié dans une thèse par revue de dossiers en 2020 (10).

Trois thèses qualitatives (2) (3) (6) se sont intéressés au regard des personnes trans sur la médecine générale. Une autre thèse (8), quantitative, s'est intéressée à l'intégration des médecins généralistes dans le parcours de soin de patientes trans suivies dans un service hospitalier. Le recrutement de cette thèse était mixte : patientes suivies dans le service hospitalier et leurs médecins généralistes. Une méthode quantitative a été choisie pour mesurer l'intégration des médecins généralistes dans le parcours de soin des patientes. Une thèse (13) a cherché à comprendre le fonctionnement du Collectif Trans Hauts-de-France dans l'accompagnement des personnes trans.

La difficulté d'accès aux soins des personnes trans avait déjà été montrée à plusieurs reprises dans différentes études (5) (16) (25). Des freins au recours aux soins semblables avaient déjà été décrits dans une thèse de 2019 (9). Le choix précautionneux du médecin généraliste avait déjà été constaté également (3). Le test du médecin généraliste préalable aux confidences du patient a été constaté pour la première fois dans ce travail et devra faire l'objet de recherches complémentaires.

Les difficultés psychologiques et sociales constatées chez les patients de l'échantillon ont également été constatées dans une enquête américaine de 2010 sur les discriminations (16). Une thèse (10) s'est intéressée à l'état de santé des personnes trans, il serait intéressant de comparer l'état de santé et le recours aux soins des personnes trans par rapport à la population générale.

Les attentes d'ouverture, de bienveillance et d'approche globale, des patients de l'échantillon étaient concordantes avec les attentes soulevées dans d'autres thèses (2) (3) (6). Ces attentes sont en cohérence avec les compétences du médecin généraliste (18). Une étude interrogeant des adolescents trans (26) montrait la même attente de questionnement sur la façon dont le patient souhaite être genré que dans ce travail.

Néanmoins, une attente de coordination du parcours de soin par le médecin généraliste avait été précédemment décrite (6). Cette attente n'a pas été montrée dans ce travail. Le rôle de coordinateur du parcours de soin était endossé par le patient. D'autres travaux devront être réalisés pour comprendre cette position de patient coordinateur de son propre parcours.

Au niveau sociologique, la construction identitaire est une notion complexe, et très discutée. L'identité est composée de différentes facettes : ce que l'on est, ce que l'on pense être, ce que l'on souhaiterait être, ce que l'on renvoie aux autres, etc. Elle se construit à partir de sa propre perception, modulée par les interactions avec son entourage social. Elle est donc dynamique, et sera amenée à évoluer au cours de la vie de chaque individu (20). De plus, l'origine de l'identité de genre est multifactorielle (21) : biologique, génétique, hormonal, psychologique, social, ... L'identité de genre elle-même a longtemps fait et fait toujours l'objet de débats, certains préférant parler d'identité sexuelle ou d'identité sexuée, là où les personnes trans veulent marquer une distinction entre sexe et genre.

Cette description sociologique de l'identité est plus en accord avec la vision des patients d'une identité évolutive qu'avec celle des médecins qui considèrent une identité figée après un processus de construction. De futurs

travaux centrés sur les représentations des transidentités chez les médecins généralistes pourraient permettre de mieux comprendre leur vision.

4) Perspectives et implications pratiques

La construction de l'identité de genre est donc un phénomène complexe, qui dépasse les connaissances et les compétences du médecin généraliste. Face à cette complexité, le médecin généraliste doit sûrement rester humble et s'envisager seulement comme un accompagnant. L'interaction sociale avec le patient pose le médecin généraliste comme participant à la construction de l'identité de genre, au même titre que n'importe quel individu du cercle social du patient. Le statut du médecin généraliste lui permet néanmoins d'accompagner une souffrance éventuelle et de répondre aux demandes du patient en termes d'orientation, de traitement, ou de démarches administratives.

