



HAL
open science

Expériences et vécu des médecins généralistes lors de la prise en charge des personnes trans

Leïla Puydupin, Marie Lefèvre

► **To cite this version:**

Leïla Puydupin, Marie Lefèvre. Expériences et vécu des médecins généralistes lors de la prise en charge des personnes trans. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04752092

HAL Id: dumas-04752092

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04752092v1>

Submitted on 24 Oct 2024

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.

IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

NANTES UNIVERSITÉ

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2024

N°

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

(DES de MÉDECINE GÉNÉRALE)

par

Leïla PUYDUPIN et Marie LEFÈVRE

Présentée et soutenue publiquement le 04/07/2024

**EXPÉRIENCES ET VÉCU DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES LORS DE LA PRISE
EN CHARGE DES PERSONNES TRANS**

Président : Monsieur le Professeur Jérôme RIGAUD

Directrice de thèse : Docteure Françoise OHEIX

REMERCIEMENTS COMMUNS

Au Professeur Jérôme Rigaud, nos plus sincères remerciements pour l'honneur que vous nous faites d'avoir accepté la présidence du jury de cette thèse.

À la Docteure Pauline Duret, merci beaucoup d'avoir accepté, dans l'urgence, de donner de votre temps afin de lire et de juger ce travail, nous vous en sommes très reconnaissantes.

A notre directrice de thèse, la Docteure Françoise Oheix, sans qui l'idée de cette thèse n'aurait jamais germé. Merci pour l'encadrement dont tu nous as fait bénéficier et surtout ta disponibilité, ta patience et ton investissement durant toutes ces années de travail.

Aux médecins ayant participé à cette étude : Un grand merci pour le temps que vous nous avez consacré et pour la confiance que vous nous avez accordée en acceptant de partager avec nous vos expériences respectives.

A la fine équipe de Châteaubriant « Shiny Castel » : Hannah, Léa, Morgane et Thuy. Une petite famille s'est créée durant ce premier stage d'internat, rendant nos vies plus douces, plus solidaires et plus funs que ne le laissaient présager les urgences et la campagne castelbriantaise. De supers moments passés ensemble entre bar, repas, piscine et sauna. Toutes différentes mais toutes géniales, merci pour tout ce que vous nous avez apporté, pour votre soutien et votre bonne humeur durant ces dernières années d'internat. On a commencé ensemble , on finit ensemble !

REMERCIEMENTS DE LEÏLA :

A ma grande famille recomposée (dont je ne pourrais citer tous les noms) :

Merci de m'avoir supportée et soutenue pendant toutes mes études. Je ne pouvais pas rêver d'une plus belle famille que la mienne. Je vous aime.

Maman, merci pour la relecture et la correction de mes nombreuses fautes d'orthographe. Mais surtout merci d'avoir toujours été présente quand j'en avais besoin.

Papa, merci pour tes conseils, ton soutien et ton calme à toute épreuve qui apaise mes angoisses.

Bibi, ma marâtre préférée, merci pour ton accueil avant mon concours et pour tous les bons moments passés ensemble.

Didier, merci pour m'avoir partagée ta passion pour la médecine.

Morgane, ma jumelle, ma moitié, comment résumer à part te dire que je t'aime plus que tout au monde.

Manon, Elsa, Arthur, je vous ai vu grandir un peu trop vite à mon goût (phrase de vieille lol) et devenir de belles personnes, je suis fière d'être votre sœur.

Mamie Anne et Grand père Bernard, merci de m'avoir poussé à continuer en me demandant à chaque fois des nouvelles de cette thèse qui s'éternisait.

A Marie :

Ma co-thésarde de rêve devenue mon amie. Qui aurait cru que deux filles aussi différentes arriveraient à mettre au monde (avec forceps) cette thèse ! Merci pour ta bienveillance et ta compréhension dans mes moments de doute. Je n'aurais jamais réussi à finir cette thèse sans toi. Tu es une personne authentique et extraordinaire, ne change pas. Je te souhaite plein de bonheur pour la suite.

A mes amis :

Camille, ma psychologue préférée, maintenant ma coloc mais surtout mon amie. Merci pour ton soutien et ton écoute depuis des années maintenant. Mais aussi pour les supers débriefs de nos vies et fous rires au bar que j'attendais toujours avec impatience. Tu comptes énormément pour moi alors fais gaffe à ton VGM parce que je ne sais pas ce que je deviendrais sans toi !

Marie, d'une rencontre en voyage, une belle amitié est née. Tu es une fille géniale même si je sais que tu ne t'en rends pas toujours compte. Tous les moments passés ensemble me manquent et j'attends toujours que tu rentres vivre en Bretagne (oui j'y crois encore) parce que c'est beaucoup moins marrant à Rennes sans toi.

Juliette, ma plus vieille amie (le primaire, ça date !). Tu as été un pilier pour moi lors de ces premières années de médecine, ensemble toute velues et boutonneuses. Merci d'être restée avec moi en amphi même quand tu avais décidé d'arrêter. Je n'aurais jamais traversé cela sans toi. A bientôt à la Réunion ! Sherby

Au Doudou club, pour toutes ces soirées et week-ends de folie passés ensemble à refaire le monde qui me permettaient de m'évader et de rire à ne plus pouvoir m'arrêter !

Max et Adeline, mon plus grand regret dans le fait d'avoir quitté Nantes est de vous voir moins souvent. Merci de m'avoir fait l'honneur d'être témoin à votre mariage !

Anouk, Bertichou, Ben, Alexis, Grégoire et Quentin sans qui l'externat n'aurait jamais été aussi marrant !

Thibault, pour cette première année de médecine où tu arrivais à me faire rire dans les pires moments.

Aux Bettonnais, qui malgré les chemins différents et les années passées ont su rester soudés comme à l'ancienne !

A Clara, Cassandre, Victoria et Princesse Commère, ce que j'adore, c'est que malgré les rencontres moins fréquentes, c'est toujours comme si on s'était quitté la veille.

A Corentin : Pour toute l'aide que tu nous as apportée aux différentes étapes de ce travail de thèse, un énorme MERCI !

A mes collègues :

Caroline, Hoel, Lise et Pierre, votre façon de travailler ensemble et votre passion pour votre métier est inspirante pour moi. Merci d'avoir toujours répondu présent quand j'avais besoin d'un conseil. J'ai énormément appris à vos côtés et je vous remercie de m'avoir permis d'exercer au sein votre maison de santé.

REMERCIEMENTS DE MARIE :

Tout d'abord, je souhaite te dire merci à toi, **Leïla**, ma chère co-thésarde ! Merci d'avoir partagé le travail que constituait cette thèse. Malgré tes peurs et tes doutes, tu as su me motiver à avancer dans cette aventure, su débattre autour des étiquettes plusieurs heures d'affilée, su me supporter quand je coupais les cheveux en quatre, et aussi su prendre soin de toi quand ça a été nécessaire. On finit par bien se connaître, à se téléphoner régulièrement plusieurs années de suite, pour parler et de la thèse, et de nous. Et pour cette amitié, effectivement aussi improbable que simple et sincère (sincère comme toi !), un immense merci. Je te souhaite un maximum d'épanouissement dans ta vie et de profiter à fond de l'été maintenant qu'on a (enfin) fini !

Ensuite, je veux dire toute ma reconnaissance (c'est-à-dire beaucoup) aux personnes qui ont participé de près ou de loin à ce manuscrit par leur relecture, leurs conseils, leurs corrections, la transmission de toutes sortes d'articles sur le sujet ou encore par de bonnes discussions. Tout cela m'a donné du grain à moudre et un bon coup de main. Je remercie donc: **Jeanne**, pour ta relecture et tes conseils dès le stade embryonnaire des résultats. Nos discussions me passionnent et me réconfortent et ta disponibilité et ton écoute dans nos échanges ont une grande valeur pour moi. **Mes parents**, voir votre curiosité et votre ouverture à la lecture de ce travail m'a fait du bien (et profiter des extraordinaires conditions matérielles et émotionnelles/affectives de Josselin aussi !). Vos encouragements, vos compliments et vos mots d'amour me vont toujours droit au cœur. Merci ! **Rosalie et Danièle**, votre enthousiasme à traquer la moindre faute m'a beaucoup appris sur l'orthographe, la grammaire et la syntaxe ! Je me suis sentie bien entourée en voyant régulièrement le google doc se modifier à votre passage, merci à vous deux. **Gaspard**, grâce à toi la discussion fût vraiment une discussion, et même si je n'ai pas pu explorer toutes les pistes ouvertes, tes réflexions ont bien nourri la mienne. Merci d'avoir pris le temps et l'énergie que cela demandait.

À Corentin : notre relation date du début de cette thèse, j'espère qu'elle ira bien, bien, bien au-delà de sa conclusion. Un jour, tu as craqué l'allumette de tous les possibles et nous voilà, sillonnant la vie avec liberté. Je te remercie pour tous les efforts que tu fais pour que nous puissions nous comprendre, et apprendre. Merci aussi pour ton écoute, tes pardons, tes blagues et ta joie de partager le quotidien. Enfin, merci de t'être investi aussi sur ce travail. Tu as été un précieux allié : efficace, pertinent, disponible, et attentif à ne pas vexer mon égo. Merci !

Un grand merci à toutes les personnes et tous les lieux où j'ai pu travailler sereinement tout au long de ces années : au Cardurand et ses habitantes : Mathilde et Hannah, à Epsylan et son appart gratuit au milieu de la forêt fantastique de Blain, à la médiathèque de Nantes, à la médiathèque de Vire, à la médiathèque de La Châtre, au 6^e chemin des Cruyères à Josselin, à Robin et Emilie à La Batie Neuve, et finalement à Olga et toute La Lisière à Dole.

Une petite dédicace à Philippe Cauvin, Raoul Bercovici et Michael Crichton, qui sait, peut-être à l'origine de mon métier !

Merci aux médecins qui m'ont marquée, passionnée, inspirée ou aidée et que je ne veux pas oublier. En me donnant envie de pratiquer la médecine, vous m'avez aidée à aller jusqu'au bout de ces études et donc de ce travail de thèse: Docteur Lamour, Maryannick Le Gueut, Allain Caubet, Vincent Morel, Clément Chéhense, Raphaël Martins, Nimol Chhor, Docteur Thierry, Cédric Arvieux, Matthieu Revest, Pierre Tattevin, Patrick Jégo, Docteur Ethier, Helene Broch, Sabrina Giraud, Benoit, Olivier David, Nicolas Hourdin, Françoise Oheix, Guillaume Guetz, Maelenn Dagorne, Albanne Hamelin, Renaud Defebvre, Jean Marc Cherriaux, Jérémie Le Brun, Adeline Bosc, Barbara Veilhan, Maureen Floquet, Claire DLM. Merci aussi aux paramédicaux croisés tout au long du chemin : vous avez participé à me former (tout particulièrement en pédiatrie, en psychiatrie, en oncologie, en gériatrie et en addictologie), et parfois à préserver ma santé mentale grâce à votre humour, votre empathie ou simplement votre présence. Et enfin, merci à tous les camarades, copain·es et ami·es avec qui, (mais aussi grâce à qui), j'ai traversé tout ça : Servane, Kevin, Dan, les filles du foyer ; mes amours du Karcher : Marine, Claire, Mathilde, Marion, Anne-Clothilde, Loulou, Caroline, Mathieu, Matthieu, Anne Marie, Maé, Pauline et mes +1 préférés (Elie, Guillaume et Roman) ; mes ami·es « de gauche » : Sylvain, Fanny, Manon, Florian, Félix ; les rencontres faites sur la route : Anne Samia, Claire Billy, Jamal et Anne Hélène ; mes colocs de Saint-André et surtout Cédric avec qui j'ai passé le confinement ; les castelbriantaises, toutes fantastiques mais déjà citées ; ma géniale team de gériatrie : William et Charlotte ; Lorraine, ma chère collègue d'addictologie ; la team rafraichissante de la FCIL : Ephrem, Florine, Clément, Solenn ; et ceux que je compte retrouver dans mon nouveau chez-moi, là-haut, en Normandie : Jean, Rosalie, Gaspard, Baptiste, Anatole, Guy, Antoine, Neno, JR, Shirley et Manel, Jean-Charles, Sergio, Adèle. Et pour finir, mes extraordinaires adelphe·s : Jeanne, Blandine, Térésa, Yvan et Lilly. Je vous aime du fond de mon cœur.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	2
TABLE DES MATIERES	7
LISTE DES ABREVIATIONS.....	9
GLOSSAIRE.....	12
PREAMBULE.....	16
INTRODUCTION.....	17
RAPPEL HISTORIQUE : médicalisation et démedicalisation des transidentités	20
MATERIEL ET METHODES.....	24
I. Type d'étude.....	24
II. Recrutement des participants	24
III. Recueil de données.....	24
IV. Analyse des données	25
RESULTATS.....	27
I. Présentation de l'échantillon	27
II. Retour d'expérience : les médecins face aux transidentités.....	29
A. Connaissances et méconnaissances des médecins généralistes.....	29
B. La rencontre avec les patient·es	37
C. Satisfactions retirées des rencontres avec les personnes trans	45
III. Défis lors de la prise en charge des personnes trans	48
A. Les problèmes de communication	48
B. Difficultés liées aux parcours de transition	51
C. Difficultés non spécifiques au contexte des transidentités	58
IV. Rôle des médecins généralistes et besoins exprimés	64
A. Représentation du rôle des médecins généralistes	64
B. Besoin.....	69

DISCUSSION	73
I. Forces et faiblesses de l'étude.....	73
A. Forces	73
B. Limites.....	74
II. Principaux résultats	76
A. Des compétences relationnelles et d'adaptation.....	76
B. Des freins législatifs, administratifs et institutionnels.....	78
C. Inquiétudes morales et évolution sociétale globale.....	81
D. Un besoin de formation et d'information	83
E. Quel rôle/place pour le médecin généraliste ?.....	86
CONCLUSION	89
BIBLIOGRAPHIE	91
ANNEXES	98
Annexe 1 : Positionnement des chercheuses	98
Annexe 2 : Guide d'entretien	100
Annexe 3 : Formulaire de consentement et données démographiques	101
Annexe 4 : Notes post-entretiens	103
Annexe 5 : exemple de codage sur Word et Excel	110
Annexe 6 : Arbre de codage	111
RÉSUMÉ.....	132

LISTE DES ABREVIATIONS

ABC : Association Beaumont Continental

AFAB : Assigned Female At Birth

AFS : Association de Formation pour la Santé

ALD : Affection de Longue Durée

AMAB : Assigned Male At Birth

AMAHO : Association d'Aide aux Malades Hormonaux

AMM : Autorisation de mise sur le marché

ASB : Association du Syndrome de Benjamin

CCL : Centre du Christ Libérateur

CDPI : Chambre Disciplinaire de Première Instance

CEDH : Cour Européenne des Droits de l'Homme

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIM : Classification Internationale des Maladies

CNAM : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CROM : Conseil Régional de l'Ordre des Médecins

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DMG : Département de Médecine Générale

DPC : Développement Professionnel Continu

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

FPATH : French Professional Association for Transgender Health

FtM ou Ft* : Female to Male ou female to *

GAT : Groupe Activiste Trans

HAS : Haute Autorité de Santé

HCE : Haut Conseil à l’Egalité entre les femmes et les hommes

HSH : Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INPES : Institut National de Prévention et d’Education pour la Santé

ISS : Inégalités Sociales de Santé

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

LGBTQI : lesbiennes, Gays, Bisexuelles, Trans, Queers, Intersexes

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MDS : Maison Dispersée de Santé

MtF ou Mt* : Male to Female ou Male to *

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

P : Participant

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

RCP : Résumé des Caractéristiques du Produit

ReST : Réseau de Santé Trans

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

RITA : Ressort Intersexe et Trans en Action

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SFTG : Société de Formation Thérapeutique du Généraliste

SIDA : Syndrome d’Immunodéficience Acquise

SoFECT : Société Française d’Etudes et de prise en Charge de la Transidentité

THF : Traitement Hormonal Féminisant

THM : Traitement Hormonal Masculinissant

THS : Traitement Hormonal Substitutif

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

VHB : Virus de l'Hépatite B

VHC : Virus de l'Hépatite C

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

GLOSSAIRE

Le glossaire ci-après propose une liste non exhaustive des termes issus de la culture trans dont certains sont utilisés dans ces travaux. Les définitions présentées ne font sans doute pas l'unanimité, il convient, bien sûr, de s'adapter aux façons dont les personnes s'auto-déterminent. *Ces définitions sont directement inspirées ou tirées du glossaire de l'association Ressort Intersexe et Trans en action (RITA : une association trans et intersexe de Grenoble), du lexique du planning familial, du lexique des Trans Posé·e·s (Tours), du lexique du guide chrysalide (Lyon).*

Assignment à la naissance : Sexe (et par conséquent, genre) attribué par le corps médical à la naissance d'un individu d'après les caractéristiques génitales de celui-ci.

Autodéfinition : Le principe d'autodéfinition implique que les données sur les **caractéristiques des personnes** (comme le genre) sont **fournies librement par les personnes** auxquelles elles se rapportent. Cela désigne la possibilité pour une personne de définir qui elle est.

Autodétermination (droit à l') : Dans ce contexte, principe selon lequel chaque personne doit avoir la possibilité de choisir son parcours, ses médecins, ainsi que les traitements, opérations et actions qu'elle souhaite. Aussi appelé « parcours libre ».

Chirurgie d'affirmation (aussi appelée « de réassignation ») de genre: Chirurgie de modification des caractéristiques sexuelles primaires ou secondaires dans le but d'affirmer l'identité de genre d'une personne.

Cis / cisgenre : Personne ne se ressentant pas d'un autre genre que celui qu'on lui a assigné à la naissance.

Deadname : Nom donné à la naissance et rejeté car renvoyant à l'assignation.

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

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

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

Dysphorie de genre : Terme médical utilisé dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V /Manuel de Diagnostic en Santé Mentale) pour décrire la détresse des personnes trans face à un sentiment d'inadéquation entre leur sexe assigné et leur identité de genre. Il est contesté par les associations militantes et collectifs trans qui lui reprochent son caractère pathologisant.

Empowerment (ou empouvoirement) : Processus par lequel l'individu s'émancipe, s'autonomise. D'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 2011, la clef de l'empowerment se trouve dans « la transformation des rapports de force et des relations de pouvoir entre les individus, les groupes, les services et les gouvernements ».

Femme trans : Femme assignée homme à la naissance. On parle d'elle au féminin.

Synonymes : Male To Female ou Male to * (**MtF ou Mt***) et Assigned Male At Birth (**AMAB**), termes à éviter car focalisant sur l'assignation.

Homme trans : Homme assigné femme à la naissance. On parle de lui au masculin.

Synonymes : Female to Male ou female to * (**FtM ou Ft***) ou Assigned Female At Birth (**AFAB**), termes à éviter car focalisant sur l'assignation.

Identité de genre : Le genre avec lequel la personne se perçoit.

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

Intersexe : Selon la définition récente de l'Organisation des Nations Unies (ONU), ce terme désigne les personnes « nées avec des caractéristiques sexuelles qui ne correspondent pas aux définitions typiques de "mâle" et "femelle" ». Ces variations peuvent se trouver au niveau chromosomique, anatomique, gonadique ou hormonal.

Mégenrer : Utiliser le mauvais pronom ou le mauvais genre pour s'adresser à une personne. Par exemple : dire « Elle » à propos d'un homme trans. Peut-être volontaire (discrimination directe) ou involontaire (discrimination indirecte).

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

Passing : Terme utilisé par les personnes trans quand elles se sentent considérées, en un seul coup d'œil, comme appartenant au genre choisi.

Personne trans / transgenre / transidentitaire : individu qui vit ou souhaite vivre dans un genre différent de celui qui lui a été assigné à la naissance. Ce terme englobe toutes les personnes ayant fait ou souhaitant faire le choix d'une transition, qu'elles choisissent ou non d'avoir recours à des traitements médicaux et/ou chirurgicaux dans cet objectif. Nous avons choisi dans ce travail d'utiliser le terme de « personne trans » qui nous semble être le plus inclusif.

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

Sexe : Terme utilisé pour désigner le sexe biologique d'une personne ou d'un groupe. Utilisé seul il recouvre le sexe chromosomique, le sexe gonadique, le sexe anatomique, et le sexe physiologique.

Transsexuels: Ce terme stigmatisant et pathologisant, introduit par les psychanalystes dans les années 50 dans le registre de la psychose, est proscrit aujourd'hui. De plus, il répand par son étymologie, la confusion que les transidentités seraient une "sexualité".

Transidentités : La transidentité désigne le fait, pour une personne, d'avoir une identité de genre différente du genre qui lui a été assigné à la naissance. Ce terme permet de mettre l'accent sur l'identité sociale plutôt que sur la sexualité. On l'utilise en général au pluriel pour souligner la diversité des identités et des parcours.

Transition : Ensemble de vécus (période d'évolution physique, psychologique et sociale) liés à un changement de genre social. Ce processus est souvent appelé à tort « changement de sexe ». Elle peut être uniquement entreprise d'un point de vue social, et n'est pas forcément médicalisée.

Transphobie : Ensemble des préjugés, discriminations et violences symboliques, psychiques et/ou physiques dont sont victimes les personnes trans, que ce soit par idéologie, ignorance ou haine.

Transsexualisme : terme médical utilisé pour catégoriser la transidentité en maladie mentale, aujourd'hui absent des références scientifiques mondiales.

Vaginoplastie : Opération chirurgicale visant à construire un (néo-)vagin, et parfois un (néo-)clitoris, à partir de l'appareil génital mâle.

PREAMBULE

Positionnement des chercheuses (*cf annexe 1*):

Il semble important de préciser où se positionnent les chercheuses : femmes cisgenres, médecins généralistes remplaçantes. Aucune d'entre nous n'avions, avant de débiter cette thèse, pris en charge de personne trans. Ce sujet a été proposé par notre directrice de thèse suite à des rencontres avec des personnes trans lors de ses consultations.

Choix des termes utilisés :

Nous avons choisi d'utiliser le terme de « personnes trans » qui semblait être celui le plus souvent utilisé par les associations trans et qui semblait le plus inclusif. Nous utilisons également le terme de « transidentité » pour décrire le fait, pour une personne, d'avoir une identité de genre différente du genre qui lui a été assigné à sa naissance. Ainsi nous parlerons donc des « transidentités », au pluriel, pour souligner la diversité des identités et des parcours.

Choix de l'écriture inclusive :

Avec l'aide des recommandations du Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (HCE) pour une communication sans stéréotype de genre, cette thèse est rédigée en écriture inclusive/égalitaire. Nous utiliserons parfois l'emploi du féminin pour parler d'un groupe mixte.

INTRODUCTION

Les personnes trans sont des individus qui vivent ou qui souhaitent vivre dans un genre différent de celui qui leur a été assigné à la naissance. La période d'évolution physique, psychologique et sociale liée à un changement de genre est appelé « transition ». Cette transition peut être sociale, médicale, et/ou juridique. Sociale, elle consiste en un choix de vie sociale dans le genre choisi, souvent accompagné d'un changement du prénom d'usage. Médicale, elle vise à réduire les caractéristiques physiques non désirées et à développer celles du genre auquel s'identifie la personne. Enfin, juridique, elle implique le changement de prénom et de genre à l'état civil. La transition peut être uniquement entreprise d'un point de vue social ou juridique : elle n'est pas forcément médicalisée.

Aujourd'hui, en France et dans le monde, la grande majorité des personnes trans subissent toujours de la stigmatisation, des violences, et des discriminations directes et indirectes (1). Ces discriminations, concernant par exemple l'accès au logement, à l'emploi et à la santé, entraînent une précarité socio-économique et des inégalités sociales de santé. En effet, des études nationales et internationales attestent d'un non-recours ou d'un recours trop tardif aux soins, même primaires, en raison d'un accueil souvent inadapté et/ou discriminant (mégénrage, questions déplacées, refus de prises en charge) : d'après une étude européenne de 2019, parmi les répondants trans en France, une personne sur trois rapporte s'être sentie discriminée par le personnel médical (infirmière, médecin, secrétaire médical) au cours de l'année précédant l'enquête, et presque la moitié des participants de l'étude déclarent ne pas s'ouvrir à leurs soignant·es sur leur transidentité (2). Pire, une personne sur quatre dit renoncer complètement à des soins par peur d'être discriminée. On peut alors se poser la question du lien entre ces discriminations, le renoncement aux soins et un taux de troubles anxio-dépressifs et de tentatives de suicide fortement supérieur dans la population trans par rapport à la population générale (3) (4). Autre conséquence : cette population bénéficie moins des mesures de prévention telles que les dépistages (cancer, IST, etc) alors même que cette population est plus exposée au Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) (5) (6), aux autres infections sexuellement transmissibles (IST), au risque cardiovasculaire (7) et au risque de développer des addictions.

Des études montrent que la transition médicale améliore considérablement la qualité de vie et la santé globale (8). Malheureusement l'accès aux soins spécifiques reste encore très problématique : en effet, l'offre de soin de transition sur le territoire est insuffisante, et les délais de prise en charge notamment chirurgicale sont jugés trop longs selon les associations trans (9) et le rapporteur du ministère de la santé (10). La rareté des spécialistes expérimenté·es et les

aléas dans les décisions de prise en charge par les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) pour le remboursement créent également une inégalité géographique et économique d'accès aux soins.

Actuellement, la visibilité des personnes trans tend à augmenter (11), notamment sur les médias grand public. Ces derniers dressent des portraits de personnes trans via des autobiographies, des documentaires (12) (13), des films (14), des témoignages (15) (16) qui montrent sans doute de mieux en mieux la réalité des parcours de transition et des transidentités. Grâce à cela, et au travail des mouvements militants et des associations, des exemples d'attentes variés ont pu apparaître, et des revendications émerger telles que la dépsychiatisation et le respect de la diversité des parcours, le libre choix des professionnel·les de santé, le remboursement des soins pour toutes les personnes trans, etc (17).

Suite à ces revendications répétées, les systèmes sanitaires et judiciaires évoluent vers un accès moins contraignant aux transitions médicales et juridiques (voir rappel historique) et de plus en plus d'études explorent le sujet des transidentités. Concernant le rapport au système de santé, une étude de 2020 s'intéressait aux attentes des personnes trans en matière de santé (18). Ce travail montrait que le médecin généraliste était perçu comme un élément central de la prise en charge en santé, qu'elle soit spécifique à la transition ou non et les consultations de médecine générale semblaient être un lieu privilégié de confiance. Une thèse qualitative sur le regard des personnes transidentitaires sur leur parcours de soin et la place de la médecine générale (19) corroborait ces constatations. Dans son dernier rapport sur les transidentités, l'IGAS insistait lui aussi sur la place de la médecine générale qui apparaissait comme « *la mieux placée pour accompagner les parcours en proximité et dans une approche globale de la santé et de la situation de la personne, en particulier s'agissant des traitements hormonaux* ». Les chercheurs et chercheuses avaient constaté que les professionnels de santé qu'ils rencontraient exprimaient des difficultés à prendre en charge ces patients mais aucune recherche n'avait alors étudié leur point de vue. Il est à noter que la « prévalence » des transidentités, estimée à environ une personne sur cent¹, laisse supposer que chaque médecin généraliste est susceptible d'accompagner au cours de sa vie plusieurs personnes trans.

¹ Nous avons choisi d'utiliser la prévalence sur le critère de *l'auto déclaration*. Pour plus de précision, une méta-analyse de 2016 estimait la prévalence moyenne 355 pour 100 000 (soit à 1 personne sur 300) mais montrait surtout que ce chiffre variait beaucoup en fonction de la définition des cas de transidentité. En effet, les études qui utilisaient le diagnostic médical ou l'utilisation de traitement d'affirmation de genre tel que la chirurgie ou l'hormonothérapie estimait une plus faible prévalence, d'environ 1/1 000 à 1/20 000 (20) (21) tandis que les études utilisant l'auto déclaration trouvaient des prévalences bien plus élevées, plutôt de l'ordre de 1/100 (11).

Face à ce constat d'un état de santé préoccupant pour cette population associée à un manque d'accessibilité à des soins primaires de qualité, et devant ces premiers travaux mettant en valeur le rôle central du médecin généraliste dans ces parcours, nous avons souhaité recueillir les expériences et le vécu de ces derniers. L'objectif de ce travail, en faisant tout d'abord un état des lieux de leurs connaissances, était de comprendre les éventuelles difficultés rencontrées lors des consultations et d'identifier les potentiels freins à la prise en charge de ce public.

En mettant en évidence les besoins exprimés par ces médecins, des stratégies d'amélioration des pratiques pourraient par la suite être proposées.

RAPPEL HISTORIQUE : médicalisation et démedicalisation des transidentités

L'existence de personnes vivant dans un genre social différent de leur sexe physiologique n'est pas un phénomène récent dans l'histoire : on en trouve des exemples dans la civilisation grecque, romaine, médiévale, etc. La première demande délibérée et retranscrite de changement de sexe serait celle d'Elagabal (empereur romain entre 218 et 222) qui aurait demandé à des médecins de le faire accéder « à la double nature sexuelle par le moyen d'une incision à l'avant ». Dans certaines sociétés, il existe également une place pour les identités de genre qui sortent de la norme de la binarité, ou se rapprochant des transidentités, comme les Bispirituels au sein des communautés autochtones d'Amérique, les Muxes au Mexique, les Inuits, les Hijras en Asie du Sud et bien d'autres.

La « médicalisation » des identités trans n'a commencé qu'au XX^{ème} siècle : en 1912, un médecin et sexologue allemand (Magnus Hirschfeld) invente le concept de « transvesti » qu'il différencie de l'homosexualité et des intersexués. Pour lui, le sexe est un continuum allant d'un pôle féminin à un pôle masculin et les transvestis sont la forme ultime d'intermédiation. A la demande de ses patient·es, il débute en 1920 les premières prises en charge chirurgicales dans son institut de sexologie berlinois, défendant ainsi la pertinence d'un traitement par modification corporelle. Dans les années 1950, son disciple, Harry Benjamin, un endocrinologue et sexologue américain d'origine allemande, propose de définir ce qu'il renomme alors le « transsexualisme » comme un syndrome plutôt que comme une psychose : « le syndrome de Benjamin ». Il est l'un des premiers à dire que la psychanalyse et la psychiatrie ne peuvent rien pour les « transsexuels », qui ne sont pas mentalement dérangés. Lui aussi propose des traitements pour aider ses patient·es: il prescrit les premiers traitements hormonaux de transition. Christine Jorgensen fit partie de ses patientes et la forte médiatisation de son parcours participa à la démocratisation des transitions médicales. Ces prises en charge par modifications corporelles chirurgicales ou hormonales furent, bien sûr, très controversées par le reste du corps médical, et pour nombre d'autres médecins, le traitement du transsexualisme devrait être uniquement psychothérapeutique.

A la même époque, en France, certain·es psychiatres considèrent même que les demandes de traitement à l'institut Hirschfeld sont une conséquence de l'homophobie et de la pénalisation de l'homosexualité en Allemagne : la transidentité permettrait alors de normaliser l'homosexualité (22). Plus tard, sous l'influence des théories psychanalytiques (notamment de Jacques Lacan), le consensus médical français est à la pathologisation et à la psychiatrisation

des transidentités : les opérations d'affirmation de genre sont interdites et même le port de vêtements associés à l'autre genre en public est parfois illégal (arrêté Lépine utilisé jusque dans les années 1970). Les personnes trans, quasiment invisibles dans la société, se construisent malgré tout des parcours de transition en autonomie : des hormones sont prises sans prescription, des chirurgies d'affirmation sont faites à l'étranger et des changements d'état civil ont lieu prétextant un défaut d'assignation lié à une intersexuation (15) (23). Grâce à un changement d'état civil ainsi obtenu, Coccinelle, une star du cabaret « Le Carrousel » à Paris, est la première femme trans à se marier avec un homme en 1962. Un mariage « scandale » fortement médiatisé qui rend visible les personnes trans à la société et à la communauté médicale. Cette dernière s'approprie alors le pouvoir sur les parcours de transition : en 1979, l'ordre des médecins met en place un protocole de soin comprenant un·e psychiatre, un·e endocrinologue et un·e chirurgien·ne regroupé·es en équipes pluridisciplinaires qui s'arrogent le monopole du traitement des demandes de transition. Les hormones ne sont plus en vente libre, les changements d'état civil deviennent de plus en plus difficiles et les chirurgies, désormais autorisées en France, ne le sont qu'à titre exceptionnel et soumises à l'expertise psychiatrique. Le « transsexualisme » est alors classé dans la CIM-9 dans le chapitre des « déviations et troubles sexuels » qui comprend alors les perversions (pédophilie, exhibitionnisme), l'homosexualité et les troubles de la fonction sexuelle (frigidité, impuissance). Dans ce contexte, de nombreuses personnes trans recourent à la prostitution et/ou subissent des violences policières (15).