Pour favoriser l'accompagnement des médecins généralistes, et offrir un support alternatif, le concept de pair-aidance (4) se développe petit à petit. Il s'agit d'une relation d'aide entre une personne ayant expérimenté une problématique et un patient ayant actuellement cette problématique. Historiquement, la pair-aidance se développe principalement autour des problématiques psychiatriques. Elle se développe progressivement dans le cadre des transidentités. Elle permet d'intégrer au milieu de soin un patient-expert pouvant accompagner les patients, mais également aider les médecins comme une ressource spécialisée. Dans certains cas, les pairs-aidants peuvent même être rémunérés (13). Le pair-aidant peut alors être vu comme un intervenant en santé ayant une perception différente par sa qualité de pair. Le développement de la pair-aidance pourrait aider les médecins généralistes à mieux appréhender les spécificités des transidentités, en ayant un interlocuteur connaissant les problématiques des médecins autant que celles des patients.

CONCLUSION

La construction de l'identité de genre est une notion complexe, multifactorielle, difficile à appréhender pour le médecin généraliste. Chez les patients trans, la construction de l'identité de genre implique souvent une transition, qui est parfois associée à une souffrance psychologique, ou la nécessité d'un traitement hormonal ou chirurgical. Le médecin généraliste intervient alors dans cette construction de l'identité de genre.

La rencontre avec le médecin généraliste est difficile pour les patients, en raison d'une démographie médicale en baisse, mais aussi en raison de craintes et d'appréhensions liées parfois à de mauvaises expériences. Après un choix précautionneux de leur médecin généraliste, les patients le testent pour décider s'ils le gardent ou non.

Les attentes des patients sont des attentes de médecine générale « classique ». Ils attendent principalement une bienveillance et une ouverture de la part du médecin généraliste. Ils désirent une sensibilisation des médecins généralistes sur les transidentités plus qu'une formation exhaustive. Les patients attendent ainsi du médecin généraliste une approche plus globale, ce qui répond à la compétence d'approche globale à laquelle sont formés les médecins généralistes. Les médecins généralistes ont néanmoins une vision biomédicale de la transition de leur patient, et décrivent peu le contexte psychosocial du patient, malgré une aspiration de globalité.

Le questionnement identitaire est décrit par les médecins comme une étape précédant la transition, là où les patients décrivent plutôt un phénomène long et progressif, sans linéarité et sans finalité, se poursuivant au cours de la transition.

Les patients acquièrent alors des connaissances, dans le cadre de ce questionnement, en faisant appel notamment aux associations ou à leurs pairs. L'acquisition de connaissances mène le patient au statut de patient-expert, qui devient alors coordinateur de son parcours de soin face à un médecin généraliste contemplatif.

Le rôle principal du médecin généraliste dans la transition se résume à la demande ALD. Certains médecins généralistes font le choix d'être

prescripteurs d'hormonothérapie, devenant ainsi médecin généraliste « spécialisé en hormonothérapie » pour des patients qui gardent parfois leur médecin traitant habituel. Il existe une dichotomie entre d'une part la méconnaissance des médecins liée à la faible prévalence des transidentités et décrite comme un frein à la prise en charge, et d'autre part la satisfaction des patients avec leur médecin généraliste malgré cette méconnaissance. Le caractère intime des questions du genre rend difficile son abord pour les médecins généralistes comme pour les patients. L'abord de la sexualité sert parfois de sujet introductif aux questions du genre, malgré la différence entre sexe et genre, rappelée par les patients. Sexe, sexualité et genre sont des notions différentes, mais pouvant être reliées par leur caractère intime, qui gêne patients et médecins pour en parler ouvertement.

Ce travail de thèse s'est centré sur la place de la relation médecin-patient dans la construction identitaire des patients trans, et a fait émerger les difficultés des médecins généralistes et des patients trans. Le rôle modeste du médecin généraliste dans la transition et dans la construction identitaire devra être questionné à plusieurs reprises, les résultats de ce travail exploratoire ne pouvant être généralisés en l'état. De futurs travaux pourraient chercher à comprendre la difficulté des médecins généralistes à trouver leur place dans le parcours de soin des patients trans.

BIBLIOGRAPHIE

1. Alessandrin A. Du « transsexualisme » à la « dysphorie de genre » : ce que le DSM fait des variances de genre. Socio-logos [Internet]. 24 févr 2014;(9). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/socio-logos/2837>
2. Arène V. Identité de genre, questionnement, affirmation, transition : quelle place pour le médecin généraliste ? Paris 7, Paris Diderot; 2019.
3. Bazantay T. Les représentations sociales de la médecine générale chez les personnes transgenres [Internet] [Thèse d'exercice]. [2018-....., France]: Université de Lille; 2020. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2020/2020LILUM329.pdf
4. Castro D. Une brève synthèse de la littérature sur la notion de pair-aidance. Le Journal des psychologues. Martin Média; 5 févr 2020;n° 374(2):18-23.
5. Chrysalide. Enquête Chrysalide - « Santé Trans 2011 » [Internet]. 2011. Disponible sur: <https://www.chrysalide-asso.fr/wp-content/uploads/2019/10/santetrans2011.pdf>
6. Clément Vernier, Adèle Montpied. Regards des personnes transidentitaires sur leurs parcours de soins : quelle place pour la médecine générale ? Étude qualitative par entretiens semi-dirigés. Médecine humaine et pathologie. 2019.
7. Collin L, Reisner SL, Tangpricha V, Goodman M. Prevalence of Transgender Depends on the "Case" Definition: A Systematic Review. J Sex Med. avr 2016;13(4):613-26.
8. Drapier A-G. Place du médecin généraliste dans la prise en charge de la dysphorie de genre: retour d'expérience auprès de patientes et de médecins [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2018.
9. Duval E. Expériences et attentes de personnes trans en médecine générale - Première partie : Les freins à l'accès aux soins [Internet]. 2019 [cité 4 juin 2021]. Disponible sur: <https://ged.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/d554673d-ec58-4baf-a0b8-45863c056659?inline>
10. Fitere H. Une description de l'état de santé et des traitements de transition des personnes transgenres majeures suivies à la Maison Médicale Moulins à Lille [Internet] [Thèse d'exercice]. [2018-....., France]: Université de Lille; 2020. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2020/2020LILUM514.pdf
11. Garnier M, Ollivier S, Maynié-François C. En dehors du parcours de transition, quelles sont les spécificités de la demande de soin en médecine générale des patient-e-s transidentitaires ? Lyon, France; 2018.

12. Giami A. Identifier et classifier les trans : entre psychiatrie, épidémiologie et associations d'usagers. *L'information psychiatrique*. 2011;Volume 87(4):269-77.
13. Guillot C. Variations de genre : vers un accompagnement dé-psychiatisé? Enquête qualitative auprès du Collectif Trans Hauts-de-France [Internet]. 2019 [cité 4 juin 2021]. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2019/2019LILUM303.pdf
14. Haute Autorité de Santé. Sexe, genre et santé - Rapport d'analyse prospective 2020 [Internet]. www.has-sante.fr. 2020 [cité 29 mai 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/rapport_analyse_prospective_2020.pdf
15. Haute Autorité de Santé. Situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge médicale du transsexualisme en France [Internet]. www.has-sante.fr. 2009 [cité 29 mai 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-12/rapport_transsexualisme.pdf
16. Jaime M. Grant, Ph.D., Lisa A. Mottet, J.D., and Justin Tanis, D.Min. National Transgender Discrimination Survey Report on health and health care [Internet]. 2010 [cité 4 juin 2021]. Disponible sur: http://transexualia.org/wp-content/uploads/2015/03/Sanidad_ntdsreportonhealth.pdf
17. James, S. E., Herman, J. L., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L., & Anafi, M. The report of the 2015 U.S. transgender survey - Executive summary [Internet]. 2016 [cité 30 mai 2021]. Disponible sur: <https://transequality.org/sites/default/files/docs/usts/USTS-Executive-Summary-Dec17.pdf>
18. Laurence Compagnon, Philippe Bail, Jean-François Huez, Bertrand Stalnikiewicz, Christian Ghasarossian, Yves Zerbib, Claude Piriou, Émilie Ferrat, Samuel Chartier, Julien Le Breton, Vincent Renard, Claude Attali. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *Exercer*. 2013;148-55.
19. MAG, HES socialistes LGBT. Enquête sur le vécu des jeunes populations trans en France - Première analyse sur un échantillon retenu de 90 répondants au début avril 2009 [Internet]. 2009. Disponible sur: <https://itgl.lu/wp-content/uploads/2015/04/Enquete-jeunes-trans-HES-MAG-avril-09.pdf>
20. Marc E. La construction identitaire de l'individu [Internet]. *Identité(s)*. Éditions Sciences Humaines; 2016 [cité 6 juin 2021]. p. 28-36. Disponible sur: https://www.cairn.info/identites--9782361063283-page-28.htm?try_download=1