C'est à cette époque en France que naissent les premières associations d'entraide: en 1965 l'Association d'Aide aux Malades Hormonaux (AMAHO) qui crée un système de «cartes d'identité » tolérées par la préfecture qui facilite la vie des personnes trans. Puis en 1975, l'Association Beaumont Continental (ABC) et en 1976 le Centre du Christ Libérateur (CCL) permettent aux personnes s'exprimant par le transvestisme de se regrouper. Un travail de lobbying du pasteur Doucé (créateur du CCL) entre autres, amènera le parlement européen à voter en 1989 une recommandation contre « les discriminations dont sont victimes les transsexuels »². Cette recommandation invite les Etats à accorder le changement d'état civil aux personnes trans opérées et à prévoir des prestations d'aide sociale pour les personnes trans. C'est aussi en 1989 que le Ministère de la Santé adresse une circulaire à la CNAM préconisant l'exonération du ticket modérateur pour les chirurgies d'affirmation³, laissant le soin à Direction

² Recommandation 1117 de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe relative à la condition des transsexuels. (Texte adopté par l'Assemblée le 29 septembre 1989).

³ Circulaire ministérielle du Ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale portant sur les traitements chirurgicaux liés au transsexualisme. (Paris; 4 juillet 1989).

Générale de la Santé et à la Direction des Hôpitaux de définir les protocoles à recommander. Le médecin-conseil national retiendra notamment la condition d'un diagnostic psychiatrique pour accéder à l'exonération des soins et aux chirurgies. En 1992 la France est condamnée par la Cour Européenne des Droits de l'Homme pour avoir refusé pendant 17 ans un changement d'état civil à une personne trans opérée⁴. Le changement civil sera ensuite autorisé sur le territoire, mais toujours conditionné à une intervention chirurgicale irréversible ou une stérilisation.

De nouvelles associations apparaissent, et commencent à revendiquer un meilleur accès aux transitions médicales et une dépsychiatisation des parcours, comme l'Association du Syndrome de Benjamin (ASB). Cette période est également marquée par l'épidémie du Syndrome d'Immunodéficience Acquisée (SIDA), la prévalence de l'infection chez les femmes trans étant beaucoup plus forte que dans le reste de la population, même en comparant à la population des Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes (HSH). Des premiers liens entre patient·es ou associations trans et médecins se créent autour de la prise en charge de l'infection au Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH).

A partir des années 2000, grâce à l'essor d'internet, les documents d'auto-support et articles produits par les associations se diffusent. Les forums, blogs ou sites se multiplient : ils donnent accès à des informations qui permettent aux personnes trans de se construire leur propre parcours, de s'échanger des noms de médecins compétent·es et/ou respectueux·ses, de témoigner de leur transition, de développer une expertise. Le militantisme prend désormais aussi la forme d'action ou de manifestation publiques, par exemple avec le Groupe Activiste Trans (GAT).

Les « troubles précoces de l'identité de genre » sont cités pour la première fois en 2004 dans l'ALD 23 (pathologie psychiatrique). Puis en 2009, une volonté politique d'aller dans le sens d'une dépsychiatisation émerge, quand Roselyne Bachelot, alors ministre de la Santé, décide de déplacer la « dysphorie de genre » de l'ALD23 (psychiatrique) en ALD31 (hors liste). C'est aussi en 2009 que, sous la pression des associations trans et à la demande des médecins et de la CNAM, la HAS publie enfin un document nommé « prise en charge du transsexualisme ». Elle y souhaite que l'offre de soin s'organise autour d'équipes de référence multidisciplinaires et ces dernières s'organisent rapidement, dans la continuité des équipes pluridisciplinaires « spécialisées » apparues dans les années 70 et plus ou moins officialisées dans les années 90.

⁴ Arrêt B. c. France n° 57/1990/248/319 de la Cour Européenne des Droits de l'Homme (CEDH). (Strasbourg. 25 mars 1992).

La Société Française d'Etudes et de prise en charge de la Transidentité (SoFECT) est donc créée en 2010. Dans son fonctionnement, qui respecte le cadre du parcours de soin alors proposé par la HAS, les psychiatres ont toujours un rôle diagnostique et décisif central. Avec l'ensemble des médecins de l'équipe, ils et elles décident qui peut bénéficier du parcours de soin. Ce parcours est protocolisé, terriblement long, la phase diagnostique pouvant durer plusieurs années comprend notamment une phase d'« expérience en vie réelle » sans traitement, aujourd'hui jugée cruelle et dangereuse (10). La précédente mesure de déplacer la « dysphorie de genre » en ALD31 (hors liste), finalement sans grand impact, aurait pourtant dû logiquement défaire les transidentités d'un diagnostic psychiatrique. Le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) de 2011 affirme que « les options retenues par la France apparaissent plus restrictives que celles retenues à l'échelle internationale ou dans d'autres pays ». La mission souligne aussi l'étendue des progrès restant à faire pour améliorer les conditions pratiques et juridiques des transitions.

En 2014, l'OMS condamne les opérations de stérilisation des personnes trans et intersexes, qui sont encore nécessaires en France pour obtenir un changement d'état civil. En 2016, la loi de modernisation de la justice du XXIème siècle déconditionne donc le changement de sexe à l'état civil à la stérilisation ou à une intervention chirurgicale irréversible et simplifie les démarches de changement de prénom. Parallèlement, les associations d'auto-support se développent de plus en plus et des réseaux entre associations trans et monde médical se mettent en place dans différentes villes : le Planning Familial, notamment à Grenoble, en lien avec l'association RITA, la Maison de Santé Dispersée (MDS) de Lille-Moulin, le Réseau de Santé Trans (ReST) à Rennes en sont des exemples. La SoFECT, très critiquée par certaines associations trans est dissoute en 2020, son dernier président devenant le premier co-président d'une nouvelle association : la French Professional Association for Transgender Health (FPATH), renommée ensuite l'Association TRANS-SANTÉ France. Sur son site internet, elle semble intégrer les personnes trans aux décisions les concernant.

En 2022, l'OMS met à jour la Classification Internationale des Maladies (CIM) pour éditer sa onzième version qui sort la transidentité des troubles mentaux pour la classer dans le chapitre de la santé sexuelle. Elle renomme le transsexualisme : « incongruence de genre ». En conséquence de cette annonce, le ministère des solidarités et de la santé demande un rapport à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et une note de cadrage à la Haute Autorité de Santé (HAS) dans le but de publier de nouvelles recommandations. Ce rapport de l'IGAS appuie sur le libre choix des parcours de soins et positionne le médecin généraliste au centre des prises en charge.

MATERIEL ET METHODES

I. Type d'étude

La méthode qualitative par analyse de discours nous a paru la plus adaptée : elle permettait de recueillir toutes les expériences et points de vue des participant·es. Cette étude a été menée par des entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes entre juin et novembre 2021. Elle a été réalisée par Marie Lefèvre et Leïla Puydupin (internes puis remplaçantes en médecine générale).

II. Recrutement des participants

Le recrutement s'est effectué de diverses manières. Les investigatrices ont envoyé un e-mail proposant leur participation aux médecins faisant partie du Département de médecine générale (DMG) de la faculté de Nantes. Elles ont parallèlement publié des annonces sur les sites départementaux des ordres des médecins (Loire-Atlantique, Morbihan, Vendée, Ille et Vilaine) et diffusé une proposition de participation via l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) Pays de la Loire. Elles ont également proposé leur inclusion à des médecins de leur entourage. Le reste des participant·es a été recruté par effet dit « boule de neige ».

Les critères d'inclusion étaient les suivants : être médecin généraliste et avoir réalisé au moins une consultation avec une personne trans.

Le nombre de participant·es n'était pas défini au préalable.

III. Recueil de données

Les investigatrices réalisaient pour la première fois une recherche qualitative après s'être formées à sa méthodologie par des lectures (24) (25) (26).

A. Guide d'entretien

Le guide d'entretien (*annexe 2*) a été réalisé conjointement par les deux investigatrices en se basant sur les objectifs de l'étude, et a été amélioré au fur et à mesure des entretiens. Il débutait par une question brise-glace sur l'expérience vécue auprès d'un patient trans, puis abordait quatre thèmes : le vécu de ces expériences, les représentations des transidentités, le rôle du médecin généraliste dans ces prises en charge et le point de vue des médecins sur une formation spécifique. Des questions de relance étaient prévues.

La version initiale de ce guide a été approuvée par la directrice de thèse. Elle a également été validée par la déléguée à la protection des données et chargée des affaires juridiques à la

Direction des Affaires Juridiques de Nantes Université (Evangéline Marolleau) ainsi que par le coordonnateur recherche à la faculté de médecine de Nantes (Dr Damien Fairier).

B. Entretiens et consentements

Tout d'abord, trois entretiens tests ont été réalisés auprès d'internes en médecine ayant déjà reçu en consultation une personne trans.

Par la suite les entretiens de l'étude ont été répartis équitablement entre les deux investigatrices. Ces entretiens étaient effectués en présentiel dans un lieu choisi à l'avance par le·a médecin interrogé·e ou par téléphone. Ils étaient précédés d'un bref rappel du sujet de l'étude déjà décrit dans les annonces de recrutement. Tous les entretiens ont été enregistrés par dictaphone.

Un formulaire de consentement et une fiche de données démographiques (*annexe 3*) ont été complétés et signés par les participant·es avant, pendant ou après l'entretien.

C. Notes post-entretiens

Après chaque entretien l'investigatrice rédigeait une brève note qui relatait ses impressions et son vécu de l'entretien (*annexe 4*).

IV. Analyse des données

A. Retranscription

Tous les entretiens ont été retranscrits intégralement puis anonymisés par l'une ou l'autre des investigatrices. Les enregistrements audios étaient effacés à la suite de la retranscription.

B. Codage

L'analyse des données a été faite par codage des verbatims qui étaient analysés indépendamment par chaque investigatrice, puis une mise en commun des analyses selon la technique de triangulation des données a été effectuée.

Pour l'analyse des données, le logiciel Word était utilisé et une codification de segment de texte des verbatims était faite en leur attribuant une étiquette initiale qui en résumait l'idée principale. Ces étiquettes ont ensuite été catégorisées dans un tableur Excel puis mises en relation les unes avec les autres dans des catégories plus larges (*annexe 5*).

Les étiquettes sur lesquelles l'avis des investigatrices divergeait étaient envoyées à la directrice de thèse qui proposait une alternative.

Un arbre de codage (*annexe 6*) a été modifié au fur et à mesure des analyses et regroupait l'ensemble des catégories et étiquettes obtenues.

L'analyse n'a pas été menée jusqu'à saturation des données.

RESULTATS

I. Présentation de l'échantillon

Treize médecins généralistes ont été rencontré·es entre juin et novembre 2021. L'âge des participant·es variait de 31 à 66 ans, avec un âge moyen de 41 ans. Il y avait 10 femmes cis et 3 hommes cis.

Quatre participant·es se définissaient comme prescripteur ou prescriptrice d'hormonothérapie, bien qu'au cours des entretiens, il soit apparu qu'au moins huit d'entre elles·eux avaient déjà renouvelé un traitement hormonal de transition.

La durée des entretiens variait de 17 à 60 minutes. La durée moyenne était de 31 minutes.

TABLEAU - CARACTÉRISTIQUES DES PERSONNES RENCONTRÉES

Caractéristiques **Echantillon (N = 13)**

Age 31 – 66

Médian 39

Moyen 41

Genre

Femme cis 10

Homme cis 3

Activité

Libérale 13

Salariée 0

Mode d'exercice

Maison de santé 3

Cabinet de groupe 7

Inconnu 3

Lieu d'exercice

Urbain 6

Semi rural 7

Rural 0

Prescripteur/prescriptrice

d'hormonothérapie 4

Oui 9

Non

II. Retour d'expérience : les médecins face aux transidentités

A. Connaissances et méconnaissances des médecins généralistes

1. Des médecins globalement peu exposé·es et peu informé·es

La rencontre avec un·e patient·e trans était souvent décrite comme une **expérience inédite ou rare** par des médecins qui, dans notre échantillon, n'avaient pas eu de relation personnelle avec une personne trans avant de rencontrer leur premier·e patient·e trans: *« c'est la première fois en médecine où j'ai été amené à voir qu'il y avait un monde que je ne connaissais pas, des personnes que j'avais jamais vues. Mais je me rappelle juste que ça m'avait frappée que c'était une population que j'avais très peu vue dans ma vie personnelle ni dans mon début de vie hospitalière. » (P9), « ça nous renvoie surtout à nous en fait, quand on est sur des rencontres comme ça qu'on a jamais encore eues, t'as toujours un côté introspectif en disant « bon, bah celle-là je l'ai pas vue venir » ! » (P11)*

Nous avons constaté, de fait, qu'une partie des médecins interrogé·es utilisaient des **termes inadaptés** tels que « *transformation* », « *transsexuel* », « *transsexualisme* » et **mégenraient** le plus souvent leurs patient·es lors des entretiens *« elle avait changé d'identité : elle était devenue un homme. Et elle a déménagé en 2016 dans un autre département. » (P13)*. Quelques médecins semblaient faire un **amalgame entre sexualité et transidentité** : *« J'trouve que le moment où j'ai vraiment, euh, j'me suis améliorée je pense dans l'accompagnement des patients trans, c'est quand j'ai compris qu'on parlait pas de sexualité. » (P2)*, questionnant parfois des patient·es en demande de transition sur leur orientation sexuelle : *« donc elle me tutoie : « j'ai quelque chose à te demander, je veux changer de sexe ». Donc j'étais un petit peu surprise au départ parce que c'est une jolie fille, effectivement toujours habillée un peu en cow-boy avec un chapeau de cow-boy, des chemises à carreaux, un jean, voilà. Et assez maladroitement au départ, je lui dis : « mais tu te sens pas bien ? Es-tu attirée par une fille ? » « Ah non, non, je ne suis pas homosexuelle, je suis pas homosexuelle, certainement pas ! Je suis pas bien dans mon corps, j'aime pas mon corps de femme, je veux être un homme. ». » (P4)*

Les généralistes reconnaissaient leur **méconnaissance** de ces problématiques et des modalités des prises en charge : *« Clairement, il a fallu que je me renseigne et que... Pour savoir comment ça pouvait se passer. » (P5)* Ils soulignaient une **absence de formation universitaire** sur ce sujet: *« Euh, ben, je pense que on est pas du tout formé à ça. Donc moi j'ai 43 ans, je suis pas jeune mais je suis pas vieille non plus. J'ai jamais eu de formation via la fac ni dans les formations que je fais autour des actualités thérapeutiques » (P13)*. Leurs **incertitudes concernant le cadre médico-légal** étaient fréquemment évoquées: *« Je suis pas du tout clair*

sur les choses légales, les obligations « (P6), les questions revenant régulièrement était leur légitimité à prescrire les traitements hormonaux, les obligations (ou non) de suivi psychiatrique et endocrinologique : « Mais je sais pas si il faut voir un endoc ou pas. Par exemple, c'est une question qui... [rires]. Tu me diras, peut-être que tu as la réponse ? » (P10) et les conditions de rédaction et d'obtention de l'ALD. D'ailleurs, plusieurs **ne connaissaient pas l'existence de l'ALD** avant de rencontrer leur premier·e patient·e trans « Ce que j'ai retenu aussi c'est qu'il y avait une affection longue durée, ce que je ne savais pas. » (P13)

Un participant pensait que le suivi psychiatrique était nécessaire : « c'est une nécessité absolue qu'il y ait un suivi psychiatrique. » (P5)

2. Mais parfois déjà sensibilisé·es aux problématiques trans

Nous avons cependant observé une diversité de réactions et d'approches parmi les participant·es. En effet, certain·es faisaient preuve d'une **sensibilisation aux enjeux de la transidentité**, notamment grâce à leurs lectures personnelles et à leur exposition aux médias : « Très clairement, tout ce que je pense connaître de de toutes ces problématiques-là et toutes les réflexions sur les identités de genre et compagnie, c'est sur Twitter que je l'ai appris quoi. Alors sur Twitter et sur des articles relayés par, etc. Mais clairement à la fois par des personnes trans qui s'expriment sur le réseau et que j'ai été amené à lire ou avec qui j'ai été amené à discuter. Et puis aussi par des médecins qui, pour le coup, sont très investis là-dedans, à relayer à la fois des sites internet, des infos. Donc effectivement, toutes les histoires de mégenrage, de prénoms de tous ces trucs-là, c'était des choses auxquelles j'étais déjà un peu sensibilisée. » (P12). Certain·es connaissaient également l'existence des **associations LGBTQ+** de leur région. Nous avons remarqué l'éveil à ces enjeux par le **vocabulaire spécifique** utilisé, comme le verbe « mégenrer » par exemple.

Ces médecins sensibilisé·es étaient attentifs et attentives à utiliser un langage respectueux et à adapter leur communication pour **éviter les formulations blessantes**. Chez une médecin, cela se traduisait par le fait de **demander au patient quel pronom et prénom utiliser** « Et puis quand on en a parlé, j'ai demandé : « Bah écoute du coup comment on fait ? Est-ce que c'est... Enfin, comment tu veux que je te genre ? Est-ce qu'au niveau du prénom ça te pose problème ? Enfin, comment on gère quoi ? ». (P12). Non seulement, elle était attentive lors de sa communication avec le patient, mais elle conservait les bons pronoms également au cours de l'entretien « il avait essayé de parler à sa mère un jour en lui disant « Mais moi je me sens garçon. » (P12)

De manière pertinente, elle soulevait une interrogation quant à la proportion de personnes trans dans sa patientèle par rapport à la fréquence en population générale : « *Enfin voilà, y'a eu pleins de trucs comme ça et en fait en voyant passer les statistiques... Le nombre, enfin, les pourcentages de gens que ça concerne, mais j'me suis dit « Mais la vache ! ». Enfin moi je suis le médecin traitant de plusieurs centaines de patients, j'ai forcément des patients concernés, et j'ai l'impression que j'en ai pas. Donc c'est qu'il y a un problème quelque part quoi ! » (P12)*

3. Représentations des transidentités

Certaines représentations des médecins semblaient impactées par les images véhiculées par les médias et par leurs rencontres, avec parfois la généralisation d'un ou de quelques cas. Ces représentations évoquées décrivaient la population trans comme une population « **jeune** » (P5, P7, P9, P11), **militante** (P3, P9), **urbaine** (P7, P11, P12), **étrangère** (P11), et plutôt **transféminine** (P9, P11) :

Un exemple pour illustrer : « *Après ça c'est l'image que j'en avais dans les années quatre-vingt-dix deux mille, bon qui étaient effectivement des mecs au Venezuela qui étaient obligés de quitter leur pays et de venir en France parce que là-bas ils étaient des parias. [...]. C'est là que tu réalises que t'en as, t'as des images, des concepts qui sont là par rapport à la télé, les trucs à l'américaine... » (P11)*

Pour certaines, la transidentité était initialement **associée à un mal-être** : « *J pense qu'avant c'était des gens qui étaient mal » (P10)* et les **questionnements de genre surviendraient tôt**, dans l'enfance ou l'adolescence : « *Enfin l'orientation de genre c'est profond, c'est ancré, c'est ancien et qu'effectivement quand tu écoutes les témoignages, c'est des gens qui disent, « mais très jeune je le savais ».* (P11)

Trois médecins exprimaient clairement **ne pas voir la transidentité comme une pathologie** : « *Et puis on n'est pas sur de la maladie en fait. Enfin, voilà, on n'est pas sur quelque chose que je perçois comme de la maladie » (P11)*. Les autres n'évoquaient pas du tout la notion de pathologie.

Pour plus de la moitié des médecins, la transidentité était considérée comme un **facteur de fragilité lié à la discrimination** : « *(à propos des parcours des personnes trans) [...] un parcours fait de beaucoup de violence, de rejet de la société, de rejet de la famille, d'exclusion, de parcours professionnel qui peut être impacté. C'est pour ça je parlais de handicap tout à l'heure effectivement ya un handicap qui est potentiellement un handicap lié à... Voilà ce que je sais. Une vie difficile, une vie pas facile... » (P3)*. Cette discrimination expliquait la **nécessité**

de la vie communautaire pour P3 « *Après ya la vie communautaire qui a mon avis est assez importante, enfin qui est assez nécessaire en fait . Du coup qui s'impose un peu parce que c'est les personnes avec qui les personnes trans, à mon avis, se sentent en sécurité dans les réseaux, et accueillies ».*

Ce facteur de fragilité était considéré comme un **déterminant de santé** pour P7 : « *comme toutes les minorités, si on a pas une bonne accroche avec le système de soins, euh, bah, ils sont plus à risque de plein de choses. Ils sont plus à risque de pas mal de soucis. Que ce soit lié au traitement ou pas, l'absence de soin, des problèmes psychologiques parce que c'est dur d'être tout seul dans son coin.* » (P7)

Quelques participant·es faisaient un **parallèle entre la situation des personnes trans et celle des personnes homosexuelles ou porteuse du VIH** : « *J'ai l'impression qu'on se pose les questions pour les personnes trans maintenant qu'on se posait dans les années quatre-vingt pour les gens qui avait le VIH et les homosexuels quoi. C'est... Ils sont dans la même dynamique que les homosexuels y'a trente ans quoi ! Ou 40 ans d'ailleurs plutôt...* » (P6). Certain·es précisaient les similitudes qu'ils voyaient comme la stigmatisation liée à l'ALD par exemple, ou la mise en place d'association d'auto-support : « *Du fait de la communauté trans, ya un peu... Je fais un peu le parallèle avec la période SIDA. Avec les groupes de patients experts en fait.* » (P3)

Une autre participante faisait un autre parallèle, appuyant la **nécessité de connaître la transidentité** des patients pour les prendre en charge au mieux : « *forcément si t'as encore un utérus, faut quand même vérifier effectivement si ya pas de cancer dans ce coin-là... ça me rappellerait un petit peu les gens qui ont eu des by-pass et qui ont perdu beaucoup de poids et quand tu les vois tu vois plus la même personne qu'elles étaient et pourtant elles ont les artères pourries qu'elles avaient et elles te font des infarcts alors qu'elles ont quarante ans quoi.* » (P11)

P4 posait la **question de la prévalence des transidentités** : « *Mais sur la vie d'un médecin, en pourcentage, euh en fréquence, je sais pas combien de patients ça peut représenter.* » (P5). Plusieurs médecins considéraient qu'il y avait une augmentation de l'incidence/prévalence et P2 suggérait un **phénomène d'entraînement** : « *Parce que je pense qu'il y a quand même aussi un une sorte de mouvance un peu.* » (P2)

Le sujet des transidentités était considéré comme **sensible, voire polémique** : « *c'est un sujet hyper épidermique* » (P9), qui pouvait se révéler clivant: « *D'ailleurs, ce qui est revenu par deux collègues c'est plutôt que c'est une mode quoi. [...] c'est des propos que j'ai entendu de*

*la bouche de médecins jeunes, actuels, exerçants. Et c'est... Mais je dénonce personne hein. C'est juste que, c'est juste pour dire : « la parole se libère » certes, mais y'a encore du boulot. Énormément. » (P6). Une **évolution de la société** était ici soulignée montrant que ce sujet était autrefois encore plus controversé, voire dérangeant. D'autres médecins remarquaient également une évolution sociétale : « Et puis 'fin quand même les générations se suivent et ne se ressemblent pas. Clairement tout ce qui est questionnement autour du genre et de l'orientation sexuelle et tous ces trucs-là, j'ai l'impression quand même que chez les ados y'a plein de trucs qui sont discutés de façon beaucoup plus ouverte que ce que moi ça pouvait être dans les années 90 ». (P12)*

P2, observaient leurs représentations avec une peu de distance et **d'auto-critique**: « En fait, c'est se rendre compte que même si on pense qu'on est quelqu'un d'ouvert et de et de tolérant et bien en fait non, forcément on a des préjugés sur des trucs comme ça. Forcément. » (P2)

4. Des connaissances corrélées à l'expérience des médecins

Certain·es médecins avaient un plus grand socle de connaissance du fait de leur expérience « Je me rends compte que de par le nombre de patients que j'ai rencontrés, finalement, oui, j'ai souvent plus d'expérience, de savoir lié à l'expérience que la plupart de mes collègues en fait . » (P2)

En effet, par « **effet boule de neige** », des médecins pouvaient être amené·es à voir leur patientèle trans augmenter considérablement : « Et en fait après, j'ai été référencée sur un blog de patients transgenres et pendant un an j'ai eu entre un et cinq patients transgenres par semaine ... » (P2), « j'imagine que le, le message a dû passer certainement et que du coup c'est la raison pour laquelle on a plusieurs patients. C'est quand même un recrutement particulier. » (P7)

Ainsi, ces médecins expérimenté·es **savaient où chercher l'information ou les spécialistes** nécessaires à la prise en charge. Ils connaissaient plus précisément les modalités des prises en charge des personnes trans, par exemple l'**existence de l'ALD, l'absence d'obligation légale de suivi psychiatrique, les risques liés aux traitements hormonaux** : « [à propos d'une transition MtF] : donc on surveille hein le bilan hépatique, la glycémie, le bilan cholestérol parce qu'il y a le risque cardio-vasculaire. » (P10) etc. Ils nous parlaient également des **dépistages à ne pas oublier**, comme le frottis à proposer chez les hommes trans : « je me suis dit allez [prénom de P9] il faut que tu poses la question. Je l'ai posé comme ça, j'ai dit : « Bon,

bah, je sais que je vais peut-être poser une question un petit peu délicate, euh, m'en voulez pas, mais est-ce que vous avez déjà fait un frottis ? ». A un homme trans. » (P9)

Pour toutes les médecins, même celles qui n'en avaient que peu, **l'expérience était au cœur de l'apprentissage**. Ces quelques exemples illustrent comment elles ont amélioré leur pratique sur le plan de la communication, du dépistage ou de la prise en charge médicale à la suite de leurs premières rencontres avec le monde des transidentités :

« J'ai été hyper vigilante à pas faire de mégenrage parce qu'il y avait un doute physique. Et c'est sûr que quand tu es plus sensibilisée, tu fais plus attention. » (P7)

« Moi ça m'est arrivé du coup deux fois pour des personnes qui allaient très mal, en dépression un peu inexplicée, prolongée, de poser la question de savoir s'ils étaient à l'aise avec leur identité de genre. Et non seulement les personnes, les patients comprennent cette question mais en plus y'en a un qui m'a répondu positivement ! [...] et ça je sais pas si il y a quelques années j'aurais ne serait-ce que penser à poser la question. » (P6)

« C'est vrai que pour du coup la deuxième patiente, [...] j'avais l'expérience du coup pour lancer tout le toutim. » (P11)

Et P5, qui n'avait vécu qu'une seule rencontre avec un patient trans **regrettait son manque d'expérience** : *« Donc voilà, je pense que j'aurais pu si j'avais déjà été confronté à ça, gérer mieux la situation [...] C'est vrai qu'à aucun moment je me suis dit, ce patient en fait, il n'est pas bien dans sa peau de jeune homme et voudrait mieux être une jeune femme. »* P10 également, repensait à ses débuts : *« Maintenant, à force d'en voir, on fait un peu plus attention etc, mais j pense qu'avant, au début, moi j'aurais bien aimé avoir eu cette sensibilité-là, tu vois... »*.

5. De multiples façons d'apprendre

L'expérience et les personnes trans

Au-delà de l'expérience en soi, **les personnes trans** elles-mêmes participaient activement à la formation des médecins : *« C'est vraiment à force de ... Bah au fur et à mesure, c'est plus les patients qui nous forment en fait » (P10)*. Cette transmission pouvait se faire à la demande des médecins : *« Moi en gros, je lui ai dit : « Écoute, j'connais pas grand chose, je suis tout à fait prête à apprendre et faut me dire si je fais des trucs qui te choquent, qui vont pas ou... Enfin voilà si j'me plante faut me... Faut me signaler au fur et à mesure parce que... Bah ouais parce que du coup j'ai zéro expérience pratique sur ce truc-là quoi. » » (P12)*, ou à l'initiative des patients : *« j'ai suivi une patiente transgenre qui m'a amenée une demande de 100 % avec*

exactement comment la façon dont il fallait la remplir. Et, en fait, elle était beaucoup plus au fait, comme c'est souvent le cas hein, de tous ses droits etc.. [...] Parce que moi en fait, je connaissais pas donc j'ai fait une photocopie ensuite de son protocole ALD pour garder ça comme référence. » (P2). La notion de **patient·e expert**, « très informé·e » ou « plus au fait » que les médecins, était récurrente.

La rencontre en soi, **qui bousculait les préjugés** des médecins, était aussi citée comme source d'apprentissage : « *Et en fait c'est eux, en fait, qui m'ont appris, parce que en fait pour moi, les trans, bah effectivement... Pour moi c'était tout. C'est vrai que je ne voyais pas ça comme un compromis [patient prenant des hormones mais ne souhaitant pas de chirurgie]* » (P11)

Si l'expérience et les patient·es étaient les moyens les plus évidents d'apprendre, de **multiples autres canaux ont été vecteurs de formation** à la prise en charge et à la réalité des personnes trans :

Les lectures dans le cadre professionnel

Notamment par les **lectures de revues médicales**, comme pour P9 :

« Enquêtrice : Tu disais que tu, t'avais commencé à te former toute seule... Comment t'as fait du coup ?

P9 : Ben, bah j'ai lu des articles pas mal dessus. Ya eu Prescrire qui a fait tout un truc sur l'accueil des personnes transgenres [...] »

Mais aussi la **lecture de sites internet** comme :

Wiki Trans : « *Ya aussi le wiki trans que je trouve pas mal, je sais pas si tu connais ?* » (P3),

Transidentitclic : « *Et puis y'a transidentitclic maintenant aussi que j'utilise pas mal et puis qui est bien.* » (P10)

Des sites d'association trans : « *J'ai un peu lu ou essayé d'aller sur des sites internet... Je sais plus lesquels mais ceux par les patients ou les trucs d'asso.* » (P7)

Des forums : « *Et en fait j'ai fait un petit peu comme elle, je suis allée sur des forums et j'ai trouvé des exemples hyper détaillés sur la demande d'ALD où ils détaillaient vraiment tout ce qu'il fallait noter.* » (P11)

Les échanges entre pairs

Les échanges entre pairs était une manière fréquente de se former :

Soit informels comme les discussions entre deux portes, **le partage d'expérience et de réseau** : « *Alors en fait j'ai une collègue qui travaille sur [Ville], bon, on est arrivé à en parler un jour*

*et elle, elle a eu plusieurs fois le cas en fait, donc c'est elle qui m'a donné les coordonnées de la personne à [Ville] endocrinologue et puis voilà, ça s'est fait comme ça en fait. » (P5), ou même le fait de **lire dans les dossiers des collègues** le déroulé d'une prise en charge pour le « copier » : « Et comme on a d'autres patients, euh, j'ai regardé ce que ma collègue avait mis pour les suivis et tout ça, j'ai un peu copié sur... Donc, euh, voilà. » (P7)*

Soit formels, dans le cadre de **réunions pluriprofessionnelles**, ou de transmission à des petits groupes par un·e médecin plus expérimenté·e : « Le docteur [nom], elle a fait un petit topo pour ses collègues avant de partir à la retraite et elle m'a dit qu'elle viendrait nous en faire un en novembre là. » (P10)

Les échanges avec des médecins spécialistes

Il s'agissait dans nos entretiens des **échanges avec les endocrinologues**, par téléphone ou par courrier, parfois à la demande des médecins généralistes, comme ce fut le cas pour P6 : « Après j'ai proposé à mon patient pour qui cela se passe bien, que son endoc me fasse un récap' de la conduite à tenir et des objectifs et tout ça... Et comme ça je peux prendre le relais et il le voit moins souvent. ».

Ces échanges étaient sources d'apprentissage et semblaient très rassurants pour les médecins généralistes, qui savaient alors qu'ils.elles pouvaient partager leurs questionnements avec des médecins jugé·es « compétent·es ».

Les réseaux de soin

Le seul réseau qui a été cité est le **Réseau de Santé Trans « ReST »**, probablement parce qu'une majorité des participant·es exerçaient dans l'ouest de la France, où est né ce réseau en 2018. Le ReST, c'est donc un réseau de santé qui associe des personnes trans, des représentant·es d'associations, et des professionnel·les de santé pour améliorer l'accès aux soins et la qualité des soins par l'information et la formation des professionnel·les de santé. Il fonctionne par un groupe de discussion où chacun·e peut poser des questions ou y répondre « [A propos du ReST] et c'est un peu comme ça que je me forme : en lisant les échanges. Quand j'ai des questions ya le groupe. » (P3)

P6 nous en précisait un peu plus : « En fait je me suis inscrite à un espèce de mailing liste, forum de discussion où en fait je vois passer les questions de plein de médecins généralistes ou d'endoc et tout ça qui demandent l'avis les uns des autres. Ça... Bah c'est l'initiative du Réseau de Santé Trans. En fait, bah voilà je vois passer ces questions-là, pour l'instant ça me concerne pas directement parce que c'est des médecins qui sont très actifs, qui prescrivent, enfin voilà qui modifient les dosages, moi je suis pas du tout là-dedans. Mais bon j'apprends un petit peu. » (P6)

Les formations officielles et associatives

Les formations officielles ou pas, étaient souvent méconnues ou n'étaient pas citées par les médecins que nous avons interrogé·es. Quelques-un·es d'entre elles et eux ont fait la démarche de les chercher et en ont trouvées, certaines proposées par le ReST, d'autres par l'association de formation pour la santé (AFS): « *bah si, j'ai fait quand même une formation avec l'AFS [...] C'était l'accueil et le... Être bien sûr que les personnes ne mélangent pas l'orientation sexuelle, le genre... 'Fin voilà, c'était un peu ces questions-là, donc c'était vraiment pour des gens qui se questionnaient.* » (P3) et P7 : « *Et du coup, c'est là où j'me suis dit qu'il fallait vraiment que je j'me renseigne, d'où la formation [à propos de la formation du ReST] que j'ai faite, euh, j'pense ça devait être en novembre.* » (P7)

Les médias grand public

Plusieurs documentaires ou fictions ont été évoqués au cours des entretiens : le documentaire « petite fille », le film « Girl », la bande-dessiné « transition », le documentaire « entre deux sexes », ainsi que les réseaux sociaux. Contrairement aux autres canaux d'informations, ceux-ci étaient le plus souvent arrivés dans la vie des médecins de manière spontanée, avant leur rencontre avec un·e patient·e trans, et semblaient participer efficacement à l'éducation de celles-ci. Le récit de vie notamment générant l'empathie du spectateur : « *Et c'était sur le parcours, euh, justement pour le coup d'un mineur, euh, transition homme-femme. [...]. Et ça, ça m'avait vachement marquée et ça c'était avant que je prenne en charge des patients... Mais euh, voilà ça m'avait vachement... Cette souffrance, elle est tellement dure que t'as envie de de de pouvoir l'accueillir si jamais ça se présente au cabinet quoi.* » (P7)

B. La rencontre avec les patient·es

Nous avons donc vu que la plupart des médecins de cette étude, bien que parfois sensibilisé·es et progressant rapidement, avaient des connaissances plutôt modestes sur les transidentités. Nous voyons dans cette partie, quelles rencontres elles ont faites et comment elles ont pu accompagner leurs patients malgré tout.

1. Le constat d'une diversité des profils et des parcours

Les médecins généralistes que nous avons interrogé·es nous ont rapporté une grande diversité de profil des patient·e trans qu'ils rencontraient : des hommes et des femmes trans, jeunes adultes ou plus âgé·es, bien inséré·es dans la société ou au contraire isolé·es, etc. Cela venait parfois **bousculer les stéréotypes** ancrés chez les participant·es : « *Du coup au cabinet ça fait possiblement trois dans [Nom du village]. On est en semi-rural hein ! C'est pas loin de [Nom*

de la grande ville] quoi, mais c'est vrai que ... C'est pas l'image que j'avais du monde des trans, très citadin, jeune, alors que là, le monsieur dont mon collègue m'a parlé, il a presque cinquante ans !» (P11)

Quelques exemples supplémentaires pour illustrer cette diversité:

Patient·es sans difficultés psychosociales : « *Et puis, voilà, en fait, c'était une personne qui était sympa, qui savait exactement pourquoi elle le faisait, qui avait pas de problème autre, et qui avait un bon ressenti de sa transidentité et de... Enfin y'avait pas de soucis en fait, y'avait vraiment...c'était une situation banale.* » (P2) ou **cumulant des difficultés :** « *Donc voilà, vraiment j'ai l'impression qu'il y a un cumul des difficultés. Mais qui viennent aussi de sa dépression très profonde. [...] Ça a engendré une précarité de l'emploi qui a engendré une précarité financière qui engendre des difficultés d'accès au logement.*» (P6) avec parfois des **idées suicidaires :** « *Au début c'était vraiment, euh, quelqu'un de suicidaire hein carrément* » (P8)

Patient·es soutenu·es par des pairs : « *[...] c'était clairement pas facile à entendre pour les parents. Mais que le discours était quand même bah « De toute façon t'es notre enfant et on t'aime ». [...] Du côté des amis : y'avait un petit groupe d'amis qui étaient au courant, qui le genraient au masculin et avec qui ça se passait bien.*» (P12) et/ou **rejeté·es :** « *mais par contre la famille de sa compagne qui le connaît depuis très longtemps a claqué la porte en fait.* » (P11)

Patient·es bien inséré·es : « *en fait maintenant la transition s'est bien passée et y'a plus de soucis quoi. Et maintenant qu'ils ont un aspect masculin, notamment pour la plupart, ben ça se passe bien quoi. [...] Et ça soulève moins de questions parce que elles sont insérées, elles sont en formation, elles font des études... Euh ! Enfin « ils » ! Oh lala, « ils »... » (P2), avec **des projets de parentalité :** « *et c'est vrai que en parallèle y'avait un projet de bébé qui avait été mis en place !* » (P11) ou au contraire **isolé·es** «*La deuxième patiente, je la sens surtout très isolée, dans son monde rural justement [...]* » (P11)*

Patient·es porteur de handicap mental : « *elle est en foyer de vie hein, elle a quand même un trouble, certainement intellectuel. Elle lit et elle écrit, elle se débrouille pas mal hein, finalement elle vient toute seule en consultation, beaucoup sont accompagnés.* » (P4)

Patient·es expert·es et/ou militant·es : « *Et moi je m'appuie beaucoup sur les personnes trans qui sont souvent, pour certaines, des personnes très militantes et donc assez experts. Et elles en savent bien plus que moi.* » (P2)

Patient·es étranger·es : « *la première fois que j'ai eu affaire à des personnes transidentitaires, j'étais externe à [nom de ville] et j'étais avec un maître de stage qui était un peu étiqueté. Y'avait beaucoup de personnes transidentitaires, c'était des femmes trans. Et c'est, je sais pas, comme il parlait espagnol, y'avait quand même pas mal de gens qui venaient d'Amérique du Sud.* » (P9)

Patient·es avec infection au VIH ou au VHB/C, parfois dans un contexte de **travail du sexe :** « *C'était des patients trans déjà suivis notamment en médecine infectieuse en maladie infectieuse parce que y'avait souvent des coinfections virales VIH ou hépatites, et que moi dans mon... en fait j'étais connue du réseau des maladies infectieuses de par mon expérience pour prendre en charge les patients VIH ou hépatite B ou C. Et donc du coup, c'était pour que ces patients-là aient un médecin généraliste. Donc j'ai dû avoir, euh, un peu moins de cinq patients trans et c'était essentiellement des patients qui étaient prostitués, dans le [nom de quartier].* » (P2)

Les médecins rapportaient **la précarité et les discriminations** subies par leurs patient·es : « *j'ai une patiente qui vient de Belgique et qui a été qui doit avoir plus de trente ans et qui a été très très discriminée toute sa vie. Qui a été obligée de se prostituer parce que, bah y'avait pas d'argent. Qui cherche du travail, mais qui n'en trouve pas. Et ça c'est très difficile et puis elle me raconte régulièrement des épisodes de d'agression dans le bus, dans la rue. Enfin ça je trouve ça vraiment très dur car en fait sa vie est faite d'agressions. Voilà et de traumatismes qui se succèdent. Mais c'est la seule et malheureusement c'est parce que physiquement ça se voit beaucoup.* » (P2)

De même que les profils, les parcours de transition empruntés étaient singuliers :

Il y avait des patient·es qui vivaient un temps **sans suivi médical** et **s'auto-médiquaient** : « *Voilà, y'a quand même pas mal de personnes qui avait déjà initié par des collègues, enfin par des personnes trans aussi. Donc du coup, le traitement, c'est de la prolongation tu vois. Qui avaient eu les hormones sans prescription médicale, quoi, [...] par partage des doses. [...] Enfin voilà, ça arrive un peu. Deux ou trois fois, ça m'est arrivé. Mais souvent après, c'est des personnes qui disent « j'en ai marre de faire comme ça, j'ai envie d'avoir un suivi ». » (P3). Certaines personnes achetaient leurs hormones sur internet, ne trouvant pas les formes en France.*

Lorsqu'il y avait un **suivi médical**, il pouvait être effectué par un·e généraliste, par un·e ou des spécialistes, ou par des équipes pluriprofessionnelles « officielles » : « *c'était au CHU de [nom*

de ville]. Ils ont un circuit pour ça, spécialisé. Avec prise en charge endoc, psycho et tout, fin voilà, pluri pro quoi. » (P1)

Les personnes trans faisaient le choix d'une **hormonothérapie (ou pas)**, de **chirurgie (ou pas)** : « je sais parce que l'autre patient il est sous hormonothérapie, il a pas de désir spécialement d'aller plus loin quoi. » (P1) « j'ai eu des cas de gens qui ont eu de la chirurgie et qui avaient pas d'hormones » (P3), pour atteindre des objectifs qui leur étaient propres : « Elle, elle veut juste être androgyne, voilà. » (P11)

Une seule médecin avait eu un patient qui avait **re-transitionné** : « j'ai un patient qui m'a dit euh (un garçon qui était en couple avec une femme) et qui est venu me voir en disant que il se sentait pas bien du tout et qu'il pensait que c'était vraiment une histoire de genre et que en fait il voulait faire une transition pour devenir une femme et tout ça. Que j'ai commencé à adresser à un endocrino et un psy à l'époque. Et puis je l'ai plus vu du tout, il avait commencé sa transition et puis je l'ai pas vu pendant plus de six mois et il est revenu. Et en fait euh il avait à nouveau une, un aspect complètement de de d'homme et il m'a dit qu'il avait failli se foutre en l'air. Il avait fait une tentative de suicide dans sa voiture etc parce qu'il s'était rendu compte qu'en fait c'était pas une histoire de genre mais que c'était une histoire de souffrance psychique qui n'avait rien en fait à voir avec son genre. » (P2)

Si le ou la médecin interrogé·e suivait plusieurs personnes trans, elle observait cette **singularité des parcours** en comparant les différent·es patient·es qu'elle avait pu suivre : « C'était pas du tout la même, euh, les mêmes circonstances de soin. » (P2). « Enfin, en fait j'ai l'impression que tout existe. » (P3)

Cela permettait aux médecins de **dépasser leurs préjugés** et de **sortir de l'idée d'un parcours-type** « je pense qu'il y a autant de parcours qu'il y a de personnes même finalement en fait. » (P9)

2. Tour d'horizon des demandes et des prises en charge liées la transition

Certain·es patient·es **savaient précisément ce qu'ils venaient chercher en consultation**, d'autres au contraire venaient voir leur généraliste **pour savoir comment « changer de sexe »**. Les motifs de consultation spécifiques à la transidentité étaient de 3 ordres : administratifs, psycho-sociaux et médicaux.

Motifs administratifs

Les motifs administratifs étaient assez souvent cités, voire étaient très représentés pour certain·es médecins : « Oh, ça a été quand même beaucoup d'administratif » (P11). Il s'agissait

principalement des demandes et renouvellement d'ALD pour accéder à la prise en charge à 100%, de **bon de transport**, de **dossier MDPH**, de divers **certificats** liés au changement de prénom :

« Médecin : [j'ai dû faire un] certificat comme quoi il a déjà changé de prénom... Par rapport au fait que sur sa carte d'identité qui est pas encore changée ; qu'il s'agisse bien du même patient que celui qui est sur la carte d'identité.

Interviewer : Il y a besoin d'un certificat médical pour ça ?

Médecin : Oui, tout à fait, notamment pour le pass sanitaire. Là tout récemment il a fallu que je fasse un certificat comme quoi il s'agissait bien de la même personne. » (P5)

Accompagnement psycho-social

L'accompagnement psycho-social était parfois au cœur des consultations. Pour certain·es patient·es, le **soutien psychologique** était la porte d'entrée de la relation patient-médecin : *« C'est quelqu'un de très solitaire, très isolé, qui a été très profondément dépressif quand on s'est rencontré. Donc on a commencé par le versant psy et puis et puis ça s'est fait petit à petit. » (P8)*

Certain·es patient·es exprimaient donc leur **questionnement autour de leur identité de genre** chez leur médecin traitant. Des **souffrances très intenses liées aux caractères sexuels primaires et secondaires** (la voix ou les menstruations par exemple), ou plus généralement au rapport au corps étaient évoquées au cours de ces consultations : *« on avait dû se voir un lundi ou un mercredi et en fait on s'était revu le samedi parce que j'étais quand même pas complètement tranquille vu le, vu l'intensité des scarifications, du moral qui allait vraiment pas à ce moment-là, où en gros il m'avait dit que « Il supportait tellement plus son corps que y'a des moments où il s'était foutu des coups de couteau dans le vagin ». » (P12).* Une médecin notamment, voyait régulièrement un patient pour des **préoccupations corporelles** (on note ici le mégenrage de la médecin devant un homme trans en cours de transition) : *« Elle angoissait sur ses cicatrices, sur ses pectoraux, qu'elle trouvait trop développés, donc je l'ai beaucoup vue dans le post-chirurgical pour la rassurer en fait sur les cicatrices et sur sa transformation corporelle. [...] elle était quand même très inquiète de sa transformation et on en revenait beaucoup à ça. [...] Et elle venait me voir aussi parce qu'elle faisait beaucoup de muscu pour prendre de la masse musculaire et elle venait se peser. [...] Peut-être qu'elle venait voir dans mes yeux de médecin généraliste le changement et que je validais, en tout cas que j'attestais qu'elle changeait vers un corps beaucoup plus masculin. Peut-être. » (P13)*

Enfin, certain·es médecins de famille réalisaient un pont entre les patient·es et leur famille, soit en répondant à des demandes de **médiation familiale** « *Et donc du coup on s'est vu deux fois en tête à tête et en gros c'est [le patient] qui a souhaité que ses parents viennent en consulte pour qu'il puisse leur dire. Qu'on pose les choses. Donc une consulte à trois. Et donc du coup (rires), j'ai pas servi à grand-chose à part offrir un cadre sécurisant, grosso modo.* » (P7), soit en **accompagnant les familles dans leur inquiétude** ou leur incompréhension : « *Je suivais les parents et la sœur donc je voyais aussi souvent la famille qui était assez inquiète donc qui me l'envoyait assez souvent.* » (P13). Parfois, les médecins devaient trouver leur positionnement devant des parents n'arrivant pas à accepter la transidentité de leur enfant : « *la mère en tout cas, dans sa façon de m'en parler c'était vraiment en mode « Non mais j'attends que ça passe quoi. ». « C'est du caprice. » Bon alors : « le secret médical m'empêche de vous dire le pourquoi je pense que c'est pas juste un caprice mais... ». Donc bon, j'avais répondu par des espèces de généralités du style : « C'est quand même quelque chose qui est vraiment difficile à faire donc « juste un caprice » ... ». » (P12)*

Prise en charge médicale

Les motifs médicaux étaient les **souffrances liées aux caractères sexuels secondaires** comme les menstruations « *parce que le problème au départ c'était vraiment qu'elle supportait pas d'avoir ses règles* » (P13), les **demandes de courrier** pour aller voir un·e ou des spécialistes, les **demandes de prescription d'hormonothérapie** féminisante (œstrogène, anti-androgénique) ou masculinisante (testostérone), les **demandes d'injection d'hormonothérapie**, les **effets indésirables des traitements de transitions** (trouble de la libido par exemple) et enfin les **complications post-opératoires** comme les retards de cicatrisation de mastectomie, les infections post-opératoires ou les troubles fonctionnels urinaires : « *On a eu des problèmes de remise en continuité de l'urètre, on a eu des problèmes infectieux avec une... Je sais pas, ça arrêtait pas de s'infecter.* » (P1)

3. Des motifs de consultation accessibles au ou à la médecin généraliste

Malgré leur peu de formation et de connaissances spécifiques, les médecins pouvaient le plus souvent apporter une réponse aux demandes qui leur étaient faites et en constater l'efficacité, comme le montrent ces différents exemples :

Administratif : « *Donc je pensais pas du tout qu'il y avait une reconnaissance par la CPAM. Donc ça c'est quelque chose que j'ai appris en fait la famille m'a demandé de faire une ALD, au début je leur ai dit « mais pourquoi ? » Et en fait, bah si. Et ça a été tout à fait pris en charge.*

Donc du coup tout a été pris en charge, sa mastectomie a été prise en charge en ALD, son hystérectomie aussi. » (P13)

Psycho-social : *« [à propos de la médiation familiale] Euh, mais du coup, ouais, c'est dans mon cabinet que vraiment ce jeune a pu poser les choses en discutant à ses parents. [...] Alors je crois que j'ai revu la mère une fois depuis et j'ai dû revoir le père aussi une fois. Le père m'avait juste dit que c'était chouette de... Enfin de sentir une ambiance plus apaisée parce qu'ils avaient bien vu tous les deux quand même que ça n'allait vraiment pas niveau moral. C'est-à-dire qu'il y a eu toute une période où la communication était quasi, euh, quasi coupée à la maison... Et où là du coup, enfin en tout cas le père m'avait dit que vraiment, il avait bien vu que ça lui avait fait du bien de venir me voir quoi. » (P12)*

Médical : *« Euh et.. et entre temps euh du coup j'l'ai collé sous Optimizette pour au moins gérer les règles qui en plus étaient douloureuses et bon... Et on est bien tombé parce que, ça a bien marché l'aménorrhée sous Optimizette. Donc déjà ça enlève une partie des trucs qui l'embêtaient . » (P12)*

4. Relation de soin

Si les médecins ont pu apporter des réponses à leurs patient·es dans ce contexte, c'est qu'elles ont su créer des relations de soin fonctionnelles, permettant de recueillir les informations nécessaires à l'orientation des soins en créant un climat de confiance. Cette confiance semblait un prérequis pour délivrer des soins efficaces. Elle était parfois même indispensable pour que les patient·es osent exprimer leur transidentité : *« et puis après une fois que la confiance s'est installée (c'est toujours long hein c'est pareil), il s'est mis à me dire qu'il prenait des hormones et que... Parce qu'il se sentait pas à l'aise dans son corps d'homme. » (P8)*

Manifester du respect

Nous avons constaté que plusieurs médecins interrogé·es prenaient en considération les problématiques des personnes trans et ajustaient leur pratique en conséquence, respectant ainsi les identités trans. Il pouvait s'agir de **créer un environnement inclusif au cabinet** : *« par exemple en salle d'attente on est hyper vigilant à appeler « Prénom-Nom de famille ». Enfin sans dire « monsieur madame » » (P7)*, et de mettre en place **des stratégies pour ne pas mégenrer** : *« On a la chance d'avoir un logiciel dans lequel on peut changer le titre de politesse. C'est-à-dire que on peut choisir si on fait madame, monsieur, enfin voilà. Et on peut choisir le genre en féminin, masculin ou rien du tout. Donc ça aide un peu, sur ces trucs-là. Donc ça, je l'avais fait à la première consulte, pour justement essayer de limiter les trucs. »*

(P12). De plus, elles se montraient **disponibles** en allouant un temps suffisant pour leur consultation, ou anticipant les besoins particuliers de leur patient·e, comme cette médecin: « *J'avais prévu quarante minutes, parce que je me doutais que... Enfin en plus ça faisait deux ans qu'on s'était pas vu, bon je savais bien que...* » (P12)

Savoir s'excuser

En cas d'erreur de genre, des médecins s'excusaient, comme le mentionne l'un des participants : « *[à propos du mégenrage] Et puis quand je me trompe, je me suis déjà trompé quelques fois, et bah, je m'excuse et puis voilà. Je remarque que je me suis trompé.* » (P3)

Transparence des échanges : savoir dire que l'on ne sait pas

Pour toute consultation médicale, il est essentiel que les médecins assurent une communication claire et honnête envers le ou la patient·e. Cela nécessite parfois de faire preuve d'humilité. Dans le cas des transidentités, cela impliquait en général de reconnaître un niveau d'expertise limité devant un·e patient·e: « *je suis désolée, il faut que je regarde, il faut que je fasse des recherches, vous comprenez ?* » (P11). Certain·es médecins invitaient leurs patient·es à les corriger en cas d'erreur, comme l'a expliqué l'une d'entre elles : « *je l'ai prévenue en disant : « Euh, je ne suis pas sûre de toujours utiliser les bons termes, n'hésitez pas à me reprendre ».* » (P6)

Être empathique

Certain·es médecins prenaient conscience de l'effort que cela coûtait à certain·es patient·es d'évoquer leur transidentité. « *je sentais qu'elle avait fait vraiment un effort pour venir.* » (P7), ou de la souffrance de leur patient·e : « *J'me suis juste sentie dépassée par la souffrance de cette personne quoi.* » (P6)

Enfin, l'écoute non jugeante, bien sûr, mettait en confiance les patient·es: « *[à propos de la demande de transition] Et le fait de voir que c'était pas un sujet, qu'il n'y ait pas de négociation, enfin, je sais pas comment dire, je pense que ça apaise aussi.* » (P6)

Relation de partenariat

Les prescriptions médicales impliquent toujours la responsabilité des médecins. Il semblait donc nécessaire que les décisions soient partagées, ce qui impliquait une certaine collaboration. P1 l'illustre simplement : « *en médecine générale, bah on discute avec les patients, après on trouve toujours un terrain d'entente* » (P1) . P3 précisait : « *J'ai un peu l'impression que les patients sont pas mal experts d'eux-mêmes [...]. C'est ma manière de pratiquer la médecine. Bon, bah, les gens savent un peu ce qui est bon pour eux et ils viennent demander un conseil, et puis c'est un échange. Une discussion. Toi t'as des connaissances, eux ils en ont, et puis tu*

peux décider ensemble » ». Pour P4, malgré une impasse dans la prise en charge, l'alliance était là : « En tout cas, l'alliance thérapeutique faite est quand même... Elle est là quoi. Je l'ai entendu et j'ai compris sa demande même si les psychiatres, les psychologues ne veulent pas aller voir plus loin. » (P4)

Ce médecin, P3, était prêt à initier des traitements à la première consultation, considérant que certain·es patient·es avaient déjà trop attendu : « *Je vais prescrire assez largement hors reco, puisque en fait, j'ai théoriquement pas l'habilitation pour prescrire par exemple la testostérone en primo-prescription. Et je le fais.[...] souvent c'est des gens qui sont assez déterminés et, bah voilà, quand les gens ils viennent voir en consultation pour se faire prescrire un traitement hormonal, en gros ils ont déjà fait leur parcours et leur cheminement et ils ont déjà délibéré en eux-même ce qu'ils ont besoin.* ». Sur d'autres aspect de la transition, plusieurs participant·es étaient également prêt·es à considérer **l'empouvoirement de leurs patient·es** :

« sur le plan diagnostic, je pense que c'est eux qui le font tout seul. » (P1)

« [sur le plan des traitements] Après ça dépend de jusqu'où ils veulent aller et quelle est leur demande et quels sont leurs besoins » (P8)

«Moi mon rôle de médecin c'est juste accueillir la parole, dire que c'est ok . Et pas forcément dire (tapant sur la table) : « Bah d'accord, donc je vous adresse vers le psychiatre, vers l'endocrino, etc ». Je pense que en fait faut laisser le temps à la personne de faire son propre chemin et de se dire là en fait j'en suis là et je vais demander au médecin ça . » (P9)

« J'me dis qu'on va apprendre ensemble. (rires) » (P12)

Pour conclure, ce climat de confiance était important pour les patient·es bien sûr, mais aussi pour les médecins : « *Une fois que la relation de confiance est installée, c'est facile en fait. » (P8)*

C. Satisfactions retirées des rencontres avec les personnes trans

Enfin, il nous paraît important de mettre en avant que si la prise en charge des personnes trans implique certaines difficultés et parfois de l'inconfort, comme nous le développerons plus tard, elle est aussi source de satisfaction.

1. Prise en charge stimulante

Plusieurs médecins ont souligné l'aspect **stimulant** de voir au cabinet cette situation peu habituelle: « *c'est toujours intéressant parce que c'est des problématiques qui sont un peu différentes. » (P1)*. D'autres ont apprécié **l'opportunité d'apprendre de nouvelles choses**, comme P11 : « *Ce qui est plaisant c'est de se dire : tiens un sujet que je connais pas, je dois*

faire des recherches, m'intéresser » (P11). D'autres encore nous ont rapporté des **échanges enrichissants** avec les patient·es : « *Et du coup ce côté vraiment très questionnant sur tout est à la fois extrêmement intéressant parce que, enfin c'est super d'avoir un vrai échange [...]* » (P7)

Ces rencontres étaient décrites comme « **marquantes** » : « *Et alors, je dirais quand même deux expériences qui m'ont vraiment marquée et qui vont sans doute me marquer à l'avenir.* » (P6) « *Et à la fois cette joie de ce numéro qui a tout changé, je pense qu'elle me marquera longtemps.* » (P11)

2. Suivre et participer à l'évolution d'un·e patient·e

Bien sûr, les médecins étaient heureux et heureuses de **constater des évolutions positives** dans la vie des patient·es « *et on le voit se transformer et aller mieux. Donc ça c'est cool.* » (P8) et tout simplement de **se sentir utile** « *ça a été une consultation qui a été vachement intense, euh, enfin hyper intéressante et il s'est passé beaucoup de choses. Mais d'un autre côté j'ai eu vraiment l'impression d'être utile ce jour-là* » (P12). Et de fait, la médecine générale, c'est entretenir des **relations dans la durée**, accompagner des patient·es dans leurs parcours, et observer les trajectoires de vie, ce que P11 décrivait avec enthousiasme : « *et puis surtout je suis en plein dans mon cœur de métier, je vais suivre quelqu'un dans le temps, dans son histoire, dans des vraies transformations de vie. Et vrai que c'est plaisant de me dire que je fais partie de la famille, et je vais voir quelque chose se construire et se modifier au fur et à mesure des mois, ouais y'a un côté très moteur qui m'a plu dans tout ça .* » (P11)

P13 et P11 racontaient comment la transition avait permis la reprise du travail chez leurs patient·es : « *il allait quand même mieux, [...] le truc hyper positif c'est qu'il allait chercher du travail alors que c'est quelqu'un qui avait jamais travaillé, donc qui devait avoir, euh, 27 ans, un truc comme ça et qui avait jamais travaillé de sa vie. Et donc là, ayant eu son changement d'identité, ses papiers d'identité d'homme, là il allait s'inscrire pour aller chercher du travail* » (P13), « *elle semble beaucoup plus apaisée, elle a repris du boulot alors qu'elle était en invalidité, qu'elle bossait plus depuis 15 ans.* » (P11)

3. Exercer la médecine de façon militante

Pour P3, qui accueillait des personnes trans et initiait les hormonothérapies, sa pratique était animée par un engagement militant: « *moi je le fais de manière militante donc en fait j'ai pas de frein* ».

4. Accueil inconditionnel

Enfin, les médecins que nous avons rencontré·es avaient à cœur d'accueillir tous et toutes les patient·es dans leur cabinet, sans condition, sans discrimination et avec bienveillance, comme l'illustrent bien ces déclarations : « *Pour moi, ouais, c'est hyper important que les médecins généralistes, quelles que soient nos convictions, notre vie, euh, et voilà... Qu'on puisse vraiment être accueillants parce que c'est notre métier* » (P7), « *ce qui me tient à cœur c'est que quel que soit le parcours de vie des personnes, ils puissent se sentir à l'aise dans un cabinet médical et légitimes.[...] puisque on sent bien que c'est pas encore complètement évident d'assumer la transidentité dans la société ou dans la famille.* » (P6). Accueillir des personnes trans le plus ouvertement possible leur permettait de réaliser cela et d'en retirer peut-être une certaine fierté : « *Ça renvoie quelque chose d'assez positif en fait quand les patients prennent sur eux de te parler de ça, ouai, c'est bien.* » (P11)

Dans cet esprit, les patient·es trans étaient perçu·es comme **des patient·es « comme les autres »** : « *Mais c'est vrai que moi j'ai tendance à prendre ces patients-là comme « un patient », je veux dire, ils sont pas différents.* » (P1), « *En fait évidemment je les vois comme des patients classiques, avec des particularités comme pleins d'autres patients ont des particularités.* » (P2), « *En fait y'a pas tant de spécificité que ça. C'est-à-dire : c'est des êtres humains et voilà, de les... Voilà donc, en fait, faire de la médecine comme on fait de la médecine avec n'importe qui [...].* » (P3)

III. Défis lors de la prise en charge des personnes trans

De ces rencontres avec des personnes trans, les médecins interrogé·es ont beaucoup appris, comme nous l'avons évoqué. Outre les défis « techniques » auxquels les médecins étaient confronté·es lors des parcours de transition, c'est d'abord des particularités de communication dont nous parlerons.

A. Les problèmes de communication

1. Binarité de la langue et difficulté à ne pas mégenrer

Presque unanimement, les médecins étaient en **difficulté à ne pas mégenrer**, d'autant plus quand il n'y avait pas encore le passing désiré : « *C'était vraiment difficile avant qu'ils aient leurs transitions physiques de les appeler autrement. Ce... C'est difficile en fait.* » (P2). Elles nous rapportaient des situations de mégenrage au cours des consultations : « *moi j'me (rire) rappelle très bien me dire « Fais attention, fais attention, fais attention, dit « il » et pas « elle » » et puis faire très attention toute la consultation et puis demander à la fin « Est-ce que vous pouvez me donner votre carte vitale madame » et hop terminé en fait c'est foutu.* » (P2), et évoquaient l'effort que cela constituait d'éviter cette situation : « *Ça demande une attention particulière de faire attention à utiliser les bons pronoms. Et puis d'accorder. Mais bon du coup c'est un peu une gymnastique à prendre et une attention un peu particulière à porter.* » (P3)

Si les patient·es avaient le **passing désiré**, cette **difficulté disparaissait** : « *Et puis que la transition se fait quand même globalement euh... J'trouve c'est assez rapide pour certaine ou certain et du coup la question se pose plus quoi.* » (P10), « *Euh, bah entre [Prénom féminin] et [Prénom masculin], ça s'est fait très naturellement, parce que la transformation physique, c'est vrai qu'elle est vraiment impressionnante. Quand quelqu'un te parle avec une voix d'homme... Tu passes en fait de l'un à l'autre !* » (P11)

Un médecin notait le rôle de la binarité de la langue française « *En tout cas je sais que c'est une erreur, mais c'est une erreur qui est fréquente et qui est malheureusement... Qui est liée à la langue aussi. C'est-à-dire qu'on a une langue qui est très binaire et du coup on est un peu obligé de faire avec.* » (P3)

Cette situation de mégenrage était associée à **des émotions désagréables** comme la culpabilité, la honte ou la peur : « *Bah, on se sent un peu con en fait. On se sent un peu con, parce que ça fait vraiment tout, toute la diff', [...], et dans un moment intime de relation de soin duelle et alors qu'on veut établir une relation de confiance, on se trompe.* » (P2), « *du coup je suis un*

peu honteux. » (P3), « J'me suis dit que j'avais un peu merdé quoi. [...] ça s'est bien passé mais moi j'me suis sentie fautive » (P7), « j'ai toujours peur de faire une bourde quoi » (P7)

Parfois le problème était de « **ne pas oser** » poser de question devant une incertitude concernant les pronoms des patient·es, ou devant une situation évocatrice. Comme P7 qui, devant un numéro de sécurité sociale féminin inchangé et malgré le changement du prénom pour un prénom masculin, a pensé que son patient avait peut-être changé d'avis concernant son genre ressenti : *« Comme il a quand même fait l'effort de changer le prénom mais pas le numéro en 2 sur la carte vitale, ça reste une identité féminine. Du coup j'me suis mise en tête que ça avait été changé, enfin, c'était plutôt vers la régression ... En tout cas... Bref et c'était pas du tout le cas. Et du coup au lieu de poser la question de tout simplement, « bah pourquoi est-ce que [vous avez changé de prénom], est-ce que vous êtes toujours dans le même projet de transition et du coup [...] ? ». J'en sais rien. J'ai pas posé la question, du coup j'me suis dit « bah ça se trouve, il a changé d'avis ». Donc du coup j'ai passé la consultation à féminiser. ».*

Pour d'autres, il y avait aussi la **difficulté liée au deadname** :

« je l'appelais par son prénom masculin et chez lui ça déclenchait des... Des accès de violences en fait : il se levait, il claquait la porte et il s'en allait. » (P5)

2. Vocabulaire spécifique

Certaines **définitions médicales peuvent être perçues comme stigmatisantes**, comme la controversée « dysphorie de genre » du DSMV : *« ya quand même une différence entre les termes et les définitions médicales qui peuvent rentrer dans une ALD et ce que eux ils peuvent percevoir, ce qui peut les énerver aussi, enfin ... Parce que l'ALD elle s'appelle la dysphorie de genre. » (P9).* En ce sens, médecin et patient·e n'utilisent pas toujours le même langage (le langage de dictionnaires médicaux contre celui des personnes et des luttes). Comme nous l'avions déjà souligné, une partie des médecins interrogé·es utilisaient effectivement des **termes inadaptés et désuets** (« transformation », « transsexuel », « transsexualisme ») dont certains autrefois utilisés dans la CIM-10.