21. Mieyaa Y, Rouyer V. Genre et socialisation de l'enfant : pour une approche plurifactorielle de la construction de l'identité sexuée. *Psychologie Française*. 1 juin 2013;58(2):135-47.
22. Nakad L. Quels sont les motifs de consultation des personnes transgenres: revue systématique de la littérature [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7 (1970-2019). UFR de médecine; 2015.
23. Tarragon J. Comment aborder l'orientation sexuelle des patients consultant en médecine générale: étude qualitative réalisée dans les Hauts-de-France [Thèse d'exercice]. [2018-....., France]: Université de Lille; 2018.
24. World Professional Association for Transgender Health. Standards de soins pour la santé des personnes transsexuelles, transgenres et de genre non-conforme - 7ème version [Internet]. www.wpath.org. 2013 [cité 29 mai 2021]. Disponible sur: https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_French.pdf
25. Ziegler E, Valaitis R, Carter N, Risdon C, Yost J. Primary Care for Transgender Individuals: A Review of the Literature Reflecting a Canadian Perspective. *SAGE Open*. 1 juill 2020;10(3):2158244020962824.
26. Transgender Adolescents' Experiences in Primary Care: A Qualitative Study. *Journal of Adolescent Health*. 1 sept 2019;65(3):344-9.

Annexe 1 – Guide d’entretien avec les patients

« Bonjour ! Merci d’avoir accepté de me rencontrer. Je m’appelle Lise Tecquert, je suis étudiante en médecine, et je réalise une recherche sur la relation entre médecin généraliste et personne transgenre.

Pour ça, je réalise des entretiens d’environ 1 heure, avec des personnes transgenres et leur médecin généraliste, afin de recueillir leur expérience.

Cet entretien sera réalisé dans le respect de l’anonymat. Dans quelques instants, si vous êtes d’accord, je vais lancer l’enregistrement de notre conversation. J’enregistre afin de faciliter l’analyse de notre conversation. On y va ? »

début de l’enregistrement

Question brise-glace

Est-ce que vous voulez bien vous présenter ?

- ⇒ Âge
- ⇒ Sexe
- ⇒ Niveau socio-économique
- ⇒ Depuis quand connaissez-vous votre médecin généraliste ?

Le parcours de transition

Pouvez-vous me raconter votre parcours de transition jusque-là ?

- ⇒ A quel moment vous êtes-vous questionné ?
- ⇒ Qu’est-ce qui vous a questionné ?
- ⇒ Comment vous êtes-vous questionné sur votre identité de genre ?
- ⇒ Quels interlocuteurs avez-vous sollicité ?
- ⇒ A quels professionnels de santé avez-vous eu recours ?
- ⇒ Quel est votre projet ?

La place du MG dans le parcours de transition

Quelle place a eu votre MG dans votre parcours ?

- ⇒ Quelles étaient vos attentes par rapport à votre médecin généraliste ?
- ⇒ Comment a-t-il répondu à vos attentes ?
- ⇒ Quelle relation avez-vous avec votre médecin généraliste ?
- ⇒ Pourquoi n'a-t-il pas eu de place dans votre parcours ? (si pas de place)
- ⇒ Quelles connaissances avait-il de votre parcours ?
- ⇒ Quels contacts avait-il avec les autres professionnels de santé que vous avez rencontrés ?
- ⇒ Quelle relation a-t-il avec votre entourage ?

La place du MG dans le questionnement sur l'identité de genre

Quel rôle a eu votre médecin généraliste sur votre questionnement ?