Pour un·e médecin, le choix des termes pour décrire les patient·es trans était un casse-tête *« Alors déjà, j'ai toujours du mal encore avec le vocabulaire, des fois je me trompe. [...] Parce que c'est pas toujours évident, et puis j'ai l'impression aussi que tout le monde ne met pas les mêmes termes sur chaque situation. « La transidentité, transgenre » enfin tout le monde n'utilise pas exactement le même vocabulaire et ben du coup, on peut vite avoir l'impression de faire des boulettes. » (P6)*

3. Incompréhension

Enfin, face à un·e patient·e n'exprimant pas sa transidentité, l'incompréhension pouvait s'installer, comme l'illustre le cas de ce médecin qui, confronté au malaise et au silence d'une patiente, a vécu une année entière d'**errance diagnostique**, n'envisageant tout simplement pas une problématique d'identité de genre : « *J'ai eu du mal un petit peu à cerner sa demande, dans le sens où il était mutique. [...] Donc on a appris du coup suite à ça, qu'il ne parle pas à cause du rapport qu'il a avec sa voix masculine qu'il ne supporte pas, qu'il ne supporte plus. [...] ça a été un peu le parcours du combattant dans le sens où il était étudiant (dans une autre ville) et il est toujours, d'ailleurs, étudiant. Que là-bas, il se refermait sur lui. [...] Donc d'abord on a pensé qu'il y avait des troubles de la personnalité donc on a un peu erré avec une consultation en psychiatrie. La consultation en psychiatrie a conclu à un état schizoïde avec des traits un petit peu... Des troubles de la personnalité. Ça c'était avant que le patient arrive à nous dire qu'il voulait changer de sexe.* » (P5)

4. Une clé : Être à l'aise et poser des questions ?

Trois médecins faisaient le lien entre leur degré d'aisance et la quiétude de leurs échanges avec les patient·es. La première, après une consultation s'étant mal passée, nous racontait : « *[...] plus elle était agressive [...] plus moi j'étais vraiment sur la défensive et j'étais mal à l'aise, et plus j'étais mal à l'aise, moins ça se passait bien.* » (P9)

La deuxième, constatant finalement qu'elle avait mégenré durant toute la consultation, remarquait que cette consultation s'était malgré tout passée sereinement : « *En fait, je l'avais pas du tout gêné parce que j'étais pas gênée. Je sais pas comment te dire.* » (P7). P11 rapportait : « *je suis restée aussi naturelle du début à la fin avec eux, et ça je pense que ça leur a bien plu.* »

P10 et P6 généralisaient, en faisant des parallèles avec d'autres sujets pouvant être difficiles à aborder en consultation :

« *Plus tu vas être gêné par un sujet, parler de sexe par exemple ou des trucs comme ça, plus la personne va voir que tu es gêné, ça va pas être bien, alors que finalement, enfin, je pense qu'il faut poser les questions* » (P10)

« *Bah moi j'ai l'impression que c'est un peu quand on commence à s'intéresser aux violences : au début on ose pas trop poser la question, puis une fois comme c'est habituel et que ça nous paraît normal et légitime et bah, en fait on la pose et elle est généralement bien accueillie quoi.* » (P6)

P12 enfin, soulignait l'importance de poser des questions : « *Mais j'avais l'impression de pas faire n'importe quoi parce que pour le coup, ce que je savais pas, je le demandais.* » (P12)

5. Des difficultés surmontables

Devant ces difficultés (ne pas mégenrer, utiliser le vocabulaire adéquat) des médecins **dédramatisaient** « *je me flagelle pas trop. Je me dis, « bah voilà, je fais des erreurs ».* » (P3)

P10 soulignait que les problèmes de communication n'étaient **pas spécifiques** aux consultations avec des personnes trans : « *C'est comme les autres consultes hein. Même au début en fait, parce qu'on fait des impairs de toute façon avec d'autres gens sur d'autres trucs* ».

P2 précisait ce qui lui semblait **faciliter les consultations** : « *Finally, si la consultation a été menée dans l'empathie, le respect et les explications, que je ne suis pas spécialiste de la transition mais que je vais les accompagner comme un médecin généraliste classique dans leur prise en charge globale déjà, ça se passe bien. Et ensuite je m'excusais des mégenrages à venir, ou que j'avais déjà fait.* ».

P5, pour qui le problème avait été d'envisager la transidentité devant une patiente en détresse, se sentait **mieux armé pour le futur** :

« *-Hum. Mais tu disais, si tu étais maintenant re-confronté à cette demande tu serais peut-être plus... ?*

P5 : Ah bah là au moins je saurai vers qui l'adresser, je saurai peut-être un peu mieux ... (pause). Peut-être mieux dépister la demande. » (P5)

La plupart des participant·es soulignaient aussi la **simplicité** lors de ces consultations avec des personnes trans : « *Mais en soit, sinon l'entretien est pas plus compliqué que ça, [...] la plupart du temps, c'est des consultations qui se passent très bien.* » (P10)

B. Difficultés liées aux parcours de transition

1. Inconfort de devoir gérer une situation inconnue par manque de formation

Manque de formation et d'information

Comme nous l'avons vu, les médecins interrogé·es n'avaient pas eu de formation universitaire sur le sujet de la transition de genre, ce qui était vécu comme un manque lors des prises en charge : « *Et là je me suis sentie un peu en difficulté parce que j'ai pas de formation spécifique* » (P2). Ils·elles remarquaient leur méconnaissance générale : « *au début, je comprenais rien déjà, j'étais pas du tout à l'aise* » (P8), et plus précisément leur méconnaissance des traitements

hormonaux : « *Sur tout ce qui est les modalités médicales d'une éventuelle demande de de transition, là pour le coup j'ai pas la moindre idée de ce qu'il faut vérifier* ». (P12)

Ce manque de connaissance générait de la frustration « *c'est un peu frustrant de rien comprendre à leurs dosages et tout ça quoi*. » (P8) et constituait, bien sûr, un véritable frein à la prise en charge : « *Je fais pas l'hormono, je fais pas le bilan spécialisé parce que j'ai pas fait de formation* ». (P8)

Trouver des informations considérées « fiables » était aussi une difficulté : « *Moi j'aime bien être neutre, 'fin pas être dans le militantisme, euh, maximal. Et voilà, pour un truc, pour avoir une information neutre, claire et solide j'trouve ça pas si facile surtout sur cette thématique*. » (P2)

Inconfort devant une situation exceptionnelle

En plus de n'avoir pas eu de formation, les médecins rencontraient peu (ou pas du tout) de situations médicales liées à des transitions de genre. Face à ces situations presque jamais éprouvées auparavant, ils·elles soulignaient leur inconfort, comme P6 et P12 :

« *On peut pas dire que c'était très confortable quoi. D'examiner une patiente qui a eu une vaginoplastie en Thaïlande, moi j'ai jamais vu ça, je sais même pas à quoi m'attendre [...]*» (P6)

« *Disons que j'étais pas euh... j'étais pas dans ma zone de confort comme je peux l'être sur des consultations de contraception ou de suivi de gamins où là pour le coup, bah voilà c'est vraiment de la routine*. » (P12)

« Peur de mal faire »

Confronté·es à leur manque d'expérience et de connaissance, les médecins éprouvaient la peur de mal faire, comme P9 : « *[à propos de la rédaction de la demande d'ALD] Ah non, j'étais paniquée, j'étais paniquée, je savais pas trop quoi marquer, j'avais très peur aussi de faire mal*. » (P9). Cette peur de commettre des erreurs les paralysait parfois, entravant leur pouvoir d'action. C'était le cas d'une médecin qui, par peur d'éventuels effets féminisants, n'osait pas prescrire des œstrogènes vaginaux à un homme trans ayant une sécheresse vaginale (il s'agit ici d'un traitement habituellement prescrit en médecine générale, dont les effets principalement locaux sont temporaires) : « *De moi-même, j'ai pas été chercher des choses [des informations sur les interactions entre traitements hormonaux], parce que j'avais peur de faire des bêtises quoi [...]. Est-ce que moi j'avais le droit de prescrire des choses ? Certainement, mais en tout*

cas je ne me le suis pas autorisé ... Ayant peur d'interférer avec le traitement hormonal qu'elle avait déjà. » (P13)

Ces peurs de mal faire pouvaient aussi s'exprimer par le sentiment d'incompétence (surtout face à des spécialistes) « *J'avoue que je me disais : « je suis pas compétente » », et elle est suivie par une équipe pluri-pro à [ville] » (P13), et par une réaction « défensive », comme pour P9 : « *J'avoue que je pense que je suis un tout petit plus sur la défensive sur moi-même en m'autocensurant. De me dire, il faut pas que je fasse cette erreur. » (P9)**

2. Difficulté à trouver un réseau compétent, « safe »

Face à ces situations peu habituelles, les généralistes ressentait le plus souvent le besoin d'avoir des référent·es spécialistes, « *je trouve ça très pratique et rassurant »*, mais trouver des personnes « compétentes » n'était pas toujours aisé, que ce soit sur le plan médical : « *Mais je me suis sentie assez démunie parce que [...] n'ayant pas trop de réseau pour m'aider dans mes correspondants proches qui d'habitude me donnent des avis, je savais vraiment pas vers qui aller » (P13) ou paramédical : « on a galéré avec la collègue orthophoniste pour trouver une orthophoniste spécialisée. » (P8). P1 qui travaillait en milieu semi-rural notait lui aussi des difficultés à trouver des spécialistes de proximité à qui adresser sa patiente « *c'est forcément des circuits qui sont un peu spécifiques et auxquels on a pas accès partout quoi, hein. » (P1). Même dans les grandes villes, les médecins constataient le manque de spécialistes disponibles et formé·es (notamment le manque de psychiatres et de chirurgien·nes) : « Le psychiatre c'est l'enfer ! Donc spécialiste « transgenre » je sais même pas, mais tout court c'est compliqué de trouver des psychiatres ou des psychologues. » (P8), « Et la chirurgie, on galère parce qu'on manque de nom sur [grande ville], de chirurgiens bien pour les personnes trans. » (P10)**

Certain·es nous rapportaient des situations de **transphobie** avec des confrères ou consœurs : « *Le psychiatre qui la suit parce qu'elle a un trouble bipolaire, euh, continue de la mégenrer sur les courriers que je reçois. De marquer « il » alors que sa transition est officielle avec l'état civil et tout. » (P6) ou des spécialistes jugé·es **incompétent·es** : « *Parce que j'en ai eu au téléphone qui clairement étaient pas safe du tout quoi. Mais vraiment hein. Enfin, j'étais mal à l'aise en fait. Même j'avais la personne devant moi et j'appelais pour téléphoner pour demander une question très précise sur « est-ce que une ampoule d'hormone masculine pouvait avoir un effet contraceptif ? », euh, il m'a envoyée balader et il m'a dit un faux truc en plus. Enfin... Il m'a dit « oui oui c'est contraceptif » alors qu'après dans la formation, j'ai su que ça l'était pas du tout. » (P9). P4 avait essayé un **refus total de prise en charge** de la part d'un psychiatre : « *Et là-dessus le psychiatre intervient et m'envoie un courrier me disant que je***

n'avais pas à entendre cette demande puisque c'était un trouble de l'identité et que ça faisait partie de sa pathologie. [...] ya pas eu la possibilité d'ouverture à ce niveau-là. J'ai dit quand même que j'étais sexo, qu'on pouvait entendre ça. Mais le psychiatre a pensé que c'était un trouble, que ça faisait partie de sa pathologie. » (P4)

Les médecins nous partageaient **des réticences à confier des patient·es trans à des confrères et consœurs inconnu·es** : *« C'est typiquement, enfin voilà, ça fait partie de sujets sur lesquels c'est compliqué d'aller voir le premier nom dans l'annuaire quoi. » (P12) « C'est toujours délicat d'adresser à des confrères qu'on connaît pas. » (P7)*

Le réseau se constituait donc au fil des expériences, sélectionnant les professionnel·es jugé·es « safe » : *« j'ai essayé plusieurs endocrinos. Y'en a que j'ai rayés de la liste parce qu'ils étaient pas du tout transfriendly. » (P2)*

3. Des lieux de prise en charge éclatés

Du fait de l'insuffisance d'offre de soins sur le territoire, les patient·es devaient parfois se déplacer loin de leur lieu de vie pour consulter *« elles m'ont dit « Ouais, ouais, c'est pas la peine qu'on cherche ailleurs. J'préfère faire des kilomètres pour aller voir des gens qui qui vont nous suivre dans l'aventure ». » (P5)*. Certain·es allaient se faire opérer à l'étranger : *« elle a été opérée en Thaïlande parce que je crois que les délais en France qu'on lui proposait étaient ... lui convenaient pas, entre autres. » (P6)*, ce qui entraînait des difficultés de suivi : *« [A propos de l'opération en Thaïlande] Avec toutes les difficultés que cela comporte pour le suivi post-opératoire. Qui du coup a été fait par moi avec des connaissances ultra modestes. » (P6)*

De plus, les médecins rapportaient un **nomadisme médical** avec des ruptures de suivi : *« Donc l'histoire moi je l'ai prise en cours de route. » (P1), « Euh, j'ai pas eu l'occasion en fait de lui reparler depuis. » (P5) « Les gens très militants, en fait, ils sont pas restés. » (P2) « Y'en a un, des patients je l'ai perdu de vue parce que, bah voilà, il a changé de médecin. » (P1)*

P7 constatait que deux des patient·es qu'elle avait rencontré·es venaient peut-être spécifiquement la voir elle, remplaçante, parce qu'elle ne les connaissait pas déjà : *« Alors moi, je pense que la première expérience que j'ai eu, j'étais en remplacement dans le Finistère dans un cabinet de groupe. Et c'était un samedi matin, j'ai vu une patiente que je connaissais pas, et que j'avais jamais vue et qui est venue pour me demander un courrier pour un médecin endocrinologue pour une prise en charge de changement de sexe. [...] j'voyais bien euh que c'était pas simple de venir et que peut être si elle était venue un samedi matin avec la remplaçante, y'avait peut-être une raison. » (P7)*

Enfin, la prise en charge était parfois **sectorisée**, sans que les médecins généralistes n'y participent : « *Et y'en a certains que je vois plus maintenant qu'ils sont partis au CHU, j'ai fait surtout le premier courrier, j'ai fait l'ALD. C'est toujours nous qui faisons les ALD.* » (P8)

4. Difficulté de communication avec les spécialistes

Le fait de ne pouvoir utiliser un réseau local et connu par les généralistes entraînait des difficultés de communication interprofessionnelles allant parfois jusqu'à l'**absence totale d'échange** : « *Mais on va pas revenir, sinon, sur le lien avec les spécialistes, parce que y'en a pas du tout.* » (P4)

Un participant **ne recevait pas de courriers** : « *Non je recevais même pas de courriers! Au départ lui il recevait les courriers, le patient. Moi je recevais pas. Donc j'étais pas au courant de ce qui se faisait, j'étais au courant de rien. On avait des complications locales, locorégionales et comme je savais pas de quoi il retournait, c'est, voilà ! C'est compliqué. Donc très très très ardu.* » (P1)

Celles et ceux qui essayaient de joindre les spécialistes se cognaient contre des murs : « *le psychiatre, enfin, c'est compliqué quoi. On peut jamais leur téléphoner, y'a pas de secrétariat, 'fin, voilà.* » (P8)

« *Et le fait que le patient soit pris en charge dans un réseau assez complexe hyper spécialisé et en plus dans une ville qui n'est pas la mienne, la communication a été difficile pour moi. [...] J'ai essayé de les appeler mais en fait tu tombes sur des secrétaires, tu demandes à être rappelée... Autant localement moi j'ai des correspondants gynéco ou autre que je connais, là c'était une équipe pluri-pro à [l'hôpital de ville] et du coup, j'essayais de me faire joindre soit par l'endoc soit par le gynéco et personne me rappelait quoi.* » (P13)

Cette absence de communication généraliste-spécialiste laissait les médecins et les patients **démuni·es** : « *et je suis restée un peu seule avec mes inquiétudes et les siennes. Donc voilà on en revient toujours au même.* » (P13)

P6, P8 et P10 cependant, nous rapportaient de bons échanges avec les endocrinologues : « *Donc autant les endocrinos ça marche hyper bien, on a toujours un retour par courrier, ils sont hyper joignables au téléphone, donc c'est super facile.* » (P8)

5. Représentation des traitements hormonaux

Les traitements hormonaux étaient perçus comme entraînant des **risques importants** : « *Tous les hommes qui prenaient euh la progestérone à haute dose toute leur vie, enfin c'est quand même ... C'est lourd hein. C'est vachement lourd je trouve. Ça a des conséquences sur la santé donc...* » (P2)

Pour P11, en plus de comprendre des risques, **ces traitements n'étaient plus l'habitude des médecins généralistes** : « *Parce que c'est vrai que en tant que médecin généraliste, des traitements hormonaux substitutifs de la ménopause, déjà on en prescrit même plus. Hein de temps en temps t'as une femme qui arrive « docteur les bouffées de chaleur j'en peux plus », bah voilà, tu fais « merde, ohlala, faut je regarde ça, faut que je relise un cours » parce que franchement c'est plus du tout notre pratique, ça s'est perdu quoi. On en prescrit peu, et j'me dis on en prescrit plus parce que on a eu plein d'informations comme quoi aux Etats-Unis ils mettaient des doses de cheval et que y'avait des problèmes quoi. Mais en fait à force de plus aborder tout ça c'est vrai que tu te dis, ah ouai, là c'est vraiment des doses de cheval et on rigole pas et quel est le suivi ? Parce que effectivement, bon bah forcément si t'as encore un utérus, faut quand même vérifier effectivement si y'a pas de cancer dans ce coin-là, euh...* ».

P3 trouvait, au contraire, que l'usage de ces traitements était **banal** en médecine générale : « *Je trouve ça assez étonnant que les médecins en fassent tout un patacaille alors qu'en fait, on prescrit des hormones tous les jours, ne serait-ce que pour la pilule oestro-progestative. Euh, bon voilà, c'est pas si différent que ça. En vrai, il y a quelques spécificités, mais bon.* » (P3)

P10 notait **l'inexistence de critère objectif** pour évaluer l'efficacité des traitements : « *[...] On va être plutôt sur une efficacité ressentie des traitements que sur un truc bien codifié comme on peut avoir en endocrino pour d'autres problématiques.* » (P10)

6. Peur de sortir du cadre légal

Les préoccupations concernant le cadre médico-légal étaient fréquemment évoquées. Une question qui revenait régulièrement était : si elles, médecins généralistes, avaient **le droit de prescrire les hormonothérapies** ? « *C'est plus ça qui est compliqué : de savoir euh ce qu'on a le droit de prescrire, pas prescrire.* » (P10), « *je pense que, aucunement, moi en tout cas, je ne pourrais initier un traitement. En tout cas, d'ailleurs je ne pense pas qu'on puisse le faire, médico-légalement.* » (P5). Pour les médecins plus informé·es, le fait de **prescrire hors AMM** pouvait être cité comme un frein à envisager d'initier les hormonothérapies soi-même : « *[A propos d'initier des traitement hormonaux] Enfin non, et puis c'est hors AMM et tout donc,*

euh... » (P7). Sur les prescriptions de renouvellement, il arrivait que les pharmacies appellent les généralistes devant des dosages inhabituellement hauts. « *donc souvent ils sont à des doses au-delà donc du coup c'est pareil, c'est des problèmes de légalité. C'est que les pharmacies appellent pour dire que c'est au-delà de la dose.* » (P10)

Concernant l'ALD, la **remise en question des demandes par les médecins-conseils**, soulevait encore une fois cette question de la légalité : « *[Concernant la demande de suivi psy et endocrinologique par la médecin-conseil pour accepter une demande d'ALD] : et du coup je me dis : « Est-ce que je suis dans l'illégalité » à dire... Voilà, ça me pose toutes les questions-là. C'est plus par rapport à la loi entre guillemets.* » (P10)

7. Difficulté administrative

La principale difficulté administrative résidait dans les décisions aléatoires des médecins-conseils, décrites par P2 et P10 : « *Donc la première demande d'ALD, elle a été accordée tout de suite. [...] Et puis après en fait, les demandes que je faisais n'étaient pas accordées par la sécu parce que j'avais pas un certificat de psy et d'endocrino. Alors je ne sais pas, je ne sais toujours pas si c'est vraiment encore indispensable pour la demande de 100 % mais du coup une fois que j'ai eu un ou deux refus de la CPAM en fait, bah, j'ai dit au gens « bah écoutez, il y a aucun souci, on va faire la prise en charge ALD et tout ça mais la CPAM demande un certificat d'endocrino et de psy donc on va le faire ensemble, je vais vous adresser à des gens qui le font ». Enfin, y'avait pas de danger que ça soit refusé quoi. Et donc en fait c'est dans ce cadre-là surtout que y'a des gens [patient-es] qui sont parti-es.* » (P2)

« *Et là, je sais pas pourquoi, alors peut être qu'on a changé de médecin à la sécu ou autre mais... Là, je suis en difficulté. La dernière pour qui j'ai demandé, on m'a demandé « Est-ce qu'elle a bien un suivi psychiatrique, un suivi endocrinologique et quelqu'un qui puisse confirmer et affirmer et attester que les soins sont nécessaires dans son contexte ? » » (P10)*

8. Inquiétudes morales liées aux transidentités

Certain·es médecins exprimaient des inquiétudes : **inquiétude que le désir de changement d'identité de genre de leur patient ne soit pas stable dans le temps** et puisse changer : « *Il est dans l'optique de changer de corps, voilà. Mais c'est très long les démarches et c'est normal parce que ça peut être « J'en peux plus » et après ils changent d'avis ils veulent garder leur verge donc euh ... Voilà. Ça faut se méfier.* » (P8). « *Des fois c'est quand même pas très clair si c'est quelque chose d'ancien, d'ancré, de certain.* » (P2). **Inquiétude que le changement**

d'identité ne résolve pas des problématiques dépressives : « *Voilà ça c'est mes interrogations que je garde pour moi hein, dans ma tête. Mais en tant que personne, quand même ça m'interroge des fois. Je me dis : « mais, oui je les accompagne, mais finalement [...] dans quelle proportion les gens qui sont en transition ne vont pas bien ? Quelle proportion de ces gens-là c'est dû vraiment à leur quête d'identité ? » Je sais pas. Est-ce qu'ils ont vraiment une identité dans laquelle ils se sentent bien ? Je sais pas. Il y a des gens qui peut-être se trompent de combat et c'est difficile de les accomp ... fin en tout cas de faire la part des choses, je trouve. » (P2)*

Pour un autre, la difficulté était **d'envisager une grossesse chez un homme trans :** « *Quand je reçois des comptes-rendus d'endocrino et qui me dit « garde son utérus parce que n'est pas au clair sur son désir d'enfant » alors que cette personne prend de la testostérone depuis plusieurs années ... He ben y'a un truc, c'est des questions en moi qui sont pas résolues ça par contre. Vous voyez ? [...] Du coup j'me ferme à cette question parce qu'en fait je n'ai pas envie de m'y confronter. » (P2)*

Une autre enfin était plus préoccupée par la **balance bénéfico-risque des chirurgies d'affirmation de genre :** « *Alors après, c'est vrai que là, moi, d'un point de vue médical moi je bloque un peu plus, sur vraiment la transformation du sexe, dans le sens où je ne vois que les complications en fait. Pour moi c'est une chirurgie lourde, qui peut avoir des vrais retentissements avec des complications aiguës, infectieuses, nécroses et compagnie. [...] Bon après j'ai un mari chirurgien, donc euh, moi j'entends parler de complications de chirurgie tout le temps. Ça aide pas. Ça aide pas mais c'est vrai que je me dis là c'est beaucoup quoi. C'est lourd, c'est risqué. Et du coup... Bon après ça c'est voilà, c'est mes réticences à moi. » (P11)*

C. Difficultés non spécifiques au contexte des transidentités

Les difficultés rencontrées au cours des consultations ne sont pas toujours spécifiques au contexte des transidentités. Nous avons décidé de les inclure dans ce travail pour illustrer toute la complexité du métier d'un généraliste.

1. Relation

Pour une médecin, l'entente plus ou moins bonne avec les patient·es était naturelle : « *Après y'aura toujours des gens avec qui ça passera pas parce que, avec n'importe quel patient, ça ne passera pas ! » (P9)*

2. L'observance

Une médecin nous a rapporté l'inconfort qu'elle ressentait devant un patient ne souhaitant pas faire la surveillance qu'elle préconisait : « *Après y'a des difficultés aussi sur l'observance, notamment un patient qui s'est fait remonter les bretelles parce qu'il veut juste ses hormones et il veut pas faire ses examens, ses prises de sang, vérifier que tout est bien.* » (P8)

3. L'exigence

Une difficulté notable était l'exigence ressentie au cours de certaines consultations. « *Et donc en fait, j'me suis sentie des fois vraiment très en difficulté par rapport à des patients qui étaient très militants et demandeurs, sans aucun... Sans réfléchir à ce que ça voulait dire en fait, la relation de soin . [...] Donc ne pas vouloir partager, mais par contre exiger quelque chose, moi ça je peux pas, en fait.* » (P2). Cette exigence était perçue au travers de **revendications** de droits qui ne semblaient pas laisser la place à la négociation et à l'échange, laissant la médecin perplexe : « *Dans le flot de demandes que j'ai eu à cette époque-là, j'ai eu beaucoup de patients qui sont venus avec un esprit militant. Militant péjorativement : c'est-à-dire vraiment en demande de reconnaissance et de droits qui leur étaient obligatoirement dévolus. [...] Vraiment j'me suis sentie des fois un peu attaquée sur « si tu ne me le fais pas c'est que tu me discrimines et la discrimination c'est interdit par la loi ». [...] Que si je leur disais « bah mais attendez c'est une première consultation, c'est une consultation pour se connaître etc, et on se reverra pour le 100 % », bah c'était vécu comme vraiment une, euh, je sais pas comment dire, une discrimination supplémentaire en fait.* » (P2). Seule P2 nous a rapporté cette difficulté sous cet angle.

D'autres participant·es nous ont rapporté des situations voisines : « *Et elle me dit « De toute façon, tout est prévu. ». Donc en fait, moi je suis embarquée dans tout ça, avec une patiente avec qui je m'entendais très très bien, qui avait un côté très complice avec la jeune femme que je connaissais bien et euh... Et c'est vrai que j'dirais elles m'ont pas trop laissé le choix quoi.* » (P11)

Dans ce dernier exemple, ci-dessous, la médecin semblait **se sentir manipulée** par son patient. « *elle me dit « ah, mais c'est toujours un tiers de dose, un tiers d'ampoule c'est pas très pratique », (rire) je me suis dit « aller, un tiers voilà » et en fait deux jours plus tard je reçois le courrier de l'endoc qui disait qu'elle faisait un quart et j'ai eu un peu l'impression sur le moment de me faire avoir.* » (P11)

D'autres médecins précisait que le cas ne leur était jamais arrivé avec leurs patient·es trans: « *j'ai pas souvenir d'avoir des demandes qui m'ont semblées abusives et auxquelles j'aurais dû dire non, tu vois.* » (P3)

4. La critique et les patient·es expert·es

Une autre situation qui déstabilise et peut mettre en jeu « l'autorité » des médecins concerne la confrontation avec des patient·es très informé·es, des patient·es « expert·es », qui osent poser des questions et discuter les prises en charge, comme l'ont rapporté ces médecins : « *mais parfois y'a un côté de tout discuter des prescriptions. De tout discuter la prise en charge, de dire « Ah bah vous me prescrivez ça, mais pourquoi ? Est-ce que c'est utile ? Pourquoi c'est utile ? Et pourquoi vous me faites ci ? Et pourquoi vous me faites pas ça ? ». Et du coup ce côté vraiment très questionnant sur tout et à la fois extrêmement intéressant parce que c'est super de d'avoir un vrai échange et de questionner et à la fois parfois un peu désarçonnant parce que du coup moi j'me disais « mais est-ce que c'est de la méfiance, de la défiance, parce qu'ils ont pas confiance? » » (P7)*

« *Ils savent plein de choses mais ils ont l'impression qu'ils savent mieux. Et un moment c'est toujours compliqué de voilà...* » (P8)

La plupart des médecins que nous avons interrogé·es semblaient finalement en faire une force et s'appuyaient sur les connaissances des personnes trans « *Et moi je m'appuie beaucoup sur les personnes trans qui sont souvent, pour certaines, des personnes très militantes et donc assez expertes. Et elles en savent bien plus que moi.* » (P3), « *je me rends compte que c'est vraiment un suivi où le patient quand même, bah nous aide beaucoup.* » (P10)

On remarquait que dans la situation de ressenti d'exigence, de trahison, de manipulation ou de critique, le problème semblait résider dans une relation de non-confiance entre soignant·e et patient·e. Un médecin décrivait très bien comment les choses lui semblaient plus compliquées tant que cette relation de soin n'était pas solide : « *Mais du coup avec ce côté vraiment parfois où il faut un peu s'apprivoiser* » (P7)

5. Différence entre l'attente des patient·es et celle des médecins

Les médecins généralistes, accompagnant habituellement leurs patient·es au long cours, à la fois consulté·es en premier recours et mais aussi principales interlocutrices en matière de santé, se retrouvaient parfois complétement bousculé·es dans leurs habitudes avec des patient·es ne consultant que pour des demandes très précises, ponctuellement, voire uniques, sans volonté d'échanger. Cela gênait certain·es médecins qui étaient **attaché·es à prendre en charge plus**

globalement leurs patient·es, comme P2 : « [au sujet d'une forte fréquentation dans sa patientèle de personne trans à la suite d'un référencement sur un blog]. Mais en fait ça a complètement modifié la façon dont venaient certaines personnes, qui étaient dans une demande de soin très précise sur la prise en charge à 100 %, alors que moi c'est ... J'étais plus dans une optique de prise en charge globale et pas seulement prise en charge de la transidentité. [...] Je correspondais pas à leur demande, je correspondais pas. Ils voulaient, en fait, quelque chose de très très ciblé là où moi je voulais élargir et en fait, c'était pas dans leur demande. » (P2). La temporalité médecin-patient n'était pas forcément la même.

Peut-être que comme pour P10, cette participante se sentait **menacée dans son identité de médecin** : « Parfois j'ai un peu l'impression d'être... ça peut arriver que j'ai l'impression d'être un petit peu comme un supermarché [rire]. Dans le sens où souvent ils viennent pour la prescription hormonale. Parce qu'en fait finalement, ils ont pas forcément cette demande d'accompagnement là-dedans. Ils veulent juste le médicament et après ils sont bien dans leur... Ou l'ALD. Donc parfois j'ai un peu l'impression d'être un peu... De pas faire un rôle de médecin vraiment mais plus de prescripteur, voilà. » (P10)

6. Le risque suicidaire et l'accompagnement psychologique

P2 citait **l'évaluation du risque suicidaire** comme une première difficulté, « bah la difficulté d'une part, c'était quand même sur l'évaluation du risque suicidaire », la deuxième étant la peur de nuire au patient si la consultation ne se passait pas bien dans ce contexte suicidaire.

Une médecin ne s'était pas sentie à l'aise avec **l'accompagnement psychologique** : « Et puis, bah, au niveau psychologique c'était pas très évident comme suivi non plus pour moi. » (P13)

7. L'impuissance

Comme avec de nombreux·ses patient·es, certaines situations mettaient les médecins en situation d'échec : « Je pense que j'ai pas du tout été à la hauteur » (P5)

Soit ici, en se sentant impuissante **face à la douleur d'un·e patient·e** : « J'me suis juste sentie dépassée par la souffrance de cette personne quoi. Après, c'est, c'est vraiment quelqu'un qui souffre énormément donc, comme dans n'importe quelle consultation où on sait pas trop quoi faire pour aider la personne, on va dire. » (P6), ou là, face à **un·e patient·e cumulant les problèmes / cercle vicieux** (discrimination, précarité socio-économique, santé psychologique) : « Mais oui, j'ai rencontré des difficultés comme je peux rencontrer des difficultés avec n'importe quelle consultation de patient où des fois je tourne un peu en rond et je sais pas trop quoi faire pour les aider parce que, parfois en fait, dans son parcours de personne trans, ya

*aussi beaucoup de rejet, beaucoup de... Ya quand même parfois de la dépression et en tout cas des problèmes sociaux et ... avec le travail aussi, l'acceptation au travail et... qui sont intermelés et qui sont compliqués à gérer. Enfin, parce que tu gères pas juste la transidentité, tu gères tout le reste. C'est ça qui est parfois difficile je trouve. » (P9). Ou encore en étant incapable de répondre à certaines **questions** : « mais elle avait quand même beaucoup de questions auxquelles je ne pouvais pas toujours répondre, malheureusement » (13)*

8. La solitude

La **solitude** ressentie par certain·es médecins interrogé·es était surtout liée aux difficultés de communication avec les spécialistes : « . L'équipe de [ville], j'ai essayé de les joindre, mais en fait c'était vraiment pas évident du tout [...] donc j'étais un peu seule face à ça. » (P13) « Mais ça c'est pareil avec les spécialistes et les médecins généralistes, on se rend pas trop compte de ce qu'on....du retour et ... Des fois on a quand même peu de dialogue. Mais malheureusement pour l'instant c'est comme ça et c'est pas spécifique aux personnes trans. » (P9)

Un **sentiment d'exclusion** était même verbalisé par P13 : « je me suis pas du tout sentie incluse dans une prise en charge pluri-disciplinaire, je recevais les courriers en effet mais ça s'arrêtait là quoi. ».

9. Souhait de ne pas se spécialiser

Pour certain·es médecins, il y avait un souhait de ne pas devenir « spécialiste » des personnes trans, comme pour P2 : « je veux dire c'est pas un intérêt, euh, que j'ai envie de développer particulièrement dans ma patientèle en tout cas. » ou P9 : « Mais j'ai l'impression que c'est tellement vaste et puis y'a tellement d'autres sujets en médecine aussi qui sont importants et que parfois j'ai l'impression de pas maîtriser que je me dis si déjà je me lance là-dedans, j'ai pas non plus envie de faire que ça et c'est pas forcément... ». Les propos exprimant ce désir de garder une certaine « neutralité » faisaient référence à une augmentation de la patientèle trans liée au bouche à oreille. Ce bouche-à-oreille pouvait se faire par internet et parfois, les informations diffusées sur ces sites allaient à l'encontre des valeurs de la médecin : « Et donc le blog, je crois, m'a retirée. Enfin, a retiré l'article, surtout que l'article mettait pas en valeur, euh, ce que moi j'avais. C'est-à-dire que l'article disait essentiellement que je faisais la demande de prise en charge à 100% dès la première consultation. » (P2)

Une médecin déplorait de constater que la prise en charge des personnes trans relevait bien d'une certaine spécialisation, même chez les médecins généralistes :

« P11 : C'est juste que j'me dis que ça devrait être une prise en charge plus simple, plus universelle et plus comme tout le monde et je trouve que c'est un peu... Même l'histoire de ces mailing listes de patients de médecins transfriendly je trouve ça un peu absurde en soit en fait. [...] Voilà. Bah je trouve ça très stigmatisant. C'est comme une collègue une fois qui demandait : « est-ce qu'il y a des médecins au cabinet qui sont plus sensibilisés aux transidentités et qui accepteraient de suivre une personne ? ». [...] Ça devrait pas être une... Enfin je sais pas comment dire. C'est comme si pour moi on m'appelait et on me disait : « Est ce que tu veux, tu voudrais suivre quelqu'un de noir, d'Im50 ou que de ou âgé ou ... ». » (P10)

Pour P3, le fait de voir des patients trans en tant que « spécialiste » pour la transition ne posait aucun problème : « Enfin voilà. Et après ya des personnes aussi, que je suis un peu comme, entre guillemets « spécialiste ». C'est-à-dire qu'ils ont eux-mêmes leurs généralistes, mais leurs généralistes veulent pas prescrire. Et du coup j'instaure le traitement et puis après des fois le généraliste prend le relais ou sinon c'est moi qui fait le... Enfin, je vois les gens que pour le traitement hormonal. » (P3)

IV. Rôle des médecins généralistes et besoins exprimés

A. Représentation du rôle des médecins généralistes

Afin d'éviter les redondances, nous ne reprendrons pas en détail les différents rôles évoqués dans la partie « relation de soin et prise en charge globale » .

1. Un rôle pas si spécifique

Ce qui ressortait des entretiens sur le rôle des médecins généralistes dans la prise en charge d'une personne trans était **sa non-spécificité**. La place des médecins est la même qu'avec tout·e patient·e : « *Bah, en fait la place du médecin généraliste pour moi elle est comme celle pour les autres patients.* » (P2)

En effet, les médecins généralistes semblaient dans plusieurs entretiens jouer un rôle **central et de premier recours**, devenant les **réfèrent·es au long cours** des patient·es et assurant leur **suivi**. Elles devaient aussi faire le **lien avec la famille**.

« - *Et est-ce que tu penses que les médecins généralistes ont un rôle dans les prises en charge des transidentités ?*

P4 : Ah oui ! On est quand même les premiers... On est médecin généraliste, donc premier intervenant »

« *Donc notre rôle c'est quand même de les accueillir, de les rassurer, de leur montrer que voilà on sera un des... un des référents de leur santé au long cours.* » (P2)

« *Et puis après les suivre dans leur entièreté* » (P9)

P1 évoquait quant à lui un rôle de **seconde ligne** dans le cas spécifique des personnes trans : « *on arrive toujours en seconde ligne on va dire, dans ces histoires-là. Je ne crois pas qu'on soit en première ligne.* ».

Comme déjà décrit plus haut, l'**accueil inconditionnel** ressortait comme un des rôles principaux et même un devoir du ou de la médecin généraliste.

2. Adapter sa communication et sa posture

La communication lors de la prise en charge des patient·es trans apparaissait donc comme primordiale selon certain·es médecins. Il fallait pour cela réussir à sortir du schéma de pensée habituellement utilisé en médecine pour **éviter les questions stéréotypées** : « *Enfin, les associations elles sont quand même hyper au taquet et la moindre petite chose peut être hyper*

mal perçue, ben, à faire un truc type euh un peu trop fermé, trop dans des cases... Tu vas forcément froisser en fait . Donc j'ai l'impression que c'est peine perdue d'essayer de faire un truc un peu carré. Et c'est ce qu'on aime nous en médecine. C'est les trucs un peu carrés. On aime bien quand tel truc ça rentre dans telle case, parce que on a été formé comme ça et c'est très bien aussi, enfin je veux dire c'est des réflexes d'urgences, moi je suis très contente, euh, je suis très contente d'avoir parfois des cases dans ma tête où je suis pas obligée de réfléchir à chaque fois, ça déroule et c'est tout simple quoi. Mais voilà, faut apprendre à sortir de ces cases et je pense qu'il faut, sur ce sujet-là en particulier, moi je pense qu'il faut pas faire un truc carré, parce que on va forcément en froisser certains. Je pense. » (P10)

L'importance de **poser des questions aux patients notamment concernant son genre et le pronom à utiliser et par la suite de respecter ses demandes** était soulevée :

« - Et si t'avais un conseil à donner à des médecins qui auraient jamais pris en charge de patient trans, qu'est-ce que tu pourrais leur conseiller ou leur dire ? Pour l'accueil par exemple ?

P10 : Pour l'accueil. Bah de leur demander comment déjà, enfin comment ils veulent être appelés, quel pronom on utilise, si ils ont un deadname ou pas, enfin voilà, qu'est-ce qu'on met sur ... Enfin voilà toutes ces choses-là. » (P10)

Apprendre et utiliser un **vocabulaire adapté à la situation des personnes trans** était mentionné par une médecin : *« Et en fait, y'a toute une partie du vocabulaire justement qu'il faut apprendre en fait hein. Euh le genre euh, la, le genre binaire ou non euh, le, euh, le mégenrage. » (P2)*

Pour P9 et P3, il s'agissait aussi de **sortir du pouvoir médical**, de savoir s'excuser et s'adapter: *« Et puis aussi avoir de l'humilité, savoir dire, « Bah en fait j'ai été maladroite, je m'excuse ; Là j'ai mal fait, peut-être que j'aurais pu faire différemment ». » (P9) , « je pense que le travail du médecin il est un peu, il est un peu du même ordre. C'est-à-dire d'être dans l'écoute et d'apprendre auprès des patients et des patientes. » (P3)*

P9 rapprochait cette posture de son expérience en centre IVG : *« Enfin, ça je le fais pas mal mais je le fais pas mal parce que je travaille aussi au centre d'IVG et que je vois pas mal de femmes dans un contact quand même assez compliqué, et parfois, bein, c'est parfois tellement épidermique, elles sont tellement dans un moment d'angoisse et d'anxiété que quoi qu'on fasse quoi qu'on dise en fait, c'est hyper mal pris, elles veulent pas être touchée, elles ... Ce que je*

comprends hein, tout à fait. Et donc c'est vrai que parfois à posteriori je leur dis « Mais est-ce que y'a des choses qu'on aurait pu mieux vous expliquer ? ».

3. Éviter la confusion entre identité de genre et sexualité

La confusion entre sexualité et transidentité devait absolument être proscrite pour deux médecins : *« Il faut vraiment se mettre dans l'optique que l'important c'est l'identité et non pas la sexualité. J'ai des patients qui se sont transf... Enfin transformés c'est bizarre, transitionnés ? Je sais pas comment on dit non plus... Et qui ont gardé des rapports avec les gens avec qui ils avaient des rapports avant, enfin, ça n'a rien à voir. Et je trouve que c'est vraiment un enjeu majeur pour nous de comprendre ça, parce que sinon on les... On peut pas les comprendre je trouve. » (P2)*

4. Le « dépistage »

Concernant un éventuel « dépistage », une médecin envisageait un **dépistage systématique chez les patient·es en souffrance** : *« J pense qu'avant c'était des gens qui étaient mal et que faut qu'on apprenne à poser la question un peu en systématique comme on pose la question chez des gens qui vont pas bien notamment... C'est des questions qu'on peut poser. » (P10)* ; tandis que deux autres étaient plus frileuses de **peur d'induire un questionnement de genre** inexistant initialement : *« Est-ce que à tous les ados on pourrait leur demander si ils sont bien... ? Après l'adolescence, c'est quand même pas... On se cherche, hein, à l'adolescence. On peut orienter sans le vouloir et regretter après. Je crois que faut peut-être laisser les choses mûrir quand même. » (P4)*, *« Mais je pense qu'avec un adolescent un peu déprimé je n'oserai peut-être pas aborder ce sujet. [...] le fait d'en parler à quelqu'un, t'as presque l'impression que tu crées le... Dans le sens où peut-être que je peux induire un questionnement, je sais pas ? A la fois, y'a pas de mauvaises questions... Ok, tu l'abordes mais pour qui pour quoi, comment, est-ce que cet ado-là ça peut lui faire peur ? » (P11)*

5. Accompagnement psycho-social et relation d'aide

L'écoute, la réassurance, l'accompagnement, et le soutien psychologique qui font partie intégrante du métier de généraliste étaient mentionnés dans différents entretiens.

« Mais du coup je pense que le travail du médecin il est un peu, il est un peu du même ordre. C'est-à-dire d'être dans l'écoute et d'apprendre auprès des patients et des patientes. [...] » (P3)

« Et puis en fait bah ouais j'trouve que c'est quand même vachement important qu'effectivement en tant que généraliste on est probablement dans euh dans les professions en

tout cas qui peuvent être là pour accompagner et pour essayer d'apaiser un peu euh certaines souffrances. » (P12)

6. Orientation, coordination, consultation

L'**orientation vers des spécialistes, paramédicaux et les associations** faisait partie du rôle des médecins pour certain·es participant·es à l'étude : « *nous notre but, c'est juste de guider un petit peu les gens, sans fermer la porte quoi. » (P11)* ; « *je l'adresserais assez rapidement vers des groupes d'associations, de personnes concernées ou je leur dirais, « Bah en fait allez voir ».* » (P9) Ce qui nécessitait donc d'avoir un réseau.

Du fait de son rôle central, le·la médecin généraliste assurait également la **coordination** des soins des patient·es et aurait même pour P10 un rôle de **facilitateur ou facilitatrice d'accès au soin** :

« J'fais comme le médecin généraliste en fait, je coordonne son suivi psy, orthophonie, endoc » (P8)

« Quel peut être notre rôle. Bah justement de de leur faciliter euh peut être un accès aux soins qu'ils avaient, qu'ils ont pas ... oui de leur faciliter l'accès aux soins après ... » (P10)

P13 proposait même l'idée que les médecins généralistes pourraient avoir un **rôle ressource** et regrettait de ne pas être consultée par les autres référent·es du patient pour donner son avis, notamment sur l'historique des patient·es : « *Alors, elle était déjà dans un parcours, mais par exemple le jeune dont je te parle, euh, je le connais depuis 10 ou 13 ans. Et on les connaît bien et du coup, je pense qu'à aucun moment ils demandent l'avis du médecin traitant par rapport à l'évaluation psy et peut-être que c'est quand même dommage parce que c'est quand même souvent des enfants que on a suivi quand ils étaient petits, qu'on a suivi à l'adolescence et qu'on connaît bien en tant que jeunes adultes. »*

7. Rôle dans l'hormonothérapie

La représentation du rôle des médecins généralistes dans la prescription de l'hormonothérapie **divergeait** au sein des médecins interrogé·es.

Certain·es considéraient que **l'initiation était une affaire de spécialiste**. Elles considéraient ne pas en être capable ou ne pas en avoir envie :

« Après c'est comme tout, on peut pas être compétent en tout. On peut pas faire de la diabéto comme des endocs. On peut pas faire de l'uro comme des urologues. On peut pas faire de

l'hormonothérapie comme des endocs. On peut... Et puis surtout, vu que c'est encore pas... c'est pas non plus le quotidien. » (P6)

« sur le plan thérapeutique on a pas d'action thérapeutique à faire quoi. Je veux dire, on va pas faire ça : mettre en route des traitements hormonaux tout seul dans notre coin. » (P1)

« J'ai pas envie d'aller initier un traitement non. (rire). » (P4)

Plus de la moitié des participant·es avaient, en revanche, **déjà renouvelé** un traitement hormonal :

« [à propos de l'hormonothérapie] je la renouvelle sans problème, mais par contre commencer à l'instaurer et à faire un peu le... Du bidouillage sur la personne, sur euh, quelle dose, à combien de temps etc, je me sens pas encore légitime. Quand elle a trouvé sa dose, son truc, ça me pose aucun problème de renouveler mais pour l'instant vraiment sur l'initiation je me sens pas capable. » (P9)

P11 qui ne l'avait pas encore fait en envisageait la possibilité si le traitement était bien équilibré :

« -Mais tu t'imagines pas leur prescrire l'hormonothérapie ? Si elle le garde à vie ?

P11. Bah oui, bah j'imagine qu'il y a un moment je suis capable de le faire, ça a l'air.... Bon si tu as le bon dosage. [...] effectivement quand ça devient le traitement de base des gens, oui, ça doit retomber dans l'escarcelle d'un médecin généraliste au bout d'un moment quoi.» (P11)

D'autres initiaient déjà les traitements, ou pensaient que l'initiation **était accessible à des généralistes compétent·es** :

« Parce que voilà, bah je trouve que la plus-value de passer par un endocrinologue n'est pas... Déjà ils sont assez débordés et puis en fait c'est pas super, parce que en fait, c'est des choses que je peux prescrire moi. » (P3)

« Alors j'me sens pas d'initier parce que j'y connais rien, mais euh... mais j'me dis que je suis pas plus bête qu'une autre et qu'avec une bonne formation euh, j'ai pas d'objection de principe à le mettre en place pour mes patients quoi. » (P12)

8. Devoir d'informer et de s'informer

Les médecins ont pour mission d'informer les patient·es des risques occasionnés par les traitements, de prévenir les problèmes de santé ou d'intervenir de manière précoce sur les maladies. Une des médecins soulignait ce **devoir d'information**, indispensable au libre-choix

des patient·es concernant leurs traitements : *« j’l’ai envoyé d’abord chez l’endoc, on a fait un bilan cardio quand même [...]. Moi j’estime que voilà : ils ont le droit de choisir ce qu’ils veulent prendre en fonction de ce qu’ils veulent avoir mais en étant conscients des risques. »* (P10)

S’informer soi-même sur les prises en charge était mentionné comme un devoir de la médecin dans deux entretiens : *« Bah déjà en se renseignant. Je pense qu’on peut aller sur internet et se renseigner, c’est quand même facile je crois actuellement (rire). »* (P4)

Pour P3, **prendre conscience de ses préjugés et en sortir** était un devoir des médecins : *« C’est-à-dire que c’est à la communauté médicale de sortir des préjugés qu’on a. Mais bon, les préjugés de la société ils sont présents dans pas mal des médecins. »* (P3)

9. Être conscient de ses limites

Pour P8, l’important était de faire selon ses compétences : *« Euh voilà, mais je pense que comme tout médecin généraliste, dans toute prise en charge on peut faire plus ou moins selon ses compétences et ses envies, et si on se sent à l’aise ou pas quoi. »* (P8). Cela impliquait d’être **conscient de ses limites**, comme l’évoquait P9 : *« Du coup je pense que en médecine, à part continuer à être hyper large et à dire, bah en fait vous ne savez pas tout, euh, essayez de justement ne pas vous sentir surpuissant et vous avez pas forcément la science infuse, enfin c’est tout quoi. »* (P9)

Afin de pouvoir jouer leur rôle du mieux possible et assurer la prise en charge optimale de leurs patient·es, les participant·es ont mis en lumière certains besoins notamment de formations que nous allons maintenant exposer.

B. Besoin

1. Nécessité ou pas de formation ?

Pour certain·es, une formation ne serait **pas utile pour tous·tes les médecins**, du fait du faible nombre de patient·es concerné·es : *« [à propos d’une formation] Utile, je sais pas. Franchement je, je suis pas... Je pense pas. Moi j’ai 750 patients déclarés « médecin traitant », j’ai quatre personnes concernées par cette question. Intéressant, oui, ça c’est sûr. Que certains médecins soient compétents. Je pense pas qu’on puisse attendre que tous les médecins soient formés là-dessus, j’pense c’est complètement, euh, c’est une illusion. »* (P6)

Mais une **sensibilisation** pourrait être introduite dans le corpus commun des études médicales : *« J’pense qu’il faudrait surtout que qu’on ait au cours de la formation au moins une définition*

de ce que c'est, et un rappel que c'est pas une maladie quoi. J'pense que ce qui est vraiment utile c'est de lever les à priori et les tabous. » (P6)

D'autres médecins au contraire, évoquaient plutôt la **nécessité d'une formation pour toutes et tous** les futur·es généralistes au vu de l'augmentation de la population trans : «*[à propos d'une formation] Et je pense aussi pour tout le monde parce que y'en a quand même maintenant beaucoup [de personnes trans]*» (P10)

Le **désir de formation semblait naître de la rencontre** avec des patient·es trans et de la nécessité d'en savoir plus pour mieux prendre en charge : «*[...] et là dans ce cabinet on a une ... on a des patients transidentitaires. Et du coup moi j'avais jamais pris en charge, pour le coup, pour des motifs de transition des patients transidentitaires. Et du coup, c'est là où j'me suis dit qu'il fallait vraiment que je j'me renseigne, d'où la formation que j'ai faite* » (P7). De fait, presque toutes et tous les médecins que nous avons rencontré·es étaient en demande (P3, P5, P6, P7, P8, P9, P10, P11, P12, P13), et certain·es avaient déjà trouvé des pistes.

2. Les sujets de formation souhaités

Les sujets de formation que les médecins souhaitaient aborder faisaient souvent écho aux difficultés qu'elles avaient traversées. Les grands sujets évoqués étaient **la communication** «*(à propos d'une formation] déjà au moins sur la communication, j'pense que c'est peut-être déjà la base avant d'aller dans du spécialisé*» (P7), **l'aspect législatif** : «*J'pense qu'on a besoin un petit peu de de savoir ce qu'on a le droit, de faire pas faire et puis voilà .* » (P10), **le parcours des personnes trans** : «*Bah c'est vrai que là, le côté un peu, le parcours administratif, effectivement ça c'est quand même intéressant d'avoir une idée de par où... Toutes les démarches qu'il faut faire, parce que j'imagine qu'il y a déjà de quoi faire toute une thèse.* » (P11), **la prescription hormonale, les risques et la surveillance des traitements hormonaux** (notamment, le suivi biologique) : «*[à propos d'une formation] Ah bah oui, c'est sûr, parce que je pourrais prescrire plus à l'aise, être plus à l'aise sur la prescription des bilans hormonaux et surtout l'interprétation. Parce que c'est facile de prescrire mais faut interpréter et puis peut-être initier les traitements. Mais pour ça il faut vraiment... J'me vois pas faire ça sans une bonne formation.* » (P8) et enfin sur **le suivi global au long cours** des personnes trans : «*[à propos d'une formation] Ouai c'est ça pour le suivi, quand en fait la transformation est établie* » (P11)

Les médecins souhaitaient gagner en aisance dans leur prescription et leur prise en charge, deux envisageaient d'initier des hormonothérapies et un estimait qu'une formation lui aurait peut-être évité une errance diagnostique.

3. La forme de formation souhaitée

De nombreuses formes de formation ont été mentionnées, plusieurs médecins ayant précisé préférer les **formations en présentiel** (P5, P8, P12, P13) , tout en soulignant parfois le côté plus « pratique » des **formations en visio** :

« En vrai je trouve qu'une formation type : un ou deux jours de formation à discuter comme on peut faire pour d'autres sujets, ça serait chouette. Parce que ça permet aussi de discuter de façon plus informelle, à la fois avec les formateurs et avec les autres participants etc. Après d'un point de vue organisation, ma vie étant ce qu'elle est en ce moment, j'avoue que les formations en ligne ça a un petit côté pratique. C'est vrai que là, les dernières formations que j'ai faites c'était comme ça parce qu'au niveau transport... ouais le temps de disponible etc bah c'était vachement plus facile à intégrer dans ma vie telle qu'elle est en ce moment. » (P12)

Deux médecins (P6 et P10) ont évoqué leur intérêt pour une **formation avec des patient·es-expert·es** : *« ça serait bien une formation même avec des patients experts en fait. J pense que c'est ce qui serait le mieux pour vraiment... parce que je me rends compte que c'est vraiment un suivi où le patient quand même euh... Nous aide beaucoup. » (P10)*

Deux médecins (P5 et P13) ont souligné leur préférence pour une **formation courte** : *« Oui, je pense que faire trois jours sur la prise en charge de la personne transsexuelle, je pense que c'est trop parce que je pense que ça reste quand même épisodique les prises en charge qu'on a. [...] Donc une formation présentielle courte soit vraiment un truc très court ou alors quelque heures, une soirée, je pense que ça pourrait être intéressant, » (P13)*

Trois médecins (P3, P6, P13) souhaitaient **repartir avec un écrit** résumant la prise en charge : *« [suite à une formation] Puis après un référentiel papier ou autre mais quelque chose de condensé et d'assez didactique. » (P13)*

Il serait important de bien préciser le contenu de la formation, car des médecins déjà un peu sensibilisé·es qui viendraient pour approfondir leurs compétences pourraient, comme P3, être déçu·es par une formation jugée « trop superficielle » : *« bah si, j'ai fait quand même une formation avec l'AFS, mais c'était vraiment très superfic... Enfin, d'initiation en fait. C'est-à-dire c'était plus la question de... C'était une formation avec des médecins généralistes sur « comment accueillir des personnes trans, euh, bien ». Enfin voilà. Mais c'était vraiment « découverte » et du coup ça m'intéress... Enfin j'ai pas appris grand-chose à cette formation, c'était des choses que je savais déjà. » (P3)*

4. Le réseau

Enfin, plusieurs médecins nous ont fait part de leur besoin d'avoir **un meilleur réseau** : « *Avoir un réseau de médecins qui sont bien à l'aise avec le sujet et qui te permettent de t'aider dans la démarche. C'est ça surtout, hein. [...]. Il faut des médecins à qui adresser quand tu penses que tu en as besoin quoi.* » (P5). P5 et P13 précisait qu'une formation serait l'occasion de leur en fournir un : « *[à propos d'un support écrit suite à une formation] : avoir un référentiel avec les interlocuteurs qu'on peut joindre dans notre région ou ailleurs* » (P13)

DISCUSSION

I. Forces et faiblesses de l'étude

A. Forces

1. Réalisation d'entretiens exploratoires

Trois entretiens exploratoires ont été réalisés auprès de trois internes en médecine générale ayant rencontré dans le cadre professionnel une ou des personnes trans. Cette phase a permis aux enquêtrices d'améliorer le guide d'entretien, d'en préciser les questions pertinentes et d'apprendre une première fois à le manier en situation réelle.

2. Population diversifiée

Les participant·es ont été recruté·es via des annonces faites sur les sites des ordres des médecins régionaux ainsi que par le réseau personnel et l'effet « boule-de-neige ». Notre échantillon incluait des médecins exerçant en zone urbaine ou en zone semi-rurale. Il y avait des médecins installé·es et une remplaçante. La fourchette d'âge était étendue de 31 ans à 66 ans et leurs expériences étaient diversifiées : certain·es étaient expérimenté·es, prenaient en charge des personnes trans depuis plusieurs années et avaient parfois déjà initié des THF ou des THM, un définissait sa pratique comme militante, d'autres n'avaient eu à ce jour qu'un·e ou deux patient·es trans et restaient relativement naïfs et naïves des problématiques trans. Nous avons donc un large éventail de situations parmi nos participant·es.

3. Triangulation des données

Pour réduire le biais de subjectivité liée à chaque enquêtrice, un double codage suivi d'une mise en commun étaient réalisés pour chaque entretien. Une relecture critique de la directrice de thèse était ensuite systématiquement sollicitée, permettant plus de profondeur à l'analyse. Si une divergence ou un doute sur le codage d'un segment de texte était apparu au cours de la mise en commun, son point de vue offrait un troisième regard.

4. Thèse réalisée à deux chercheuses

Le guide d'entretien a été élaboré conjointement et les entretiens ont été répartis de manière équitable entre les deux chercheuses. La triangulation des données ainsi que tous les autres échanges impliqués par ce travail en binôme ont permis une réflexion approfondie et une relecture permanente du travail effectué.

B. Limites

1. Biais de sélection

Bien que les études qualitatives ne visent pas nécessairement la représentativité, il est important que le groupe de participant·es étudié·es représente le plus de contextes possibles de la population cible et que les participant·es ne soient pas trop atypiques, sous peine de trouver des résultats déconnectés de la réalité du terrain. Notre échantillon comporte treize médecins exerçants en France métropolitaine, nous avons souligné leur diversité selon certains critères. Malgré cela, certains profils manquaient pour représenter toute la richesse de la population étudiée : nous n'avons eu aucun·e soignant·e exerçant en milieu rural et aucun·e soignant·e travaillant en structure hospitalière ou dans des structures d'accueil trans bien identifiées. Presque tous les participant·es manifestaient un intérêt marqué pour le sujet de la prise en charge des transidentités et voyaient leur participation à cette thèse comme un moyen de se former ce qui a également pu limiter la richesse de l'échantillon, ne prenant pas en compte des médecins moins intéressé·es par ce sujet.

2. Biais d'investigation

Il s'agissait de la première expérience de recherche qualitative pour les chercheuses, qui n'avaient pas reçu de formation spécifique à la réalisation d'entretien semi-dirigé. Leur manque d'expérience a pu limiter la qualité des entretiens réalisés, certaines idées suggérées par les participant·es n'étaient peut-être pas suffisamment approfondies ou relancées. On observait une difficulté à ne poser que des questions ouvertes et à suivre les formulations du guide d'entretien. De plus, une majorité d'entretiens étaient réalisés par téléphone (contexte de pandémie covid), ce qui semblait réduire les pauses actives et accélérer certains échanges. La qualité des entretiens s'est nettement améliorée au fur et à mesure que les chercheuses acquéraient de l'expérience.

3. Biais de désirabilité sociale

On ne peut exclure le biais de désirabilité sociale : les réponses des participant·es peuvent être influencées par le désir de se conformer aux normes sociales ou de se présenter sous un jour favorable, ce qui peut entraîner une perte de validité des données recueillies. On ne peut non plus exclure que les opinions ou la posture des chercheuses aient pu influencer les réponses des participant·es.

4. Méthodologie et durée de l'étude

La réalisation de ce travail n'a pas respecté la méthodologie attendue pour une recherche qualitative : une fois le recrutement effectué, tous les entretiens ont été réalisés sur la période allant de juin à novembre 2021, sans attendre que les précédents aient été retranscrits et analysés. Ce fonctionnement en bloc a pu nuire à l'amélioration progressive des entretiens.

De plus, le temps entre la recherche bibliographique (2019), la réalisation des entretiens (2021), et enfin l'écriture (2024) paraît extrêmement long pour un sujet aussi actuel. En effet, des changements importants sont en cours : suite à la déclaration de l'OMS en 2018 en vue de la révision de la CIM-11, le ministère de la santé a souhaité éditer de nouvelles recommandations HAS, qui devraient bientôt être publiées. Ce travail institutionnel pourrait aider les médecins dans leur recherche d'information. (Il est cependant à noter qu'aucun·e des participant·es ne nous avait parlé du précédent document HAS de 2009).

5. Saturation des données

Dans ce travail, nous ne sommes pas arrivés à saturation des données. Cela peut s'expliquer par trois facteurs différents :

- Pas assez d'entretiens réalisés
- Sujet trop large
- Codage trop précis

Il nous a paru cependant, observant le moindre intérêt des nouvelles occurrences, arriver à satisfaction des données. Et c'est avec l'accord de notre directrice de thèse que nous avons choisi de conclure malgré l'absence de saturation.

II. Principaux résultats

Au moment où nous avons commencé notre bibliographie, ni le dernier rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans de l'IGAS (10), ni la thèse abordant l'implication des médecins généralistes dans les parcours de soin de leur patient transgenre (27) n'étaient écrits. Un travail institutionnel est en cours, mettant justement en valeur la place du médecin généraliste dans les parcours de soins trans. Cela renforce l'idée que nous avons que les généralistes doivent être compris·es et soutenu·es dans ces prises en charge. Car ces dernières, qui restent rares dans une carrière, sont sources d'appréhension, comme nous l'ont décrit les médecins interrogé·es.

A. Des compétences relationnelles et d'adaptation

Dans notre étude, nous avons vu que les médecins généralistes considéraient à l'unanimité que pouvoir bien accueillir tous·tes les patient·es était primordial et parfois définissait même leur rôle de médecin. Se posait alors la question : comment bien accueillir une personne trans ? Pour la plupart de nos participant·es, la réponse était : en les prenant en charge comme n'importe quel·le patient·e. Peut-être voulaient-ils·elles nous dire par là qu'aucune connaissance spécifique ne leur semblait nécessaire pour accueillir des personnes trans, et que le plus important résidait dans le savoir-être (écoute, respect, empathie) et non dans le savoir théorique. Peut-être voulaient-ils·elles aussi nous signifier que leur poser la question de cette manière stigmatisait déjà ces personnes, ce qui allait à l'encontre d'une prise en charge respectueuse. Ou encore, nous percevions au travers de leurs témoignages que l'important était de ne pas se sentir mal à l'aise, intimidé·e ou effrayé·e par ces consultations.

S'il est vrai que le seul prérequis indispensable à la prise en charge des patient·es, quelles que soient leurs spécificités, nous paraît en effet d'ordre relationnel, beaucoup d'obstacles à la mise en place d'une relation de confiance avaient été rapportés: comprendre la diversité des parcours possibles et/ou savoir poser la question du pronom nécessitaient déjà une certaine sensibilisation. Il est apparu d'une part que les difficultés de communication spécifiques au contexte des transidentités étaient surmontables lorsque les médecins avaient la volonté de montrer du respect aux patient·es, ce qui était le cas des personnes que nous avons interrogées. D'autre part, l'expérience leur permettait d'acquérir assez rapidement ces compétences. Ils et elles mentionnaient une prise de conscience de leurs préjugés face à la réalité des personnes rencontrées. La relation de partenariat, permettant l'empouvoirement des patient·es, semblait être celle adoptée par la plupart des participant·es.

Ce constat, côté médecin, répondait en miroir aux attentes des personnes trans exprimées dans la thèse de M Caroff et E Duval sur les expériences et les attentes de personnes trans en médecine générale: « finalement, les attentes vis à vis des médecins généralistes étaient assez simples, centrées sur le respect et la prise en compte de la réalité de l'autre. Le manque de formation spécifique pouvait même passer au second plan, pour peu que le·la soignant·e ait, en plus de ces qualités humaines, la capacité de remettre en question sa posture et ses pratiques » (28). Les compétences relationnelles semblaient justement être ce que les personnes trans attendaient de leur médecin généraliste.

Cela étant dit, notre étude doit être remise dans un contexte global : dans une enquête de 2019, une partie des personnes trans interrogées (20%) avait changé de médecin généraliste suite à leurs « réactions négatives », tandis que d'autres évitaient complètement le système de santé (2). Certain·es des participant·es nous avaient, en effet, rapporté le phénomène de nomadisme médical et celui d'automédication de leurs patient·es, et nous avons constaté, au cours des entretiens, l'usage de termes inadaptés et des situations de mégenrage. Mais aucun·e n'avait refusé de patient trans ou rapporté d'acte de discrimination directe, alors que différentes enquêtes attestent de leur réalité à travers le corps médical (29) (30). Notre échantillon, constitué sur la base du volontariat, représentait des médecins intéressé·es par ce sujet, qui voyaient souvent leur participation à cette étude comme un moyen de se former. On peut penser que dans une population plus représentative, nous aurions eu d'autres réactions et points de vue.