- ⇒ Quand / Comment l'a-t-il su ?
- ⇒ Qu'est-ce qui est facile ou difficile à aborder ?
- ⇒ Comment a été abordée cette question ?
- ⇒ Pourquoi ne pas en avoir parlé avant ?
- ⇒ Qu'est-ce que vous auriez voulu que le médecin généraliste aborde ?
- ⇒ Qu'attendiez-vous de votre médecin généraliste ? (autre chose ? quoi ?)
- ⇒ Pour quelles questions avez-vous sollicité votre MG ? Quelles ont été ses réponses ?
- ⇒ Quelles questions a posé le MG ?

L'évolution de la relation

Quel impact la construction de votre identité de genre a-t-elle eu sur votre relation avec votre MG ?

- ⇒ Quelle relation aviez-vous avec votre médecin généraliste avant que cette question soit abordée ?
- ⇒ Est-ce que vous pensez que la question de votre identité de genre a modifié la relation avec votre MG ?
- ⇒ Si oui, comment et pourquoi ? Si non, qu'est-ce qui a fait qu'elle n'a pas été modifiée selon vous ? Qu'y avait-il avant ?

Annexe 2 – Guide d’entretien avec les médecins

« Bonjour ! Merci d’avoir accepté de me rencontrer. Je m’appelle Lise Tecquert, je suis interne en médecine générale. Je réalise une thèse sur la relation entre médecin généraliste et patient transgenre.

Pour ça, je réalise des entretiens d’environ 1 heure, avec des personnes transgenres et leur médecin généraliste, afin de recueillir leur expérience.

Cet entretien sera réalisé dans le respect de l’anonymat. Dans quelques instants, si vous êtes d’accord, je vais lancer l’enregistrement de notre conversation. J’enregistre afin de faciliter l’analyse de notre conversation. On y va ? »

début de l’enregistrement

Question brise-glace

Est-ce que vous voulez bien vous présenter ?

- ⇒ Âge
- ⇒ Sexe
- ⇒ Durée de pratique de la médecine générale
- ⇒ Connaissances a priori (avant son patient) de la question transidentitaire
- ⇒ Nombre de patients transgenres suivis

Le parcours de transition

Pouvez-vous me parler du parcours de transition de votre patient, jusque-là ?

- ⇒ Par quelles étapes est-il passé ?
- ⇒ Comment a-t-il été accompagné ?
- ⇒ Quels interlocuteurs a-t-il eus ?
- ⇒ Quels sont les professionnels qui ont le plus accompagné votre patient ?
- ⇒ Quel retentissement sur sa santé avez-vous constaté ?
- ⇒ Quel est son projet pour le futur ?

La place du MG dans le parcours de transition

Quelle place avez-vous eue dans son parcours ?

- ⇒ Quelles connaissances aviez-vous sur le parcours de transition avant de prendre en charge ce patient ?
- ⇒ Comment vous êtes-vous informés sur ce sujet pour ce patient ?
- ⇒ Comment et à qui avez-vous adressé votre patient ?
- ⇒ Quels échanges aviez-vous avec les autres professionnels de santé ?
- ⇒ Comment avez-vous été intégré dans la prise en charge de la transition de votre patient ? Et par qui ? (les autres professionnels de santé, le patient, ...)

La place du MG dans le questionnement sur l'identité de genre

Comment avez-vous aidé votre patient dans son questionnement ?

- ⇒ Quand / Comment avez-vous su que votre patient était trans ?
- ⇒ Qu'est-ce qui est facile ou difficile à aborder ?
- ⇒ Comment a été abordée cette question ? (Par qui, à quelle occasion)
- ⇒ Pourquoi ne pas avoir abordé la question de l'identité de genre auparavant ?
- ⇒ Quelles difficultés avez-vous eues face aux questions du patient ?

L'évolution de la relation

Quel impact la construction de l'identité de genre de votre patient a-t-elle eu sur votre relation ?

- ⇒ Quelle connaissance aviez-vous de votre patient avant son changement d'identité de genre ?
- ⇒ Quelle connaissance aviez-vous de son entourage ?
- ⇒ Est-ce que vous pensez que la question de l'identité de genre a modifié votre relation avec ce patient ?
- ⇒ Si oui, comment et pourquoi ? Si non, qu'est-ce qui a fait qu'elle n'a pas été modifiée selon vous ? Qu'y avait-il avant ?