Il est à noter que certaines des consultations étaient un premier contact et avaient pour seul objectif la demande de prise en charge au titre de l'ALD, que seul·es les médecins généralistes sont habilité·es à faire. Devant ces situations, des participant·es nous décrivaient une impression d'être utilisé·es comme des distributeurs, ainsi que lorsqu'ils.elles étaient restreint·es à une place de renouvellement de traitement. Loin de créer une meilleure compréhension des enjeux trans, ces consultations engendraient parfois des interactions tendues. On peut alors se questionner sur le rôle d'un système de soin qui, jusqu'à très récemment, ne plaçait justement les médecins généralistes qu'à cette place administrative et secondaire dans les parcours de transition (31). De même concernant la demande de certificat psychiatrique, certains professionnel·les de la santé mentale se sentaient instrumentalisé·es, devant répondre à une question « qui n'est pas du domaine de compétence des professionnels de la santé mentale »(10). Ce qui nous amène à réfléchir à l'impact des institutions sur les relations médecin-patient·e.

B. Des freins législatifs, administratifs et institutionnels

Ces freins, externes à la compétence des médecins généralistes, méritent d'être mieux décrits ici.

Plusieurs médecins de notre étude nous faisaient part de leur peur de ne pas respecter le cadre légal, ce qui limitait leur pouvoir d'action. Dans une autre thèse explorant le point de vue des généralistes, certain·es d'entre elles·eux s'interrogeaient aussi à propos de leurs droits (notamment concernant la prescription de testostérone) (27). Le fait que les traitements hormonaux de transition n'aient pas d'AMM pourrait favoriser ce frein puisque seul un faible nombre de médecins spécialistes ou généralistes accepte de les prescrire (32). La prescription hors AMM n'est autorisée sous la responsabilité du prescripteur qu'en « *l'absence d'alternative médicamenteuse appropriée disposant d'une autorisation de mise sur le marché et sous réserve que le prescripteur juge indispensable, au regard des connaissances médicales avérées, le recours à ce médicament pour améliorer ou stabiliser l'état clinique de son patient.* » (33). Ce cadre ne définit pas que ces prescriptions soient réservées aux médecins endocrinologues. Il est cependant à noter que la primo-prescription de testostérone avec AMM est habituellement restreinte à un·e spécialiste⁵ (endocrinologue, urologue, andrologue, gynécologue) (36). La primo-prescription des Traitements Hormonaux Féminisant (THF) ou le renouvellement des Traitements Hormonaux Masculinisant ou Féminisant (THM et THF) eux, sont habituellement ouverts à tout médecin. Il est à noter que d'après le principe d'omnivalence⁶ et le principe de liberté de prescription⁷, les médecins généralistes peuvent prescrire des traitements hormonaux à des patient·es trans s'ils les jugent appropriés et en ont l'expérience et la connaissance.

Ce cadre "hors AMM", en accentuant la responsabilité du prescripteur, et donc sa possible culpabilité en cas de non-respect des conditions suscitées (conditions qui procèdent d'une certaine subjectivité), dissuade fortement les médecins de s'impliquer dans ces prises en charge. Il met aussi en jeu la responsabilité des pharmacienn·es qui peuvent refuser de délivrer ces traitements (33). L'absence d'AMM prive également les professionnel·les et les patient·es du Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP) pour la bonne indication, d'une notice patient et d'un étiquetage adapté, ce qui génère, là encore, des peurs ou des incompréhensions (par

⁵ Peut-être initialement pour éviter le mésusage comme produit dopant ou esthétique (34) (35).

⁶ Article R.4127-70 du code de la santé publique : « *Tout médecin est, en principe, habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement. Mais il ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose.* ».

⁷ Article R.4127- 8 du code de la santé publique : « *Dans les limites fixées par la loi et compte tenu des données acquises de la science, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. [...]* ».

exemple, devant des dosages ne correspondant pas à l'indication « autorisée » comme l'hypogonadisme masculin pour la testostérone, ou la ménopause pour les œstrogènes). Une de nos participantes nous faisait d'ailleurs part d'un pharmacien l'ayant appelée, effrayé devant le dosage du THM prescrit. Pour précision, « *L'AMM est demandée par un laboratoire pharmaceutique, pour sa spécialité, sur la base d'un dossier comportant des données de qualité pharmaceutique, d'efficacité et de sécurité, dans l'indication revendiquée.* » (33). Alors que les traitements hormonaux masculinisant ou féminisant sont déjà largement prescrits dans cette indication malgré l'absence d'AMM, pour quelles raisons les laboratoires ne constituent-ils pas de dossiers ? Est-ce seulement une question de coûts pour les laboratoires ? Ou une absence de prise de position, au détriment des patient·es ?

Une prescription hors AMM définit également le caractère non remboursable du médicament par l'assurance maladie en l'absence de prise en charge au titre de l'ALD. Ce qui nous amène à un autre frein externe aux médecins généralistes : le frein administratif, surtout présent dans le cadre de la demande d'ALD. Au cours de nos entretiens, nous avons constaté que cette dernière semblait être ou ne pas être accordée selon des conditions variables. Les médecins-conseils invoquent parfois le protocole de 1989 pour demander des justificatifs tels qu'un certificat psychiatrique, une prise en charge dans un centre de référence ou même un devis chirurgical⁸. Ce protocole est dépourvu de caractère réglementaire, en outre, depuis 1989, différents textes et décisions juridiques ont infirmé sa pertinence et sa légalité^{9 10}. Ces demandes de justificatifs découlent aussi peut-être parfois d'une confusion entre demande d'ALD ou demande d'entente préalable en vue d'une chirurgie. D'autres variabilités existent : parfois les accords d'ALD portaient la mention « médicaments hors AMM non pris en charge » alors que d'autres stipulaient « hormonothérapie hors AMM prise en charge à titre dérogatoire »¹¹. On comprend les incertitudes sur le cadre médico-légal des médecins que nous avons interrogés.

Les institutions peuvent renforcer ces freins à la prise en charge ou au contraire les réduire. Il existe aujourd'hui des démarches institutionnelles dans les deux directions. Par exemple, la « Circulaire Blanquer » de 2021 (37), préconisait un accompagnement respectueux de leur genre et bienveillant des enfants trans dans les établissements scolaires. Le 31 janvier 2022, une nouvelle loi condamne enfin les thérapies de conversion¹². Sans oublier le rapport de l'IGAS

⁸ Certains des participant.es nous évoquaient des refus et des justifications, les échanges du ReST (2021) nous ont apporté des précisions sur les raisons des refus.

⁹ Décision de la cour de cassation du 27 janvier 2004, pourvoi n° S 02-30.613.

¹⁰ Jugement n°248-18 du 21 mai 2018 du Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale de Quimper.

¹¹ Ces précisions sont, elles aussi, issues des échanges du ReST.

¹² Les « thérapies » visent, chez les personnes trans, à supprimer l'identité de genre différente du sexe à la naissance.

relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans (10), demandé par le ministre des Affaires sociales et de la Santé, Olivier Véran, qui faisait plusieurs préconisations pour aider les médecins, notamment les généralistes, à accompagner les personnes trans plus efficacement. Notamment : des procédures simplifiées concernant le cadre de prise en charge par l'assurance maladie, une nomenclature des actes médicaux mieux adaptée aux personnes trans et un accès à l'hormonothérapie sécurisé pour les patient·es et pour les professionnel·les.

Allant dans une tout autre direction, l'instance déontologique attaque des médecins pour prise en charge de patient·es trans, alors même qu'on pourrait se poser la question de leur responsabilité en cas de refus de prise en charge au vu du taux de suicide très élevé dans cette population. Pour exemple, en 2019, une médecin gynécologue-obstétricienne a reçu une plainte du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) qui exigeait des sanctions disciplinaires pour avoir prescrit des hormones féminisantes à une jeune femme trans de 20 ans (sans tutelle ni curatelle), suite au signalement de sa mère. Les angles d'attaque du CNOM étaient que les traitements hormonaux ne devraient être prescrits que par des endocrinologues, que la médecin ne respecterait pas son engagement de gynécologue qui l'obligerait à ne recevoir que des femmes et qu'elle ne respecterait pas les recommandations en vigueur (HAS de 2009, IGAS de 2011 et SoFECT de 2015). Ces griefs ont finalement été balayés par la Chambre Disciplinaire de Première Instance (CDPI) de Bretagne de l'Ordre des médecins. Cette situation n'est pas isolée puisqu'en 2021, dans un contexte similaire, un psychiatre et un endocrinologue avaient été sanctionnés par le Conseil Régional d'Occitanie de l'Ordre des Médecins (CROM) d'une interdiction d'exercer temporaire, au motif qu'ils n'auraient pas respecté leur obligation de « *soins consciencieux* » et d'information du patient. La plainte initiale émanait également des parents du patient, qui était majeur, sans tutelle ni curatelle, et qui était contre cette plainte. (38). Lors de leur appel auprès du CNOM, leurs sanctions ont été finalement annulées.

Malgré ces éléments de jurisprudence aboutissant à des non-lieux ou à des annulations de sanction, on peut imaginer les conséquences dissuasives de ces attaques, portées par l'instance déontologique. Il est important de noter que ces plaintes ne venaient pas des patient·es elles-mêmes, mais de leurs parents. Cela montre la nécessité d'une évolution globale de la société vers plus d'acceptation.

C. Inquiétudes morales et évolution sociétale globale

En effet, les avis concernant les transidentités divergent grandement dans la société : pendant que certain·es luttent contre les discriminations, pour le droit à l'autodétermination et l'accessibilité aux soins, d'autres dénoncent « l'idéologie transgenre »¹³. Certain·es, inquiet·es pour leurs proches ou simplement transphobes, militent contre toute transition de genre¹⁴, particulièrement celles des mineur·es¹⁵. Des projets de loi pour interdire les transitions médicales aux mineurs sont d'ailleurs actuellement proposées au sénat¹⁶ et à l'assemblée nationale¹⁷ (notons cependant que, pour la Défenseure des droits, ces lois risquent de porter atteinte au droit à la santé des mineurs trans ainsi qu'à l'intérêt supérieur de l'enfant¹⁸). Les médecins sont la cible principale des collectifs hostiles aux transitions médicales : ces derniers incitent les parents à entamer des procédures devant l'Ordre contre les médecins de leurs enfants (tout en sachant que ces procédures sont vouées au classement) (39).

Ce sujet génère un débat public intense et clivant, qui touche aussi, bien sûr, le corps médical. Dans notre échantillon, nous avons repéré quelques inquiétudes morales qui font le reflet des questions qui animent ce débat :

La difficulté d'envisager une grossesse chez un homme trans.

Les questions concernant les dé-transitions et/ou les remords des patient·es.

La balance bénéfice-risque des chirurgies ou des hormonothérapies.

La peur d'induire des questionnements autour de l'identité de genre à des adolescent·es.

La possibilité que la transidentité soit une mode.

L'impression que la transidentité relèverait d'une forme de « mode », de contagion sociale était évoquée par plusieurs de nos participant·es. Pourtant, de nombreuses personnes trans sont isolées, et c'est aussi ce que décrivaient les médecins de notre étude. Les personnes trans subissent la transphobie : des discriminations et des violences, ce qui paraît peu attractif. Malgré cela, les demandes de transitions médicales augmentent effectivement (mais elles restent encore très marginales¹⁹). On peut supposer que cette impression de « phénomène de mode » et cet

¹³ Transmania : Enquête sur les dérives de l'idéologie transgenre.

¹⁴ Collectif militant Ypomoni.

¹⁵ Observatoire de la petite sirène.

¹⁶ Proposition de loi n°435, enregistrée au Sénat le 19 mars 2024.

¹⁷ Proposition de loi n°250, enregistrée à la Présidence de l'Assemblée nationale le 11 avril 2024.

¹⁸ Avis du Défenseur des droits n°24-05 du 6 mai 2024 sur la proposition de loi n°435.

¹⁹ En France en 2020, seules 8 952 personnes sont titulaires d'une ALD pour « transidentité », et les mineur·es n'en représentent que 3,3% (294 personnes) (32).

accroissement des demandes de transition constitue surtout une augmentation des coming-out et des cas « visibles ». Concernant la peur d'induire des questionnements autour de l'identité de genre à des adolescent·es, il faut savoir que lorsque qu'un questionnement d'identité de genre est présent, l'accès à des traitements es associé à une diminution de près de 40 % du risque de dépression et de tentative de suicide (40). Ce taux de passage à l'acte chez les mineur·es en lien avec la transphobie est estimé à 30 à 50% (41). De plus, une grande majorité des transitions des mineur·es sont d'abord sociales (donc réversibles) et les demandes de transition médicale demeurent rares. Quand une demande de transition médicale est faite, elle aboutit d'abord sur les bloqueurs de puberté, dont l'action est également réversible.

La balance bénéfice-risque des chirurgies ou des hormonothérapies questionnait aussi les participant·es : quel bénéfice justifie que l'on modifie un corps pourtant « fonctionnel » ? Des médecins, averti·es des complications chirurgicales, préconisaient la plus grande prudence. D'autres rappelaient que cette décision revenait aux patient·es, les plus à même de juger l'importance pour elles·eux de transitionner, et comment. Restait à s'assurer que les patient·es avaient bien notion des risques pris.

La question des dé-transitions et/ou des regrets préoccupaient plusieurs des médecins interrogé·es. Elle sous-tend les précédentes considérations sur la balance bénéfice-risque des traitement ou la peur d'induire des questionnements d'identité de genre. Comment être sûr·e que la demande de changement de sexe, par exemple, ne soit pas, par la suite, regrettée voire même reprochée au médecin en cas de passage à l'acte ? Concernant les plaintes de patient·es (et non de leurs parents) contre leur médecin pour les avoir accompagné·es dans leur transition, nous n'avons pas trouvé d'exemple en France. Il existe cependant quelques études qui peuvent nous éclairer sur le taux de dé-transition, bien que la définition de la dé-transition (aussi appelée re-transition) ne soit pas encore bien consensuelle et varie donc de l'une à l'autre : ce taux allait de 7% à 13% selon différentes études, principalement rétrospectives et transversales²⁰. Il est important de signaler que le fait de dé-transitionner ne signifie pas forcément que la personne regrette son parcours (45), puisque le taux de regret était, lui, estimé entre 0,4 et 1%²¹.

²⁰ 6,9% dans une étude rétrospective anglaise de 2021 (cohorte de 175 personnes) (42) , 13% dans une étude transversale américaine de 2021 (cohorte de 27 715 personnes) (43), 9,8% dans une étude transversale anglaise de 2022 (cohorte de 20 136 personnes) (44).

²¹ Une étude rétrospective hollandaise, effectuée sur les 6 793 personnes ayant consulté la plus grande clinique d'identité de genre des Pays-Bas entre 1975 et 2015 explorait le taux de regret d'une gonadectomie et n'en identifiait que 0,6% chez les femmes trans et 0,3% chez les hommes trans (46). Une étude du royaume uni sur 3398 personnes suivies entre 2016 et 2017 trouvait 0,4% de personnes trans exprimant des regrets (47). Une méta-analyse elle, rapportait un taux de regret d'environ 1% (48).

Ces chiffres méritent d'être analysés au regard des causes amenant à dé-transitionner. C'est ce que faisait une étude transversale américaine (43). Les plus âgés étaient plus souvent susceptibles de rapporter un antécédent de dé-transition en raison de responsabilités éducatives, ou de pression d'une épouse ou d'un partenaire ; et les plus jeunes en raison de la pression d'un parent, de la communauté ou d'une stigmatisation sociale, de la difficulté à trouver un emploi ou encore de la pression d'amis ou de colocataires. On voyait donc ici des facteurs de dé-transition plutôt liés à la cisnormativité, aux discriminations et au manque de soutien (dans 82% des cas).

Une revue de la littérature sur les regrets liés à la chirurgie esthétique retrouvait, elle, que les principaux facteurs influençant l'expérience du regret d'une décision de chirurgie étaient l'absence d'information préopératoire et les complications postopératoires (49). Cette étude incluait majoritairement des patientes qui avaient subi une reconstruction mammaire post-mastectomie ou des procédures de réaffirmation de genre, mais également tout type de chirurgie.

La possibilité du regret paraît inévitable. Est-il prédictible ? Comment aider les patient·es à l'éviter ? Comment accompagner les dé-transitions ? Doivent-elles restreindre l'accès aux transitions ? Le sujet des dé-transitions et des regrets ne doit pas être un tabou : il s'agit d'une réalité à prendre en compte. Dans tous les cas, une information parfaitement claire et exhaustive sur les effets indésirables, les possibles complications et la réversibilité ou non des traitements doit être transmise à toute personne envisageant une transition médicale. Et pour cela, une formation solide des médecins est nécessaire.

D. Un besoin de formation et d'information

D'après nos participant·es, il existait pour l'instant un manque de formation initiale et continue et parfois d'information. Si le sujet de la transidentité et des transitions médicales n'avait pas du tout été abordé au cours de leur formation initiale, il est actuellement introduit dans la dernière édition du référentiel d'urologie (5^{ème} édition, 2021). Dans le chapitre « Sexualité normale et ses troubles » on trouve le titre : « transsexualisme ». D'après les auteurs, il serait, entre autres, nécessaire de « *s'enquérir de savoir s'ils [les personnes trans] sont attirés sexuellement par les hommes, les femmes, les deux ou ni par un sexe ni par l'autre* » (50). On voit là que la formation académique maintient la confusion entre sexualité et identité de genre. Elle transmet également aux étudiants une vision obsolète de la prise en charge, encore centrée sur le diagnostic psychiatrique et l'expérience de vie réelle. Cette vision nous semble dépassée, voire dangereuse : rappelons que la France en 2010 et l'OMS en 2022 consacrent la

dépsychiatisation de la transidentité. Rappelons aussi que l'expérience de vie réelle constitue un risque vital pour les personnes trans: « *la pondération d'une demande d'accès aux traitements hormonaux à l'appréciation d'un temps "de réflexion" a des effets néfastes pour la santé des personnes : en plus de les exposer à de possibles violences sociales, le temps d'attente de traitements souhaités constitue un moment de sur- risque suicidaire pour les personnes trans* » (10). Les derniers référentiels d'endocrinologie, de gynécologie et de psychiatrie n'abordent pas le sujet. Pour les médecins et les internes, des Diplômes Universitaires et Inter Universitaires (DU et DIU) spécifiques existent. Ils sont proposés par l'Association Trans Santé France, ou par des universités et impliquent un coût aussi bien sur le plan financier (entre 1000 et 3000 euros environ) qu'en terme de temps investi (entre 6 et 10 jours environ). Or, si les participant·es de notre étude se déclaraient plutôt en demande d'une formation, ils·elles précisaient vouloir une formation plutôt courte, (quelques heures à 2 jours), pratique, et adaptée à leur contrainte (temps, distance). Ils·elles déclaraient aussi le souhait de ne pas devenir « spécialiste de la transidentité », mais simplement de se sentir plus à l'aise avec les traitements hormonaux, le suivi biologique, le cadre législatif et d'avoir un réseau de référents.

D'un autre côté, de nombreuses formations plus accessibles sont proposées par les associations trans, parfois à destination des professionnels de santé. Elles permettent de sensibiliser sur les discriminations indirectes et l'accueil, le vocabulaire, les comorbidités etc. Les associations proposent également des formations concernant les hormonothérapies qui posent un problème de légitimité. Il en va de même de la documentation disponible sur internet : si elle peut être utile à certain·es, d'autres ne préféreront peut-être pas utiliser des sources officielles non médicales. Certain·es des participant·es nous disaient effectivement être mal à l'aise avec cette source d'information, d'ailleurs initialement plutôt destinée aux personnes trans elles-mêmes. Il est à noter que pour d'autres médecins, il était admis que la prise en charge des personnes trans relevait d'un militantisme et ils·elles se servaient sans frein des ressources fournies par les associations et les patient·es. Mais, comme le soulevait une participante, la prise en charge d'un type de patient doit-elle vraiment relever d'un engagement militant et d'une forme de spécialisation?

Enfin, entre les deux, nourrissant une réflexion scientifique plus objective, il existe des études et des enquêtes, sans doute moins accessibles aux médecins généralistes. Ces études explorent la santé des personnes trans, mettant en lumière le sur-risque de suicide, de troubles anxio-dépressifs, les risques liés à l'automédication notamment (51). Les enquêtes sur les discriminations montraient leur étendue, dans le cercle personnel, professionnel, institutionnel et médical. Une étude française s'attachait à démontrer l'impact des traitements de transition

sur la qualité de vie. Elle montrait une amélioration du Quality of Life score (QoL score) après hormonothérapie (8). Une autre étude, de l'Académie américaine de pédiatrie, était très claire : une diminution de 60 % de dépressions et de 73 % de tentatives de suicide était constatée chez les jeunes accompagnés dans leur affirmation de genre et/ou bénéficiant de bloqueurs de puberté (52). Une revue de la littérature montrait également une amélioration significative de la qualité de vie suite à une chirurgie d'affirmation de genre (53). Tandis que d'après des études canadiennes et américaines, les thérapies de conversion, elles, provoquent une grande détresse psychologique et multiplie le risque de suicide, déjà haut dans ces populations (54). Ces « thérapies » ne sont interdites en France que depuis la loi du 31 janvier 2022 (55). Elles sont encore aujourd'hui pratiquées dans le monde, parfois par des professionnels de la santé (54) (56) (57).

Les échanges avec les spécialistes pourraient être une manière de s'informer plus « pratique », et plus proche de la réalité des patient·es. Dans nos entretiens, ces échanges, quand ils avaient lieu, étaient effectivement décrits comme enrichissants. Malheureusement, la grande majorité des participants déploraient une difficulté à échanger des informations avec les spécialistes partageant la prise en charge de leurs patient·es trans. Il était parfois jugé très difficile, voire impossible d'établir un contact, notamment avec les psychiatres. Ce problème ne constitue pas une difficulté spécifique aux parcours de transition, elle est décrite dans de nombreux travaux explorant la pratique de la médecine générale (58) (59).

Certain·es des médecins que nous avons interrogé·es ne jugeaient pas une formation pertinente au vu de la rareté des consultations liées à la demande de transition. Il en allait de même pour les participants d'une autre étude (27). Il paraît pourtant, aujourd'hui, qu'une telle formation serait utile pour tous·tes, et même nécessaire pour diminuer les discriminations auxquelles font face les personnes trans. Le cadre législatif flou et le manque de données scientifiques concernant les modalités de prescription des hormonothérapies de transition semblent entraver la mise en place rapide d'une unité d'apprentissage actualisée dans la formation initiale. Dans notre étude cinq participant·es avaient échangé avec le Réseau de Santé Trans (ReST) qui propose une formation centrée sur l'hormonothérapie. En attendant une formation universitaire de qualité, des ressources telles que ce réseau permettent peut-être de trouver une alternative intéressante, incluant à la fois personnes trans et professionnel·les de santé dans le processus de formation.

E. Quel rôle/place pour le médecin généraliste ?

Enfin, après avoir fait le tour des expériences, des freins et des besoins, voyons maintenant quelle place s'attribuaient les médecins que nous avons interrogé·es.

Ils·elles nous avaient d'abord fait part du fait de ne pas se voir un rôle différent pour les personnes trans que pour n'importe quel patient·e.

Les aptitudes attendues des médecins généralistes sont décrites par la marguerite des compétences publiée par le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE). Elle définit six grands secteurs de compétence qui sont : le premier recours dont les urgences, la continuité avec le suivi et la coordination, l'approche centrée patient, l'approche globale avec prise en compte de la complexité, la prévention individuelle et communautaire au moyen de l'éducation en santé et le professionnalisme (60) (61). Dans le cas de notre étude, nous avons relevé leur compétence sur ces six secteurs :

Les médecins généralistes, habitué·es à être le premier recours, recevaient parfois la première demande de transition de leur patient. Il leur fallait alors trouver comment répondre à cette demande, parfois par leur écoute et leur soutien, parfois en adressant les patients à des spécialistes. Ils·elles faisaient également le suivi des complications post-opératoires en cas d'urgence ressentie, et devant l'indisponibilité des équipes chirurgicales.

La continuité avec le suivi était habituellement réalisée, surtout via le renouvellement d'hormonothérapie et la régularité des consultations pour d'autres motifs que la transition. La coordination avec les autres professionnel·les se faisait tant bien que mal. La communication n'était pas toujours aisée mais les médecins interrogé·es recevaient, en général, les courriers des spécialistes. Ces courriers peuvent être des sources d'apprentissage quand des protocoles de suivi ou d'adaptation de doses y sont intégrés. Il manquait aux généralistes la possibilité d'avoir des avis rapides. Le contact téléphonique ou l'échange de mail était souhaité, pour répondre à des questions précises (comme une interaction médicamenteuse par exemple). Certain·es médecins regrettaient aussi de ne pas être inclus dans les discussions collégiales lorsqu'il y en avait. Enfin, la recherche de professionnel·les paramédicaux compétent·es sur les problématiques trans (exemple : orthophoniste formé au changement de voix) était aussi évoquée.

L'approche centrée patient²² nous a semblé maîtrisée dans notre échantillon, comme nous l'avons développé au début de la discussion. La pratique de la médiation familiale, rapportée par une médecin, ainsi que le lien que d'autres faisaient avec les parents ou les frères et sœurs des patient·es en était un exemple probant supplémentaire.

L'approche globale avec prise en compte de la complexité²³ consiste notamment à adopter des postures différentes en fonction des situations (soin, accompagnement psycho-social, prévention, soutien, éducation, etc) (60). Ces postures ont été décrites par nos participant·es, notamment le soutien et l'accompagnement psycho-social lorsqu'il semblait nécessaire.

Nos résultats montraient une réelle préoccupation concernant la prévention. Les dépistages du cancer du col de l'utérus, du sein et de la prostate étaient évoqués par plusieurs participant·es, qui osaient par exemple proposer le frottis à un homme trans. L'une d'entre elles se posait également la question de l'évaluation du risque cardio-vasculaire pour les personnes trans, à raison. Cela montrait leur compétence sur ce plan, là où la sécurité sociale n'a pas encore adapté ses campagnes de prévention : les femmes trans, pourtant non concernées, reçoivent les lettres d'appel au dépistage du cancer du col de l'utérus, tandis que les hommes trans, qui pourraient en bénéficier, sont oubliés. Il en est de même avec les opérations de dépistage du cancer de la prostate qui oublient les femmes trans (62). Enfin, certain·es médecins se sont questionné·es sur la pertinence d'un « dépistage de trouble de l'identité de genre » en cas de signe d'appel tel qu'une dépression, avec souvent la peur d'induire des questionnements d'identité de genre chez des jeunes qui n'en avaient pas. La définition par le CNGE de la prévention est *« la capacité à accompagner le patient dans une démarche autonome visant à maintenir et améliorer sa santé, prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux dans le respect de son propre cheminement [...] »* (60). On comprend donc le questionnement de ces généralistes sur la meilleure manière de respecter le cheminement de jeunes patient·es. Cette question les ramenait parfois vers le sujet de l'homosexualité ou des violences conjugales, où ils·elles avaient dû adapter leur pratique et apprivoiser ces questions difficiles à poser. L'importance de poser simplement des questions ouvertes, qui finalement sont bien perçues par les patient·es, était soulignée, avec, notamment, une forme d'aisance qu'il fallait savoir développer pour améliorer les échanges.

²² « Capacité à construire une relation avec le patient, son entourage, les différents intervenants de santé, ainsi que les institutionnels, en utilisant dans les différents contextes les habiletés communicationnelles adéquates, dans l'intérêt des patients. » (60)

²³ « Capacité à mettre en œuvre une démarche décisionnelle centrée patient selon un modèle global de santé (EBM, Engels etc.) quel que soit le type de recours de soins dans l'exercice de Médecine Générale. » (60)

A propos de la prescription des hormonothérapies de transition, tous·tes les participant·es n'avaient pas la même vision de leur rôle : à réserver aux spécialistes pour certain·es, ou au contraire à rendre accessible aux médecins généralistes pour d'autres, qui voyaient là un traitement hormonal comme beaucoup d'autres sont prescrits en médecine générale (diabète, trouble de la fonction thyroïdienne, contraception hormonale et traitement hormonaux de substitution en cas de ménopause). On peut cependant s'attendre à ce que les généralistes soient amené·es à étendre leur champ d'action, et pourquoi pas à initier, renouveler et suivre ces traitements, en ayant recours aux spécialistes en cas de situation complexe. C'est en tout cas ce qu'impliquerait la sixième compétence qu'est le « professionnalisme », c'est-à-dire la *« capacité à assurer l'engagement envers la société et à répondre à ses attentes, de développer une activité professionnelle en privilégiant le bien être des personnes par une pratique éthique et déontologique, d'améliorer ses compétences par une pratique réflexive dans le cadre de la médecine basée sur des faits probants, d'assumer la responsabilité des décisions prises avec le patient. »* (60). L'inconfort de certain·es des médecins concernant la prescription, et surtout l'initiation des hormonothérapies de transition venait du manque de connaissance ou d'expérience, ne leur permettant pas de prescrire en sécurité. Il ne pourra pas être réduit sans une formation, des sources claires et fiables sur les conditions d'initiation et de suivi, ainsi qu'une identification des spécialistes vers qui orienter en cas de situation complexe. Un autre frein qui pourrait être levé est le sentiment d'illégitimité, que nous avons repéré chez nos participant·es. Si les recommandations à venir de la HAS viennent confirmer les recommandations de l'IGAS 2022, cela officialiserait que les généralistes ont bien un rôle à jouer dans ces prises en charge.

CONCLUSION

Le sujet des transidentités est un sujet d'actualité, et malgré une meilleure visibilité des personnes trans dans notre société, des obstacles dans leur accès aux soins primaires persistent. Cette étude s'est intéressée à l'expérience et au vécu des médecins généralistes au cours de la prise en charge de ces patient·es, ces médecins nous paraissant les premier·es intervenant·es capables d'améliorer leur accès aux soins primaires.

Les médecins interrogé·es étaient globalement peu informé·es sur les transidentités ce qui engendrait une appréhension initiale à la prise en charge des patient·e·s trans. Afin de pallier à leur manque de formation, ils et elles trouvaient d'autres sources d'apprentissage comme les patient·es eux·elles-mêmes, parfois considéré·es comme des patient·es expert·es ou encore les échanges avec des pairs, des spécialistes et des réseaux de santé. Mais c'est surtout la diversité des profils de patient·es trans et de parcours de transitions rencontrés qui participait à une remise en question des représentations des médecins, voire de leur préjugés, et leur permettaient d'acquérir de l'expérience et de l'expertise. Certain·es, fort de leur expérience, mettaient en place des stratégies d'amélioration de leur pratique, notamment concernant l'accueil, rendant ainsi leur approche plus inclusive. Les participant·es de cette étude considéraient globalement que leur rôle de généraliste était le même que pour la prise en charge des autres patient·es et avaient à cœur d'accueillir au mieux toutes personnes en demande de soin. Le respect, l'empathie, et la transparence, notamment sur leur niveau d'expertise, permettaient le plus souvent l'obtention d'une relation de soin de confiance et donc fonctionnelle. Il existait cependant une divergence d'opinion quant à leur rôle dans la prescription de l'hormonothérapie. L'initiation d'un traitement était pour certain·es l'affaire des spécialistes et pour d'autres envisageable pour des médecins généralistes compétent·es. Le renouvellement était quant à lui plus facilement prescrit et la plupart des médecins interrogé·es en avait déjà effectués.

Des difficultés, exprimées par les participant·es, constituaient autant de freins à la prise en charge des personnes trans. Nous relevons les problèmes de communication avec les patient·es (mégénrage, vocabulaire spécifique), le manque d'échange avec les spécialistes (non spécifique aux problématiques trans), le manque de formation et d'informations fiables facilement accessibles, les difficultés à trouver un réseau compétent « safe » de proximité et les incertitudes concernant le cadre médico-légal. Ces difficultés étaient le plus souvent surmontables, mais il subsistait néanmoins deux problématiques principales : le manque de formation et le manque de réseau.

Cette étude a mis en lumière la demande d'une sensibilisation dans le tronc commun des études médicales et aussi, pour certain·es, de formations complémentaires plus approfondies, ce qui n'était pas forcément le cas des médecins interrogé·es dans une autre étude. Le rapport de l'IGAS de 2022, lui, soulignait la nécessité d'une telle formation dans le corpus de tout médecin. Reste à savoir quel sera le meilleur moyen non seulement de former les actuel·les étudiant·es en médecine, mais aussi de sensibiliser les médecins déjà diplômé·es/installé·es à cette problématique.

Un premier pas serait la diffusion de recommandations officielles pratiques, scientifiques et accessibles; un autre serait l'obtention de l'AMM pour les traitements de transition. Cela permettrait sans doute de lever le flou juridique et institutionnel autour de ces questions liées à la transidentité. La mise en place d'un module spécifique dans la formation initiale serait à explorer. L'implication de "patient.es expert.es" et d'associations pourrait être une autre piste pour sensibiliser les jeunes médecins. En attendant, nous pouvons imaginer que des réseaux de santé, comme le ReST, qui propose des formations, via le retour d'expérience notamment, permettraient de résoudre à la fois le problème de la formation et celui du réseau. Il serait intéressant de rechercher les bénéfices que peut apporter un tel outil sur l'amélioration de la prise en charge des personnes trans.