SOUTENANCE A CRETEIL

YEAR: 2021

AUTHOR (NAME – FIRST NAME): TECQUERT Lise

THESIS DIRECTOR: Dr MOSCOVA Laura

TITLE: THE PHYSICIAN-PATIENT RELATIONSHIP WITHIN THE IDENTITY BUILDING OF TRANS INDIVIDUALS: A QUALITATIVE RESEARCH ON PATIENTS AND THEIR GENERAL PRACTITIONERS

General practitioners (GP) will be increasingly confronted with trans individuals, because the trans population increases. The aim of this work was to understand the experiences of general practitioners and their trans patients towards gender identity building.

METHODS: This work is a qualitative research on patient-GP pairs. 11 one-on-one semi-structured interviews took place between August 2020 and April 2021. A phenomenological analysis was conducted.

RESULTS: Seeking care was difficult for interviewed patients, due to a mistrust in the physicians. The patients chose carefully and tested their GP. They were expecting “classical” care, with a comprehensive approach. The vision of GP over the transition was biologically and medically centered. They didn’t raise the importance of social transition, which was described by the patients. The patients explained that they were continuously questioning their identity, whereas the GP thought that the questioning took place exclusively in the past. The patients ensured the coordination of their healthcare circuit, thanks to their expertise. GP had a limited role in transition: they requested the french “100% funding” for gender dysphoria and they sometimes managed hormone therapy. Intimate subjects, such as sexuality or gender identity, were difficult to talk about with the patients, according to GP.

DISCUSSION: GP seem to have a limited role in identity building of their patients. Future works should be done in order to confirm this result. Gender identity building is a complex process, which is difficult for the GP to grasp. “Peer-aid” is a concept currently being developed, that can support GP on these subjects.

KEY WORDS:

- Transgender persons
- General practitioners
- Physician-patient relations
- Gender identity
- Qualitative research

UNIVERSITY ADDRESS: 8, Rue du Général SARRAIL
94010 CRETEIL CEDEX

SOUTENANCE A CRETEIL

ANNEE : 2021

NOM ET PRENOM DE L'AUTEUR : TECQUERT Lise

DIRECTEUR DE THESE : Dr MOSCOVA Laura

TITRE DE LA THESE : LA RELATION MEDECIN-PATIENT DANS LA CONSTRUCTION IDENTITAIRE DE PATIENTS TRANS : ETUDE QUALITATIVE AUPRES DE PATIENTS ET LEURS MEDECINS GENERALISTES

Les médecins généralistes (MG) sont de plus en plus confrontés aux personnes trans, car cette population augmente. L'objectif de ce travail était de comprendre les expériences de MG et de leurs patients trans face à la construction de l'identité de genre.

METHODE : Ce travail est une recherche qualitative sur des binômes de patients trans et leur MG. 11 entretiens semi-dirigés individuels ont été réalisés entre août 2020 et avril 2021 et analysés selon une approche phénoméno-pragmatique.

RESULTATS : Le recours aux soins des patients interrogés est difficile, en raison d'une méfiance envers les médecins. Les patients choisissent précautionneusement leur MG et le testent. Les patients ont des attentes de médecine générale « classique », avec une place importante pour l'approche globale. La vision des MG sur la transition semble très biomédicale, avec des récits occultant la transition sociale des patients. Le questionnement identitaire est un processus continu, alors que les MG le considèrent antérieur à la transition. Le patient présente une expertise qui lui permet d'assurer la coordination du parcours de soin. Le rôle du MG dans la transition est limité à la demande ALD et parfois à la gestion de l'hormonothérapie. Les sujets intimes que sont la sexualité et l'identité de genre sont difficiles à aborder pour les MG.

DISCUSSION : Les MG semblent avoir un rôle limité dans la construction identitaire de leurs patients. De futurs travaux devront être réalisés pour confirmer ce résultat. La construction de l'identité de genre est un processus complexe difficile à appréhender pour le MG. La pair-aidance est un concept qui peut accompagner les MG sur ces sujets.

MOTS-CLES :

- Personnes transgenres
- Médecins généralistes
- Relations médecin-patient
- Identité de genre
- Recherche qualitative

ADRESSE DE L'U.F.R. : 8, Rue du Général SARRAIL
94010 CRETEIL CEDEX