BIBLIOGRAPHIE

1. Trachman M, Lejbowicz T. Lesbiennes, gays, bisexuel·le·s et trans (LGBT): une catégorie hétérogène, des violences spécifiques. In : Brown E, Debauche A, Hamel C, Mazuy M. *Violences et rapports de genre* . Paris : Ined Editions ; 2020 . p. 355-390.
2. European Union Agency for Fundamental Rights . *A long way to go for LGBTI equality*. Luxembourg : Publications Office of the European Union; 2020. 65 p.
3. Alessandrin A, Espineira K. Chapitre 5. Les contours de la transphobie. In: *Sociologie de la transphobie* . Pessac : Maison des Sciences de l'Homme d'Aquitaine ; 2019. p. 131-55.
4. Adams NJ, Vincent B. Suicidal Thoughts and Behaviors Among Transgender Adults in Relation to Education, Ethnicity, and Income: A Systematic Review. *Transgender Health*. 16 oct 2019;4(1):226-46.
5. Baral SD, Poteat T, Strömdahl S, Wirtz AL, Guadamuz TE, Beyrer C. Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 1 mars 2013;13(3):214-22.
6. Cazein F, Bruyand M, Pillonel J, Stefic K, Sommen C, Lydié N. Diagnostics d'infection à VIH chez des personnes trans, France 2012-2020. *Bull Epidemiol Hebd*. 2021;(20-21):395-400.
7. Glintborg D, Rubin KH, Petersen TG, Lidegaard Ø, T'Sjoen G, Hilden M, et al. Cardiovascular risk in Danish transgender persons: a matched historical cohort study. *Eur J Endocrinol*. 1 sept 2022;187(3):463-77.
8. Gorin-Lazard A, Baumstarck K, Boyer L, Maquigneau A, Gebleux S, Penochet JC, et al. Is hormonal therapy associated with better quality of life in transsexuals? A cross-sectional study. *J Sex Med*. févr 2012;9(2):531-41.
9. OUTrans. Plan interministériel : les revendications d'OUTrans [Internet]. 2023 [cité 23 janv 2024]. Disponible sur: <https://outrans.org/plan-interministeriel-les-revendications-doutrans/>
10. Picard H, Jutant S. Rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans. Ministère du travail, de la santé et des solidarités ; 2022 janvier. 98 p.
11. IPSOS. Enquête LGBT + PRIDE 2023 Globale [Internet]. 2023 [cité 1 mai 2024]. Disponible sur : <https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2023-06/Ipsos%20Enqu%C3%AAte%20LGBT%2B%20Pride%202023%20Globale.pdf>

12. Lifshitz S. Petite Fille [Film en ligne]. Laon (FR) : AGAT films & Cie ; 2020 [consulté le 18 mai 2024]. Disponible sur : <https://www.arte.tv/>
13. Michel O. Océan [Film en ligne]. Paris (FR) : High Sea Production, Pampa Production ; 2019 [consulté le 18 mai 2024]. Disponible sur : <https://www.france.tv/slash/>
14. Dhont L. Girl [Film en ligne]. Bruxelles (BE) : Menuet Producties, Frakas Productions, Topkapi Films ; 2018 [consulté le 18 mai 2024]. Disponible sur : <https://boutique.arte.tv/>
15. Kervran P. Les transidentités, racontées par les trans [Internet]. 2018[cité 1 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/serie-les-transidentites-racontees-par-les-trans>
16. Thomas S. Filles de trans [Internet]. 2024 [cité 1 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/les-pieds-sur-terre/filles-de-trans-9169282>
17. Change.org. Accès aux soins des personnes trans' : il est urgent d'agir [Internet]. 2021 [cité 1 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.change.org/p/%C3%A0-monsieur-le-ministre-de-la-sant%C3%A9-mesdames-et-messieurs-les-repr%C3%A9sentant-e-s-de-l-agence-nationale-acc%C3%A8s-aux-soins-des-personnes-trans-il-est-urgent-d-agir>
18. Allory E, Duval E, Caroff M, Kendir C, Magnan R, Brau B, et al. The expectations of transgender people in the face of their health-care access difficulties and how they can be overcome. A qualitative study in France. *Primary Health Care Research & Development*. 2020;
19. Vernier C, Montpied A. Regards des personnes transidentitaires sur leurs parcours de soins : quelle place pour la médecine générale ? Étude qualitative par entretiens semi-dirigés [Thèse d'état de doctorat]. [Grenoble, France]: Université de Grenoble Alpes. Faculté de médecine; 2019. [cité le 18 mai 2024]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02089971/document>
20. Collin L, Reisner SL, Tangpricha V, Goodman M. Prevalence of Transgender Depends on the "Case" Definition: A Systematic Review. *J Sex Med*. 2016;13(4): 613-26.
21. Arcelus J, Bouman WP, Van Den Noortgate W, Claes L, Witcomb G, Fernandez-Aranda F. Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. *Eur Psychiatry*. 2015 Sep;30(6): 807-15.
22. Foerster M. Elle ou lui? Histoire des transsexuels en France. *La Musardine*; 2012. 140 p.

23. Beaubatie E. Histoire d'une controverse. In: Transfuges de sexe, passer les frontières du genre. La Découverte. 2021. p. 25-47.
24. Lebeau JP, Aubin-Auger I, Cadwallader JS, Londe JG de la, Collectif. Initiation à la recherche qualitative en santé: Le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Puteaux Paris: Global média santé; 2021. 192 p.
25. Blanchet A, Gotman A. L'entretien - 2e éd. 2e édition. Armand Colin; 2015. 128 p.
26. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie Rev. 1 janv 2015;15(157): 50-4.
27. Andrieux P, Quinette A. La médecine générale en trans-ition : étude qualitative par entretiens semi-dirigés de médecins généralistes de Haute-Savoie sur leur implication dans le parcours de soins des patients transgenres [Thèse d'état de doctorat]. [Grenoble, France] : Université de Grenoble Alpes. Faculté de médecine; 2022 [cité le 18 mai 2024]. Disponible sur : https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03882673v1/file/2022GRAL5175_andrieux_perrine_et_quinette_alice_dif.pdf
28. Carrof M. Expériences et attentes des personnes trans en médecine générale partie 2: les stratégies d'adaptation et les attentes [Thèse d'état de doctorat]. [Rennes, France]: Université de Rennes 1. Faculté de médecine; 2019 [cité 24 mai 2024]. Disponible sur : <https://ged.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/1da8810d-c337-4740-833f-9ba3b2e390df?inline>
29. Chrysalide. Enquête Chrysalide « Santé Trans 2011 » [Internet]. 2011 [cité 14 mai 2024]. Disponible sur: <https://chrysalide-asso.fr/wp-content/uploads/2019/10/santetrans2011.pdf>
30. Lorendeau A. Difficultés d'accès aux traitements hormonaux pour les personnes trans en France : Description des principaux freins et enjeux du suivi par les médecins généralistes [Thèse d'état de doctorat]. [Rennes, France] : Université de Rennes 1. Faculté de médecine ; 2019 [cité le 18 mai 2024]. Disponible sur : <https://ged.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/8023b6ad-41cf-405a-a923-d2111a63aa94?inline>
31. Haute Autorité de Santé. Situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge médicale du transsexualisme en France [Internet]. 2009 [cité le 22 mai 2024]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_894315/fr/situation-actuelle-et-perspectives-d-evolution-de-la-prise-en-charge-medicale-du-transsexualisme-en-france

32. Haute Autorité de Santé. Parcours de transition des personnes transgenres - Note de cadrage [Internet]. 2022 [cité 29 nov 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3367504/fr/parcours-de-transition-des-personnes-transgenres-note-de-cadrage
33. CNOF. Les prescriptions et délivrances hors AMM à l'officine [Internet]. 2023 [cité 13 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/je-suis/pharmacien/pharmacien/mon-exercice-professionnel/les-fiches-professionnelles/les-prescriptions-et-delivrances-hors-amm-a-l-officine>
34. VIDAL. Testostérone : prescription élargie aux spécialistes en médecine et biologie de la reproduction/andrologie [Internet]. 2022 [cité 21 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/actualites/28661-testosterone-prescription-elargie-aux-specialistes-en-medecine-et-biologie-de-la-reproduction-andrologie.html>
35. Haute Autorité de Santé. Commission de la transparence Avis 4 septembre 2013 Androtardyl [Internet]. 2013 [cité 24 mai 2024]. Disponible sur : https://has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-13089_ANDROTARDYL_RI_Avis2_CT13089.pdf
36. ANSM. Actualité - Médicaments à base de testostérone : la prescription initiale est élargie [Internet]. 2022 [cité 13 mai 2024]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/actualites/medicaments-a-base-de-testosterone-la-prescription-initiale-est-elargie>
37. Ministère de l'Éducation Nationale et de la Jeunesse. Pour une meilleure prise en compte des questions relatives à l'identité de genre en milieu scolaire [Internet]. 2021 [cité 21 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/bo/21/Hebdo36/MENE2128373C.htm>
38. Chansel J. Les parents d'un homme transgenre traînent ses anciens soignants devant l'Ordre des médecins. [Internet]. 2023 [cité 13 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.mediapart.fr/journal/france/210223/les-parents-d-un-homme-transgenre-trainent-ses-anciens-soignants-devant-l-ordre-des-medecins>
39. Mathieu M, Perrotin D. Infiltration, harcèlement et transphobie : dans les coulisses d'un collectif hostile aux transitions des enfants [Internet]. 2024 [cité 23 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.mediapart.fr/journal/france/050524/infiltration-harcelement-et-transphobie-dans-les-coulisses-d-un-collectif-hostile-aux-transitions-des-enfa>
40. Green A, DeChants J, Price M, Davis C. Association of Gender-Affirming Hormone Therapy with Depression, Thoughts of Suicide, and Attempted Suicide Among Transgender and

Nonbinary Youth. *J Adolesc Health*. 2021;70(4):643-649. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.10.036>

41. Johns MM, Lowry R, Andrzejewski J, Barrios LC, Demissie Z, McManus T et al. Transgender Identity and Experiences of Violence Victimization, Substance Use, Suicide Risk, and Sexual Risk Behaviors Among High School Students - 19 States and Large Urban School Districts, 2017. *Morb Mortal Wkly Rep*. 25 Jan 2019;68(3):67-71. doi: 10.15585/mmwr.mm6803a3

42. Hall R, Mitchell L, Sachdeva J. Access to care and frequency of detransition among a cohort discharged by a UK national adult gender identity clinic: retrospective case-note review. *BJPsych Open*. 2021;7(6):e184. doi: 10.1192/bjo.2021.1022

43. Turban JL, Loo SS, Almazan AN, Keuroghlian AS. Factors leading to "detransition" among transgender and gender diverse people in the united states: A mixed-methods analysis. *LGBT Health*. 2021;8(4):273-280. doi: 10.1089/lgbt.2020.0437

44. Boyd I, Hackett T, Bewley S. Care of Transgender Patients: A General Practice Quality Improvement Approach. *Healthcare*. 2022 ;10(1). doi: 10.3390/healthcare10010121

45. Pullen Sansfaçon A, Gelly M, Gravel R, Medico D, Baril A, Susset F et al. A nuanced look into youth journeys of gender transition and detransition. *Infant Child Dev*. 2023;32(2). doi : <https://doi.org/10.1002/icd.2402>

46. Wiepjes CM, Nota NM, de Blok CJM, Klaver M, de Vries ALC, Wensing-Kruger SA, et al. The Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria Study (1972-2015): Trends in Prevalence, Treatment, and Regrets. *J Sex Med*. 2018;15(4):582-590. doi: 10.1016/j.jsxm.2018.01.016

47. Davies S, McIntyre S, Rypma C. Detransition rates in a national UK Gender Identity Clinic. 3rd biennial EPATH Conference Inside Matters-On Law, Ethics and Religion-Poster Session. [Internet].2019 [cité 23 mai 2024]. Disponible sur : <https://epath.eu/wp-content/uploads/2019/04/Boof-of-abstracts-EPATH2019.pdf>

48. Bustos VP, Bustos SS, Mascaro A, Del Corral G, Forte AJ, Ciudad P, et al. Regret after Gender-affirmation Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis of Prevalence. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2021;9(3):e3477. doi: 10.1097/GOX.0000000000003477

49. Jones HE, Cruz C, Stewart C, Losken A. Decision Regret in Plastic Surgery: A Summary. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2023;11(6):e5098. doi: 10.1097/GOX.0000000000005098

50. Ouzaid I. Chapitre 16 : Sexualité normale et ses troubles. In: Collège français des enseignants d'urologie, Lechevallier E. Référentiel des Collèges Urologie. 5ème édition. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2021. 424 p.
51. Jaafar S, Torres-Leguizamon M, Duplessy C, Stambolis-Ruhstorfer M. Hormonothérapie injectable et réduction des risques : pratiques, difficultés, santé des personnes trans en France. *Santé publique*. 2022; 34(HS2) :109-122. doi : 10.3917/spub.hs2.0109
52. Tordoff DM, Wanta JW, Collin A, Stepney C, Inwards-Breland DJ, Ahrens K. Mental Health Outcomes in Transgender and Nonbinary Youths Receiving Gender-Affirming Care. *JAMA Netw Open*. 2022 ;5(2). doi: 10.1001/jamanetworkopen.2022.0978
53. Meier AC, Papadopulos N. Lebensqualität nach geschlechtsangleichenden Operationen – eine Übersicht [Quality of life after gender reassignment surgery: an overview]. *Handchir Mikrochir Plast Chir*. Dec 2021;53(6):556-563. doi: 10.1055/a-1487-6415
54. Turban JL, Beckwith N, Reisner SL, Keuroghlian AS. Association Between Recalled Exposure to Gender Identity Conversion Efforts and Psychological Distress and Suicide Attempts Among Transgender Adults. *JAMA Psychiatry*. 1 janv 2020;77(1):68-76. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2019.2285
55. République française. LOI n° 2022-92 du 31 janvier 2022 interdisant les pratiques visant à modifier l'orientation sexuelle ou l'identité de genre d'une personne [internet]. *Légifrance* du 31 janvier 2022 [cité 24 mai 2024]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045097703>
56. Salway T, Dromer E, Ferlatte O, Gesink D, Goodyear T, Kinitz DJ. Overcoming Conversion Therapy : A Qualitative Investigation of Experiences of Survivors. *SSM - Qualitative Research in Health*. Dec 2022;2(100194). <http://dx.doi.org/10.1016/j.ssmqr.2022.100194>
57. Ministère de l'intérieur et des outre-mer. Sonia Backès demande à la Miviludes d'étudier toutes les voies d'action possibles pour sanctionner l'association « Torrent de vie » et ses responsables [Internet]. 2023 [cité le 27 mai 2024]. Disponible sur : <https://www.interieur.gouv.fr/actualites/communiqués-de-presse/sonia-backes-demande-a-miviludes-detudier-toutes-voies-daction>
58. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann-Coblentz L, Zerr P. La consultation du patient à risque suicidaire en médecine générale Généralistes et psychiatres : une relation compliquée. *Médecine*. 2008;4(6):279-283. doi:10.1684/med.2008.0302

59. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA*. Feb 2007;297(8):831-841. doi: 10.1001/jama.297.8.831
60. Compagnon L, Bail P, Huez J, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *Exercer*. 2013;(108):148-55.
61. Mission Evaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé & Collège National des Généralistes Enseignants. Paris: Référentiel métier et compétences des médecins généralistes.; 2010. (Berger-Levrault Ed).
62. Denaes B. Parcours médical et juridique transidentitaire - Le point de vue des personnes transgenres sur les avancées et les progrès attendus [Transidentity medical and legal courses: The viewpoint of transgender people on the advances and expected progress]. *Med Sci*. Jan 2023;39(1):53-57. doi: 10.1051/medsci/2022199

ANNEXES

Annexe 1 : Positionnement des chercheuses

L'analyse qualitative n'est pas exempte d'une part de subjectivité, c'est pourquoi nous tenons à décrire d'où nous venons et notre positionnement sur le sujet.

Marie Lefèvre : Je viens d'un milieu familial catholique, hétéro, cis et plutôt concordant avec les stéréotypes de genre. Enfant, ado puis étudiante, je me suis souvent sentie révoltée par ce que je considérais comme des injustices (la précarité économique par exemple). Je me sens fortement heurtée par le racisme, la grossophobie, l'homophobie, le sexisme et la haine de la différence de manière générale. Mon premier contact avec la notion de transidentité, ce sont mes parents qui discutent d'une amie d'enfance de ma mère qui était homosexuelle, et qui serait devenu « il » et aurait changé de prénom. Je sentais à leur manière d'en parler que c'était quelque chose d'exceptionnel, puisque finalement c'était presque la seule chose qu'on disait de lui : qu'il était trans. Je ne me souviens pas m'être sentie concernée par cette histoire à l'époque. J'ai ensuite rencontré une personne en consultation de médecine générale lors d'un stage d'externat. A ce moment, je ne faisais que l'examen physique dans la consultation, et le patient avait des cicatrices au niveau des aréoles mammaires. J'ai regardé ces cicatrices avec un air interrogateur, mais n'ai pas osé poser de question. Le médecin, qui connaissait bien le patient, lui a demandé de m'expliquer. Il a donc raconté son parcours, sa mammectomie, etc... Il semblait à l'aise. A ce moment, je ne connaissais rien sur les transidentités, et j'étais impressionnée par son passing complètement masculin : jamais je n'aurai pu imaginer que cet homme était un homme trans, puisqu'il ressemblait à un homme cis. Je devais certainement avoir des représentations où la transidentité « ça se voit ». Je lui suis reconnaissante de m'avoir partagé son histoire. Ensuite, j'ai rencontré Françoise au cours du stage de médecine générale de première année. Je me suis sentie en accord avec sa pratique de la médecine et ses valeurs, et j'ai tout de suite accepté quand elle m'a proposé d'être ma directrice de thèse et de faire un sujet sur les transidentités. Grâce à ce travail, j'ai appris énormément. Ce fut pour moi passionnant de mieux comprendre toute la diversité des identités de genre au travers de témoignages et de discussions, de découvrir l'histoire des transidentités au cours des siècles et des cultures, et de lire comment le corps médical a, encore une fois, généré de la souffrance en souhaitant normaliser les corps. Ces recherches m'ont également permis de mieux connaître les problématiques des personnes intersexes et m'ont amenée à réfléchir sur le rôle des normes sociales. Elles m'ont confortée dans mon envie de pratiquer la médecine la plus inclusive possible. Depuis, j'ai croisé quelques personnes trans ou gender-fluid en dehors du cadre

professionnel. Je remarque que, bien que je souhaiterais être naturelle et détendue, cela m'est parfois difficile, car je pense beaucoup à ce qu'il faut dire, et surtout ne pas dire.

Leïla Puydupin : Je suis une femme cis mais j'ai toujours évolué entourée de personnes très différentes les unes des autres sans pour autant connaître de personne trans dans mon entourage proche. La première personne trans dont j'ai eu connaissance était la sœur d'une amie qui est devenue par la suite son frère. A l'époque c'est à travers les dires et le vécu de mon amie que j'ai entrevu pour la première fois la complexité du parcours d'une personne trans et de sa famille. Mais je ne m'étais pas plus informée sur le sujet par la suite. C'est seulement plusieurs années après, en débutant cette thèse avec Marie, que je me suis rendue compte que je découvrais un monde et un vocabulaire qui m'étaient complètement inconnus et qui m'ont beaucoup intéressés. Étant adepte de multiples sorties en tous genres, j'ai pu rencontrer plusieurs personnes trans et non binaires au cours de soirées et souvent j'ai pu échanger avec eux sur le sujet de notre thèse. Par la suite, au cours de mes remplacements à Rennes, j'ai pris en charge plusieurs patients trans et je me suis rendue compte que grâce aux connaissances acquises suite aux recherches pour la thèse, j'étais au moins capable de les accueillir correctement et certains paraissaient même surpris que je sois aussi sensibilisée au sujet. Le premier patient trans que j'ai reçu en consultation, je pense que je m'en souviendrai longtemps car cette personne s'est mise à pleurer quand je lui ai demandé quel pronom je devais utiliser, en me disant que si tout le monde pouvait être comme moi ça serait tellement plus facile. Cela m'a profondément touchée et je me suis dit que cette thèse aura déjà au moins servi à une chose : aider ce patient.

Annexe 2 : Guide d'entretien

1- Expériences

Pouvez-vous nous raconter votre expérience professionnelle auprès des personnes transidentitaires ?

Relance si besoin : Pourriez-vous nous détailler une de ces rencontres ?

Avez-vous été confronté à des difficultés spécifiques ? Lesquelles ?

2- Vécu

Comment vous sentez-vous face à ce profil de patient et de prise en charge ?

3- Représentations

Moi, du fait de ce travail de thèse, j'ai beaucoup appris sur les parcours des personnes trans en France aujourd'hui. Mais au début ça n'était vraiment pas très clair... Et pour vous ?

Que savez-vous du parcours d'une personne transidentitaire en France aujourd'hui ?

4- Rôle dans la prise en charge

Pour vous, quel est le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des personnes transidentitaires ?

Relance si besoin : Que pensez-vous, par exemple, de la place du médecin généraliste pour le diagnostic ? Le suivi ou l'initiation du traitement ? Le dépistage des troubles de l'identité de genre ?

5- Formation

Qu'avez-vous eu comme formation à ce sujet ?

Pensez-vous qu'une formation à ce sujet soit utile ? Sous quelle forme imagineriez-vous cela ?

Annexe 3 : Formulaire de consentement et données démographiques

Formulaire de consentement

Description et objectif de la recherche : Dans le cadre de notre thèse de médecine générale, nous vous interrogeons sur vos expériences et votre vécu en tant que médecin généraliste lors de la prise en charge des personnes transidentitaires.

Méthodes de recherche : Notre étude est qualitative et se fait par entretiens individuels semi-dirigés qui seront enregistrés, retranscrits puis anonymisés. Ce projet est indépendant de tout organisme.

Confidentialité : Les informations recueillies sont collectées par Marie Lefèvre et Leïla Puydupin pour une finalité de recherche scientifique. La base légale de ce traitement est le consentement. Les données collectées seront communiquées au seul destinataire suivant : Françoise Oheix (médecin généraliste et directrice de la thèse). Les données sont conservées jusqu'à retranscription de l'entretien par l'investigatrice. A l'issue de ces entretiens, ceux-ci seront intégralement retranscrits et anonymisés. Les enregistrements audios seront supprimés dès la fin de la retranscription.

Consentement : J'ai été sollicité·e pour participer à un projet de recherche en santé. J'ai eu suffisamment de temps pour réfléchir à ma participation à cette étude. J'ai été prévenu·e que ma participation à l'étude se fait sur la base du volontariat et ne comporte pas de risque particulier.

Je peux décider à tout moment de me retirer de l'étude, sans donner de justification et sans que cela n'entraîne de conséquence. Si je décide de me retirer de l'étude, j'en informerai immédiatement l'une des investigatrices.

J'ai été informé·e que les données colligées durant l'étude resteront confidentielles et seront seulement accessibles à l'équipe de recherche (Marie Lefèvre et Leïla Puydupin).

J'accepte que mes données personnelles soient numérisées dans le strict cadre de la loi informatique et liberté. (Pour exercer vos droits en vertu du RGPD et de la loi Informatique et Libertés, ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données Evangéline Marolleau à l'adresse mail suivante : dpo@univ-nantes.fr).

J'ai été informé·e de mon droit d'accès à mes données personnelles et à la modification de celles-ci.

Mon consentement n'exonère pas les organisateurs de leurs responsabilités légales. Je conserve tous les droits qui me sont garantis par la loi.

Nom :

Lieu et date :

Signature :

Données démographiques :

Genre :

Âge :

Type(s) d'activité(s) professionnelle(s) : Libérale / salariée Cabinet seul / cabinet de groupe / maison de santé / planning / autres :

Lieu(x) d'activité professionnelle : Rural / semi-rural / urbain Ville :

Prescripteur d'hormonothérapie : Oui /non

Annexe 4 : Notes post-entretiens

I. Entretien n° 1 : Leïla

Je suis un peu stressée avant ce premier entretien téléphonique. J'avais déjà fait un entretien test avec un interne mais en présentiel et cela s'était bien passé mais cela datait un peu.

Je l'appelle à l'heure prévue mais il m'informe qu'il est en voiture, je propose de le rappeler plus tard mais il préfère débiter l'entretien. A posteriori, je pense que le médecin était parfois déconcentré pendant l'entretien et que j'aurais dû insister pour le reporter.

Il m'informe qu'il n'a pas pu ouvrir la fiche de consentement (note pour plus tard : changer de format).

Bref cela ne débutait pas très bien.

Ce médecin est plutôt intéressé par la partie médicale pure de la prise en charge. Le début d'entretien est assez fluide. Mais suite à ma deuxième question sur le ressenti de la relation médecin patient et les difficultés éventuellement rencontrées, le médecin se braque car il a peut-être mal interprété ma question. J'ai l'impression qu'il croit que je le pousse à avoir des propos transphobes. Par la suite, ses réponses seront de plus en plus courtes.

Nous avons donc modifié énormément le questionnaire suite à ce premier entretien et au premier entretien de Marie.

II. Entretien n° 2 : Marie

L'entretien se fait en visio mais sans la vidéo car le réseau ne fonctionne pas suffisamment. La médecin qui répond est posée, je sens qu'elle a le temps. Elle me dit qu'elle est à la faculté de médecine. L'entretien se déroule plutôt bien, dans la fluidité, mais j'ai l'impression de beaucoup trop parler par rapport à ce que je devrais. Je crois que j'ai du mal à laisser des silences exister. C'est parfois difficile de se concentrer sur les réponses et sur les questions du guide d'entretien qui ne m'apparaissent pas toujours très pertinentes maintenant que je suis devant cette professionnelle. Suite aux deux premiers entretiens, nous l'avons modifié car Leïla avait également été mise en difficulté sur certaines questions (la question des difficultés notamment).

Cette médecin a d'abord vu des patients trans dans le cadre de consultations d'infectiologie (VIH), puis s'est installée comme médecin généraliste dans une autre ville où elle a un jour reçu une personne trans pour une demande d'ALD. Cette personne lui avait apporté toute l'information nécessaire pour remplir la demande. Elle s'est ensuite fait référencer sur un blog,

et a vu pendant plusieurs mois entre un et 5 nouveaux patients trans par semaine ! Elle se sent « sur-expertisée » et n'a pas apprécié être référencée comme cela, car elle a eu des consultations qui ne correspondaient pas à ses attentes de lier une relation de confiance et de soin avec des nouveaux patients (les patients venaient parfois juste pour avoir l'ALD).

III. Entretien n° 3 : Marie

L'entretien se déroule en visio, le médecin est sur son lieu de travail au cabinet, il n'a pas de consultation de prévue après l'entretien mais semble un peu pressé de terminer. Je le connais car il était un des médecins de mon stage « prat 1 », je ne trouve pas l'exercice plus facile pour autant, je ne me sens pas très à l'aise. Je pense que le contexte de visio en face à face renforce peut-être ce malaise. C'est un médecin engagé pour un accès aux soins des personnes trans, qui n'hésite pas à prescrire et initier des traitements hormonaux, et pour qui la relation de soin est vraiment « horizontale » : il reconnaît facilement l'expertise des patients sur eux-mêmes et sur les traitements qui les concernent. Il a reçu plusieurs personnes achetant ou récupérant leurs hormones sans suivi médical avant de le consulter. Une des difficultés que je ressens est de me concentrer sur ses réponses, sans trop penser aux questions que je dois poser. Et donc du coup, je trouve difficile de « relancer » de manière pertinente, j'ai l'impression de perdre mes moyens assez vite et de poser des questions très fermées. Finalement, je lâche mon guide d'entretien que je trouve trop compliqué et qui me déconcentre et pose les questions un peu comme elles viennent. Une autre difficulté est que ce médecin ne termine pas toujours ses phrases, il me semble que ça va poser problème pour l'interprétation de ses propos.

Suite à cet entretien, nous modifions une nouvelle fois le guide pour le simplifier.

IV. Entretien n° 4 : Marie

Pour cet entretien, j'ai eu le contact d'une médecin généraliste et sexologue, bientôt à la retraite via une connaissance commune. Elle souhaite faire l'interview en présentiel chez elle où je me rends en voiture. Le cadre est plutôt chaleureux, personnel. On va dans son bureau pour commencer à parler. Je me sens plutôt à l'aise mais je perçois que j'ai du mal à ne pas réagir aux réponses qui me surprennent, car cette médecin a suivi une patiente avec la même demande de transition pendant 20 ans, mais avec un refus de soin du psychiatre que ce médecin a « accepté ». A posteriori je vois que la médecin interrogée a tout de même aménagé beaucoup de choses pour améliorer le bien-être de sa patiente et que ma posture risque d'inhiber certaines réponses. En faisant la retranscription, je vois qu'on s'est beaucoup focalisé sur le parcours d'une personne et qu'on a moins exploré les motivations et les décisions de cette médecin. Une

partie des explications reste floue pour moi. Finalement j'aurais aimé en savoir plus sur sa façon de voir et de faire les choses mais mes questions ne vont pas assez loin et il m'arrive fréquemment de répondre simplement un « d'accord » qui coupe un peu le dialogue. Je perçois que je peux encore beaucoup m'améliorer sur la technique d'entretien. Par contre le nouveau guide me convient mieux, il est plus court, plus simple à utiliser.

V. Entretien n° 5 : Marie

Je fais cet entretien au téléphone avec un médecin généraliste que je connais bien pour avoir fait mon stage de Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS) avec lui le semestre précédent. L'entretien se fait sur l'heure du midi, avec un petit stress par rapport au temps pour moi (il faut que je retourne travailler juste après l'entretien).

Ça se passe bien, c'est très riche, de nouveaux sujets sont abordés, notamment le problème de l'errance diagnostique, du dépistage, du lien avec la famille. Il connaissait depuis longtemps un jeune, qui lui a été adressé par son père devant une détresse palpable mais sans cause exprimée. Ce participant semble un peu déçu de sa prise en charge, il ne s'est pas senti « à la hauteur » et regrette de n'avoir pas été plus informé auparavant. Ça devient plus facile pour moi de laisser l'information venir simplement. L'entretien sera assez court par rapport aux autres, on aurait pu faire préciser plusieurs points mais l'essentiel est là.

VI. Entretien n° 6 : Leïla

Pour cet entretien téléphonique, la médecin était dans la rue mais je sentais bien qu'elle était disponible et qu'elle avait du temps. L'entretien se passe bien et la médecin avait de nombreuses situations de prises en charge différentes à évoquer. De nouvelles idées intéressantes sont soulevées. C'est la première médecin à me parler de notre potentiel biais de recrutement (mais les autres médecins le feront aussi par la suite) car en effet nous avons interrogé plusieurs médecins travaillant dans les mêmes cabinets mais cela s'explique aussi par le fait que les patients transidentitaires se conseillent les médecins « transfriendly » entre eux.

Après l'entretien j'ai l'impression de n'avoir pas assez été dans le détail et que je suis passée à côté de beaucoup de choses que cette médecin aurait pu nous apporter.

VII. Entretien n° 7 : Leïla

Pour cet entretien on avait prévu de se rencontrer dans un bar en terrasse après son travail.

Je choisis une table un peu isolée sur la terrasse pour l'enregistrement et réalise un test micro avant qu'elle arrive.

L'entretien est fluide et intéressant et la médecin est à l'aise durant l'entretien. Je le suis un peu moins car ne pouvant pas trop prendre de note (c'était mon premier entretien de visu) je suis parfois perdue et trop focalisée sur le guide d'entretien.

Nous restons discuter par la suite et la rencontre fut très plaisante.

VIII. Entretien n° 8 : Leïla

Pour cet entretien, nous avons décidé de nous rencontrer sur sa pause du midi dans la maison de santé dans laquelle ce médecin travaillait.

Je patiente dans la salle d'attente que la médecin réalise une dernière consultation avant que l'on puisse se voir. Après hésitation nous décidons de faire l'entretien dans sa salle de consultation et qu'elle mangera par la suite. Je pense que la médecin avait peu de temps et que peut être les entretiens le midi au milieu d'une journée de travail seraient à exclure. La médecin prend en charge plusieurs patients trans et parle d'une façon globale de sa prise en charge. Elle parle vite mais de tous les sujets qu'on avait à aborder et semble très à l'aise durant l'entretien ce qui me met à l'aise. Je ne pense pas qu'il y ait eu de nouveaux sujets abordés par rapport aux précédents entretiens. Je pense qu'il faut qu'on fasse vite l'analyse pour savoir si de nouveaux entretiens doivent être programmés.

IX. Entretien n° 9 : Leïla

Pour cet entretien, nous décidons de nous rencontrer un matin sur la terrasse d'un café qui fait également brunch. J'arrive très en avance et fait un test audio. La médecin a prévu beaucoup de temps pour notre entretien, elle n'est donc pas pressée et semble très à l'aise. Je sens qu'elle a déjà beaucoup réfléchi au sujet et de nouvelles idées intéressantes sont abordées. Elle parle spontanément de beaucoup de sujets différents et de détails et l'entretien va bien en profondeur du sujet. La question sur le parcours de soin et le parcours de vie de la personne transidentitaire la dérange et je comprends bien que c'est parce qu'en effet chaque personne est différente et a un parcours de vie et de soins différents et que l'on ne peut pas généraliser un parcours type à

toutes les personnes trans. Peut-être devrions nous modifier cette question ? Nous restons un peu discuter par la suite et cette rencontre fut aussi très enrichissante.

X. Entretien n° 10 : Leïla

L'entretien se déroule dans la salle de réunion et de repas d'une maison de santé que je connais déjà puisque j'y avais déjà réalisé un entretien auprès d'une autre médecin. Je suis donc plutôt à l'aise (peut-être même trop car je l'ai tutoyé directement) et cela d'autant plus que j'ai fait beaucoup d'entretiens de visu ce mois-ci.

La médecin accroche un écriteau à la porte pour que nous ne soyons pas dérangées. Elle rentre de visite mais ne travaille pas l'après-midi donc elle a le temps pour cet entretien.

C'est le premier entretien de thèse qualitative que cette médecin réalise et je sens qu'elle n'est pas très à l'aise et ne sait pas toujours ce qu'elle doit ou non répondre car elle paraît assez stressée concernant la légalité des prescriptions.

Je lui explique bien que tout l'entretien sera anonymisé et que nous ne mettrons que certaines parties d'entretien dans la thèse finale.

L'entretien est par la suite fluide et intéressant. Il soulève à nouveau le côté légal de la prescription et les obligations liées à l'ALD, et en particulier l'obligation ou non d'un suivi par un endocrinologue. Je suis déçue de ne pas avoir les connaissances nécessaires pour répondre à ce médecin et vais faire des recherches par la suite pour pouvoir être plus préparée aux questions qu'on pourrait me poser.

Je me dis que finalement les entretiens dans les bars, plus informels, mettent peut-être plus à l'aise.

XI. Entretien n° 11 : Marie

L'entretien se passe au téléphone, le contact s'établit facilement et la conversation est fluide. Nous sommes chacune dans nos maisons respectives et seules, l'environnement est calme. Je me rends compte que je suis vraiment moins attachée à mon guide que lors des premiers entretiens et que les réponses arrivent même parfois avant les questions. C'est plus facile de rebondir sur les points abordés spontanément, d'approfondir les réponses quand on n'est pas parasité par les questions à poser. Cette médecin semble avoir été formée par un patient très informé, lui amenant même de la documentation. Elle fait un parallèle entre les personnes trans

et les personnes ayant subi une intervention de by-pass : une fois la transition ou la perte de poids obtenues, des éléments importants pour le suivi (genre assigné à la naissance, passé d'obésité) deviennent invisibles. Pour avoir une idée de leurs facteurs de risque (oncologique, cardiovasculaire...), il faut connaître leur histoire. Elle constate aussi que le traitement de transition est un traitement parfois à vie, qui concerne donc la médecine générale

Nous nous entendons manifestement bien et restons un peu discuter des trajectoires professionnelles et personnelles à la fin de l'entretien. Parce que je suis à l'aise, je pose cette question (de manière informelle) : « pouvez-vous vous présenter, quel médecin êtes-vous ? » et cela m'apporte un éclairage intéressant mais c'est une question qui n'a pas de lien direct avec le sujet, qui n'est pas dans le guide d'entretien et donc peut-être pas à inclure.

Nous avons maintenant un énorme retard sur les retranscriptions et l'analyse et je me dis que ça aurait été important que nous nous concentrons dessus pour réaliser les nouveaux entretiens en ayant mieux « digéré » les premiers. Malheureusement les deux prochains sont prévus dans les jours qui viennent et il semble irréaliste de pouvoir faire cela avant.

XII. Entretien n° 12 : Marie

Un entretien téléphonique une fois encore, je suis assez fatiguée en le commençant car en repos de garde, mais la médecin que j'interroge semble vraiment ravie de partager son expérience et son ressenti. Nous avons toutes les deux pris des dispositions pour que l'entretien se passe bien : environnement calme sans distraction, temps prévu suffisant. C'est agréable d'écouter son histoire et ses questionnements, d'autant plus que cela amène de nouveaux éléments par rapport aux autres entretiens que j'ai menés: une médecin déjà sensibilisée aux problématiques des minorités sexuelles et des personnes trans avant de rencontrer son premier patient et le suivi et l'accompagnement de toute la famille avec une consultation de médiation familiale.

Peut-être parce que je suis en repos de garde, ou peut-être parce que je m'améliore en entretien, je coupe beaucoup moins la parole, mes questions restent majoritairement ouvertes et finalement je fais surtout de l'écoute active entre mes questions. Il est d'ailleurs possible que j'ai oublié certaines questions... On verra à la retranscription. J'aurais voulu que mes autres entretiens ressemblent plus à celui-là !

XIII. Entretien n° 13 : Marie

Encore un entretien qui se passe très bien, avec une médecin dynamique et à l'aise au téléphone. J'ai l'impression que ça se passe de mieux en mieux. On a pu aborder les 5 points du guide d'entretien de manière fluide, c'était très agréable. Ce qui ressort de cet entretien, c'est que la médecin s'est sentie très seule, n'arrivant pas à faire lien avec l'équipe hospitalière. Le parcours de son patient trans ressemble à celui imposé par la sofect (attendre un an de consultations psy avant d'avoir le droit de prendre des hormones, puis faire les chirurgies etc). C'est étonnant, la médecin a mégenré son patient tout le début de l'entretien puis est passée spontanément au « il » sur la fin, quand elle m'a raconté les consultations en fin de parcours, comme si le genre était alors quelque chose de fluide. Peut-être ne peut-elle identifier son patient comme « homme » qu'à partir du moment où le passing a été atteint.

En tout cas, je me sens clairement plus efficace et plus détachée de mes émotions maintenant qu'au début. C'est presque dommage qu'il n'y ait plus d'entretien de prévu mais on a interrogé tous les participants qui ont répondu à nos annonces ; il faudrait recommencer un recrutement pour refaire des entretiens mais on n'a pas encore commencé l'analyse. Il est temps de le faire en espérant arriver à saturation des données.

Annexe 5 : exemple de codage sur Word et Excel

Entretien n°10 : le 22/09/21

Par Leïla dans une salle de réunion servant aussi de salle de pause d'une maison de santé.

- Donc du coup euh si... la première question qu'on voulait poser (qu'on pose à tous les médecins) c'était, savoir est-ce que tu peux nous raconter ton expérience professionnelle auprès des personnes euh transidentitaires ou une expérience professionnelle qui t'aurait marqué ?

P10 : Euh bah j'peux parler de la dernière expérience qui m'a mis plus en difficulté, mais plus pour des problèmes administratifs. Jusqu'ici euh j'différencie pas trop d'une expérience avec d'autres patients en fait. J'trouve que chaque patient a ses problématiques et pour moi c'est un peu... 'fin jusqu'ici je faisais pas trop la différence.

- Hum, hum.

P10 : Euh, c'est plus après en terme, ça a toujours été... fin comme on est pas du tout formé à ça et au traitement et etc.. C'est plus ça qui est compliqué : de savoir euh ce qu'on a le droit de prescrire, pas prescrire. Mais en soit, sinon l'entretien est pas plus compliqué que ça. Après là, la dernière, elle me met en difficulté parce que c'est plus pour des problèmes administratifs. C'est que normalement ces personnes là, que je suis, le premier.. la première fois elles me demandent souvent une ALD en fait.

- Ouais.

P10 : Pour qu'après elles puissent avoir les soins. Et du coup ça se fait très bien, normalement y'a pas de problème. Et là, je sais pas pourquoi, alors peut être qu'on a changé de médecin à la sécu ou autre mais... là je suis en difficulté. La dernière pour qui j'ai demandé, on m'a demandé « Est-ce qu'elle a bien un suivi psychiatrique, un suivi endocrinologique et quelqu'un qui puisse confirmer et affirmer et attester que les soins sont nécessaire dans son contexte. ». Ce que j'ai jamais eu avant.

leïla p	Difficultés administratives
leïla p	Patient « comme un autre »
leïla p	Manque de formation
leïla p	Incertitude sur les aspects
leïla p	Demande d'ALD en première
leïla p	Difficulté dans l'obtention de

	A	B	C	D	E
1	numéro	verbatim	étiquette	sous étiquette	grande étiquette
2	P3E1	Mon expérience, en fait j'ai commencé à suivre des personnes... Enfin, c'est un peu pour faire l'historique : j	Prise en charge des personnes trans parce qu	Augmentation de la patientèle trans par effet boule de neige	expérience
3	P3E2	: j'ai commencé à suivre des personnes parce que [Nom d'une collègue médecin] suivait des pers	Par « bouche-à-oreille » entre patient : supposé	Augmentation de la patientèle trans par effet boule de neige	expérience
4	P3E3	Enfin, je pense que c'est pour les populations un peu spécifiques, quand ya un médecin qui est idem	Médecin étiqueté « spécialiste » dans la prise	Augmentation de la patientèle trans par effet boule de neige	expérience
5	P3E4	. Euh voilà. Après au début j'étais pas très à l'aise, parce que... Bah je pense que je le suis pas en	manque de formation	difficultés ressenties	ressenti
6	P3E5	En fait, à vrai dire j'ai pas fait de formation authentifiée comme telle.	absence de formation officielle	méconnaissance des transidentités	expérience
7	P3E6	Ya [nom d'une collègue médecin] qui m'a formé un petit peu	Apprentissage via les pairs	apprentissage - recherche d'information	expérience
8	P3E7	Fin voilà. Mais c'était vraiment « découverte » et du coup ça m'intéress... 'Fin j'ai pas appris grat	Type de formation désirée : sur la prescription et la surveill	Formation	Besoin des médecins g
9	P3E8	. bah si, j'ai fait quand même une formation avec l'AFS, mais c'était vraiment très superfic... 'Fin,	Déçu par une formation trop « superficielle »	Formation	Besoin des médecins g
10	P3E9	j'ai fait quand même une formation avec l'AFS, mais c'était vraiment très superfic... 'Fin,	apprentissage par formation	apprentissage - recherche d'information	expérience
11	P3E10	[...], bah si, j'ai fait quand même une formation avec l'AFS [...] C'était l'accueil et le... Être bien	A déjà eu une formation sur l'accueil des personnes trans	connaissance des médecins généralistes	expérience
12	P3E11	Et après, du coup, je me suis inscrit là, dans le groupe de discussion, et du coup ya des échanges, et	Apprentissage par les réseaux de soins	apprentissage - recherche d'information	expérience
13	P3E12	Ya aussi le wikitrans que je trouve pas mal, je sais pas si tu connais ?	Apprentissage par lecture personnel : sites spé	apprentissage - recherche d'information	expérience
14	P3E13	. Et puis après, bah, je me forme pas mal avec les patients et patientes eux-mêmes et elles-mêmes	Apprentissage via les patients	apprentissage - recherche d'information	expérience
15	P3E14	les patients et patientes eux-mêmes et elles-mêmes qui souvent, en fait, viennent, [...], des fois ont	Automédication	Le parcours médical des patients trans	expérience
16	P3E15	Et puis après, bah, je me forme pas mal avec les patients et patientes eux-mêmes et elles-mêmes qu	Patients « experts »	patients dans leur parcours de vie	expérience
17	P3E16	les patients et patientes eux-mêmes et elles-mêmes qui souvent, en fait, viennent, savent déjà un pe	Difficulté à trouver un médecin prescripteur d'	Le parcours médical des patients trans	expérience
18	P3E17	Après je trouve que c'est... Moi je le fais un peu d'une manière militante quoi, je trouve que c'est	exerce la médecine de façon militante : milite	pratiquer selon ses désirs	ressenti
19	P3E18	Je vais prescrire assez largement hors reco, puisque en fait, j'ai théoriquement pas l'habilitation po	Initie l'hormonothérapie	la prise en charge par le généraliste	expérience
20	P3E19	Je vais prescrire assez largement hors reco, puisque en fait, j'ai théoriquement pas l'habilitation po	Traitement possible par spécialiste ou générali	représentation du rôle du médecin généraliste	ressenti
21	P3E20	Parce que voilà, bah je trouve que la plus value de passer par un endocrinologue n'est pas Déjà	Difficulté d'accès aux spécialistes	représentation du parcours d'une personne trans	ressenti
22	P3E21	Parce que voilà, bah je trouve que la plus value de passer par un endocrinologue n'est pas Déjà	Traitement possible par spécialiste ou génér	représentation du rôle du médecin généraliste	ressenti
23	P3E22	Et puis souvent c'est des gens qui sont assez déterminés et, bah voilà, quand les gens ils viennent v	Patients ayant déjà fait son cheminement avar	représentation du parcours d'une personne trans	ressenti
24	P3E23	Et puis souvent c'est des gens qui sont assez déterminés et, bah voilà, quand les gens ils viennent v	Les personnes trans sont maîtres de lei	Représentation du rôle du médecin généraliste	ressenti

Annexe 6 : Arbre de codage

Table des matières de l'arbre de codage

I. Expérience

1. Méconnaissance des transidentités
2. Connaissance des médecins généralistes
3. Patient dans leur parcours de vie
4. Le parcours médical des personnes trans
5. Motifs de consultation
6. La prise en charge par le médecin généraliste
7. Communication avec le patient et ses proches
8. Augmentation de la patientèle trans et médecin généraliste « spécialiste » des transidentités
9. Communication avec les autres professionnels
10. Apprentissage – recherche d'information

II. Ressenti

1. Relation aux patients
2. Difficultés ressenties
3. Pratiquer selon ses désirs
4. Représentation des transidentités
5. Représentation du parcours des personnes trans

6. Représentation de la société et du monde médical
7. Représentation du rôle du médecin généraliste

III. Besoin des médecins généralistes

1. Formation
2. Réseau de référents compétents
3. Support écrit
4. Echange avec le spécialiste

Arbre de codage

I. Expérience

1. Méconnaissance des transidentités

Expérience rare (P1E1, P5E32, P5E40, P12E1, P13E1)

Expérience inédite (P6E24, P5E28, P9E5, P13E38, P11E67)

Absence d'expérience personnelle à la transidentité (P1E40, P7E11, P9E6)

Manque d'information (P1E56, P5E30, P5E52, P5E57, P9E10, P11E7, P11E38)

Absence de formation (P1E53, P5E60, P5E62, P6E72, P2E6, P9E11, P10E50, P8E6, P8E18, P13E37, P13E58) officielle (P3E5)

Méconnaissance du parcours de soin d'une personne trans (P11E69)

Ne connaît pas le protocole ALD (P2E29, P9E40, P13E88, P11E11)

Ne connaît pas les modalités des traitements hormonaux (P2E94, P12E31, P13E36, P11E103, P11E107)

Incertitude sur les aspects médico-légaux (P5E49, P6E56, P2E60, P7E13, P9E65, P10E4, P10E40, P10E49, P10E90, P8E66, P13E39)

Pense que le suivi psychiatrique est nécessaire (P5E46, P9E44)

Termes inadaptés et mégenrage (P1E66, P2E81, P2E92, P4E14, P8E41, P13E47, P13E104, P13E105, P13E106, P13E107, P13E108, P13E109)

Confusion entre sexualité et transidentité (P4E4, P11E98)

N'a pas de réseau (P11E63)

Ne cherche pas à se former sur la transidentité (P13E59)

2. Connaissance des médecins généralistes

A déjà eu une formation sur l'accueil des personnes trans (P3E10)

Le médecin connaît les associations LGBT (P4E46, P9E83, P3E91)

Le médecin est déjà sensibilisé au sujet de la transidentité par ses lectures personnelles (P12E19)

Connaissance via les médias (P13E81)

Connaît la notion de non-binarité (P11E90)

Connaît les règles de communication avec les personnes trans (P9E21) : éviter les formulations blessantes (P12E30) / demander les pronoms et le prénom choisi (P12E58)

Le médecin généraliste connaît la fréquence de la transidentité et s'interroge donc sur sa propre patientèle (P12E27)

Médecin expérimenté dans la prise en charge des personnes trans (P2E1, P2E10, P7E30, P9E35)

Le médecin sait où trouver les informations nécessaires à la prise en charge des personnes trans (P12E32, P10E28, P3E35)

Le médecin connaît des spécialistes prenant en charge les personnes trans (P2E78, P4E7, P4E30, P7E40)

Le suivi psychiatrique n'est pas obligatoire (P7E68, P10E8, P10E91)

L'hormonothérapie n'a pas l'AMM pour transition (P7E70)

Les traitements hormonaux comportent des risques (P10E36)

Existence de l'ALD (P7E71, P8E16)

Le médecin sait que le dépistage par frottis doit être proposé aux hommes trans (P10E111)

Se questionne sur le dépistage des cancers dans le cas des personnes trans (P11E102, P11E104)

3. Patient dans leur parcours de vie

Homme trans (P1E7, P7E57, P12E7, P9E33, P13E2)

Femme trans (P7E49, P9E3)

Personne originaire d'un autre pays que la France (P9E4)

Patient utilisant les codes vestimentaires et sociaux du genre désiré (P4E13, P4E20)

Adolescent (P6E23, P12E15, P12E33)

Jeune adulte (P2E26, P2E103, P4E26, P5E2, P6E7, P7E21, P13E3)

Questionnement récent (P2E70, P11E26)

Patient déjà suivi par le médecin traitant avant le désir de transition (P5E13, P12E8, P11E40)

Patient se questionnant sur son identité de genre (P6E27, P9E37, P10E65, P13E5)

Patient souhaitant uniquement ne pas être genré (P10E66, P8E48)

Patient souhaitant uniquement être androgyne (P11E23)

Patient en cours de transition (P1E3, P5E1, P6E2, P7E21, P7E34)

Pas de changement de prénom (P4E16)

Changement de prénom déjà effectué (P1E31, P13E49) à l'état civil (P7E110, P13E79)

Patient ayant obtenu un changement de numéro de sécurité sociale (P11E17)

Parcours de transition terminé (P6E8, P7E33)

Passing « réussi » (P2E109)

Transition débutée dans un contexte de souffrance psychique et finalement avortée (P2E73)

Patient sous hormonothérapie (P1E6, P2E122, P10E11, P8E46, P13E50)

Patient ayant recouru à la chirurgie (P1E8, P6E81, P13E12, P13E14) ou n'ayant pas recouru à la chirurgie (P1E45, P10E19)

Singularité des parcours (P6E6, P2E27, P2E90, P8E47, P11E27, P11E79)

Transition bénéfique pour le patient (P6E28, P8E12, P13E74, P13E77, P11E25)

Patient isolé (P8E38, P11E47)

Patient en difficulté psycho-sociale/précaire (P5E9, P6E9, P2E63, P2E106, P2E25, P2E104, P4E19, P12E9, P9E75, P10E74, P10E85, P8E39, P13E8, P13E15, P11E20) / idées suicidaires (P12E36, P8E43, P11E19)

Patient subissant des discriminations / agressions dans un contexte d'absence de passing (P2E108, P9E60)

Transition difficile à accepter par les proches (P7E22, P12E4, P12E11, P11E77)

Coming-out difficile (P12E41)

Patient découragé par les professionnels de santé (P4E18) considérant toujours sa transidentité comme un problème (P4E21)

Difficulté dans la vie sexuelle (P11E21)

Patient cumulant des difficultés (P6E15, P6E83, P9E61)

Patient avec déficience intellectuelle (P4E17)

Contexte de prostitution (P2E2, P2E107)

Contexte de co-infection virale (VIH) (P2E22)

Trouble psychiatrique associé (P13E7)

Patient sans difficulté psycho-sociale (P6E16, P2E31, P2E102)

Patients « experts » (P2E28, P2E115, P10E27, P8E68, P11E8)

Patients « militants » (P2E46, P3E53)

Patients soutenus par des pairs (P2E113, P3E88), par ses proches (P12E44, P12E45, P12E79, P11E2, P11E76)

Patient trans avec projet d'enfant (P11E13)

4. Le parcours médical des personnes trans

Temps long entre la prise de conscience du trouble de l'identité et la première consultation médicale (P12E5, P11E4)

Nomadisme médical (P1E2, P1E5, P1E9, P1E12, P5E25, P5E34, P2E51) Devant la demande de certificat par le psychiatre (P2E61)

Prise en charge pluriprofessionnelle (P5E43, P13E32)

Prise en charge hospitalière spécialisée pluriprofessionnelle (P1E10, P13E28)

Suivi de la transition assuré par les spécialistes (P8E34)

Prise en charge chirurgicale non pluriprofessionnelle (P1E19)

Patient suivi uniquement par son médecin généraliste (P10E18)

Suivi psychiatrique (P13E4, P13E11)

Transidentité découverte via une consultation avec un psychiatre (P11E22)

Prise en charge à distance (P5E19)

Personne trans en demande de transition répétée sans possibilité de prise en charge (P4E12)

Personne trans en demande de non jugement (P8E3)

Personne trans se tournant vers un médecin qui ne le connaît pas : pour une première demande concernant sa transition (P7E1 , P7E5) ; pour se sentir plus à l'aise ? (P7E19) ; car le passing prévaut sur l'histoire (P7E23)

Consultation avec le médecin généraliste qui soulage le patient (P12E13, P8E61)

Difficulté à trouver un médecin prescripteur d'hormonothérapie (P3E16)

Personnes trans désireuses d'un suivi médical de leur hormonothérapie (P3E31)

Automédication par hormonothérapie injectable (P10E12, P3E14)

- Achat d'hormonothérapie sur internet (P10E88, P8E37)
- Par partage entre personnes trans (P3E30)

Difficultés :

- Appréhension des personnes trans face au regard médical (P8E60)

- Prise en charge éloignée du lieu de vie (P10E99, P13E63), à l'étranger (P6E12, P10E9)

- Lieu de consultation éloigné du lieu de vie (P5E10, P11E9)

- Multiples intervenants (P1E18)

- Histoire complexe (P1E28, P1E27, P6E82)

- Délai des prises en charge chirurgicales long (P3E64) Chirurgie à l'étranger car délais trop longs en France (P6E80)

- Difficulté financière empêchant un suivi psychothérapeutique (P2E112)
- Personne trans en difficulté à créer une relation de confiance avec un psychiatre (P6E10)
- Personne trans découragée par les professionnels de santé (P4E18)
- Retours négatifs des personnes trans sur des spécialistes jugés « non trans-friendly » (P2E65, P9E53, P10E47, P3E36)
- Inexistence de certains traitements de transition en France (œstrogènes injectables) (P10E12)
- Difficulté financière empêchant certains soins (P10E10)
- Personne trans n'ayant pas de médecin traitant (P8E33)
- Personne trans déçue par la lenteur des changements physiques de la transition (P13E22)
- Personne trans déçue par les modifications physiques induites par l'hormonothérapie (P11E24)

- Ne supporte pas son corps (P12E42)

- Ne supporte pas ses menstruations (P13E5, P13E48)

Questionnement autour de l'identité de genre (P12E39, P13E54)

Demande de « changement de sexe » (P4E2, P11E3)

Question de l'identité de genre rapporté par la famille (P6E22, P12E3)

Inquiétude de la famille (P5E14, P13E42, P11E93)

Demande de médiation familiale (P12E12)

Demande de courrier pour consulter un spécialiste de la transition (P10E87, P10E97) lors de la première consultation (P7E2, P7E6)

Demande d'hormonothérapie (P10E69, P3E34)

Injection d'hormonothérapie (P8E9, P11E36)

Suivi postopératoire (P6E13, P11E78)

Complications post-chirurgicale (P1E17, P1E24, P8E42)

Effet indésirable des traitements de transition (P13E17)

Motifs surtout administratifs (P11E29)

Demande d'ALD (P2E4, P2E15, P2E57, P3E39, P13E89, P11E10) en première consultation (P2E32, P10E6, P8E32)

Demande de dossier MDPH (P3E41)

Problème administratif lié au changement de prénom (P7E56)

Plus de demande de transition FtM que MtF (P7E42)

5. Motifs de consultation

Consultation ne concernant pas la transition (P7E24, P7E86, P7E88, P13E20) : première consultation (P1E30)

Souffrance psychologique (P13E55)

Demande de prise en charge psychologique (P10E13)

Préoccupations corporelles (P13E16, P13E21)

Pesée et contrôle de la masse musculaire (P13E19)

Suivi et attestation/confirmation du changement corporel (P13E46)

Difficulté/souffrance liée à des caractères sexuels primaires ou secondaires (P10E39)

- Ne supporte pas voix (P5E7)

6. La prise en charge par le médecin généraliste

Dépistage ciblé du trouble de l'identité de genre (P6E19)

Dépistage concluant, approprié, soulevant un réel questionnement du patient (P6E20)

Planification de rendez-vous plus longs pour aborder le sujet de la transidentité (P12E6, P12E60)

Respect du rythme du patient (P12E38)

Prise en charge individualisée (P3E26)

Douleur psychique entendue par le médecin (P12E40)

Prise en charge psychologique (P8E40, P13E10, P13E69)

Propose un suivi régulier (P4E10)

Suivi régulier (P6E5, P12E76, P8E10, P8E50)

Suivi du traitement par des prises de sang (P10E20)

Adapte le dosage des traitements hormonaux (P10E35, P10E72)

Prescription d'hormonothérapie en téléconsultation (P3E28)

Prise en charge globale (P2E24, P8E11)

Paramétrage du logiciel médical par avance pour éviter les mégenrages futurs (P12E52)

Suivi du risque cardiovasculaire chez les patients sous hormonothérapie (P2E95)

Proposition de dépistages adaptés (frottis pour un homme trans) (P7E87, P9E76, P10E113)

Demande d'un délai de réflexion (P4E6)

Expérience ancienne (P4E1, P9E1)

Discussion autour de la sexualité (P13E24)

Consultation avec les parents (P5E3)

Médiation familiale (P12E81)

Ecoute des parents et des proches (P12E82)

Le médecin consulté pour la demande transition est le médecin de famille (P12E2, P13E41)

Le médecin met en place une contraception qui permet l'aménorrhée (P12E37)

Le médecin renouvelle une contraception qui permet l'aménorrhée (P13E6)

Suivi postopératoire (P1E33, P6E30, P13E13)

Renouvellement d'ALD (P2E62, P7E74)

Mise en place de l'ALD (P1E62, P7E75, P9E36, P3E40, P8E15)

Rédaction du certificat médical MDPH (P13E9)

Rédaction des bons de transports pour accéder au suivi spécialisé (P13E43)

Certificat confirmant l'identité du patient (P5E20, P11E28)

Renouvellement d'hormonothérapie suite à une consultation spécialisée (P1E34, P2E18, P2E21, P6E36, P7E39, P9E49, P10E24, P10E93, P8E64)

Initiation de l'hormonothérapie (P3E18) (de manière exceptionnelle) (P10E89) en première consultation (P3E25)

Réalisation d'injections d'hormonothérapie (P8E8, P8E35)

Recours à d'autres professionnels (P1E61, P2E19, P2E67, P5E16, P5E27, P6E35, P7E16)

Recours systématique à des spécialistes (psychiatres,

endocrinologues) (P2E58, P9E45, P8E4, P13E56)

Passage de relai au spécialiste concernant la transition (P8E14, P8E17, P13E29, P13E33)

Décision d'utiliser un réseau local de spécialistes (P1E25, P5E31, P8E28)

Difficulté :

Errance diagnostique (P5E11, P5E36)

Difficulté au niveau de la gestion des traitements (P10E23, P13E30, P13E35)

Difficulté liée à l'observance (P8E55)

Difficulté du fait d'une prise en charge à distance (P13E61)

Chirurgie à l'étranger donc pas d'interlocuteur (P6E29)

Différence entre des demandes précises de patient (par exemple ALD) et la volonté de prise en charge globale du médecin (P2E14, P2E45, P2E47, P2E52, P10E67, P8E58)

Difficulté à trouver des spécialistes ou paramédicaux formés aux transidentité (P8E26)

Difficulté d'accès aux psychiatres (P8E27, P8E52)

Difficulté à répondre aux questions du patient (P13E44)

Difficulté administrative :

Refus d'ALD par le médecin conseil (P2E59, P10E7)

Méconnaissance du cadre légal par le médecin conseil (demande un suivi psychiatrique pour l'ALD) (P10E17)

La rédaction de l'ALD et l'utilisation des termes médicaux (dysphorie de genre) (P9E43)

Ne réalise pas :

N'initie pas d'hormothérapie (P2E18, P7E35, P9E46, P8E5, P8E67)

Ne prescrit pas d'hormonothérapie (P6E34, P6E37)

Pas de lien avec le milieu associatif (P2E114, P8E76)

Ne dépiste pas la transidentité (P2E117)

7. Communication avec le patient et ses proches

Décision partagée (P1E59)

Demande de transition entendue et acceptée par le médecin (P4E27, P12E35)

Doute sur l'identité de genre d'un patient : lié à son apparence physique (P7E9, P7E107, P9E26), lié à son prénom (P7E54)a

Utilisation du prénom choisi du patient avec sa famille (P5E24)

Utilisation des bons pronoms/ne mégenrer pas (P1E67, P6E32, P6E51, P12E10, P10E34)

Facilité du médecin à ne pas mégenrer lorsque qu'il y a le passing choisi (P10E78, P11E70)

Appel des patients en salle d'attente par le prénom et le nom (P7E83, P9E27)

Médecin vigilant à ne pas mégenrer (P7E107, P12E56, P9E25, P10E75, P3E43)

Recherche du genre dans le dossier médical pour ne pas mégenrer (P7E10) (P7E55)

Demande au patient quel nom utiliser (P7E112, P12E57) sur l'ordonnance (P6E42)

Il arrive au médecin de mégenrer le patient.e (P7E52, P9E19, P3E46,P13E51, P11E18, P11E71) surtout lors des premières consultations (P2E35, P10E77)

Le médecin s'excuse des mégenrages passés (P9E23, P3E45), et mêmes futurs (P2E39)

Le mégenrage du médecin toléré par le patient (P7E60, P10E76, P3E52, P11E72)

Vécu singulier des patients face au mégenrage (P2E50)

Mise en confiance de la personne (P6E43, P12E43, P8E44, P11E41)

Sujet de la transidentité bien accueilli par les patient.e.s (P6E26, P6E41)

Sujet de la transidentité abordé plus ou moins facilement par les patients (P2E69)

Le patient exprime clairement sa demande de transition (P4E5, P4E25)

Le médecin demande au patient de le corriger si nécessaire (P6E44, P6E49, P9E80, P12E17)

Le patient corrige le médecin (P6E50, P9E22)

Patient apportant de lui-même l'information au médecin (P7E15, P7E73, P11E32)

Le patient n'évoque pas spontanément ses traitements hormonaux de transition lorsqu'on lui demande ses traitements (P7E109, P8E45)

Difficulté

Difficulté du médecin à ne pas mégenrer (P2E37),notamment lorsque qu'il n'y a pas encore de passing (P2E41, P7E48, P9E20, P3E42)

Difficulté du médecin à ne pas utiliser le prénom (P5E22)

Difficulté à trouver son positionnement face à des propos non-inclusifs (P12E47)

Difficulté à communiquer avec la famille en respectant le secret médical (P12E75)

Difficulté d'expression de la demande par le patient (P5E5, P5E12)

Mutisme lors de la consultation (P5E6)

Rupture du dialogue (P5E23)

Maladresse du médecin entraînant l'agressivité du patient (P9E58)

Patient ne supportant pas son prénom (P5E8)

Incompréhension liée à un changement de prénom sans changement de genre sur la carte vitale (P7E59)

Ne pas oser poser la question du genre du patient en cas d'incertitude (P7E58)

Difficulté de communication non spécifique au contexte de transidentité (P9E59) : la gêne du médecin entraîne la gêne du patient (P9E78)

8. Augmentation de la patientèle trans et médecin généraliste « spécialiste » des transidentités

Par adressage d'un spécialiste (P2E23,P8E30)

Par « bouche-à-oreille » entre personne trans / patient : constaté (P2E5, P2E16, P6E74, P9E9, P10E96, P8E2, P11E1), supposé (P7E31, P3E2)

Médecin étiqueté « spécialiste » dans la prise en charge des personnes trans (P9E2, P9E7, P3E3, P3E32)

Prise en charge des personnes trans parce qu'un collègue du même cabinet de groupe a des patients trans (P3E1, P8E1)

Continuité de suivi de personne trans au sein d'un cabinet de groupe (P3E1)

Site trans de référencement des médecins safe (P9E8, P11E6)

Inconvénient :

Article de référencement sur site trans ne correspondant pas à la vision du médecin (P2E13)

Sur-expertisation (P2E17)

9. Communication avec les autres professionnels

Mise en place d'un réseau avec des spécialistes de confiance (P2E66, P7E72, P7E89)

Retour formateur du spécialiste (P5E17, P13E67)

Retour aidant des réseaux de soins (P10E52)

Mégenrage du médecin généraliste qui se corrige spontanément (P2E110)

Utilisation des deux pronoms pour le même patient (P7E20)

Logiciel médical inclusif qui aide à ne pas mégenrer dans les courriers (P21E51)

Communication satisfaisante avec les spécialistes (endoc)(P8E54)

Difficulté :

Absence de communication avec les spécialistes (P4E40)

Manque de communication du spécialiste vers l'omnipraticien (P1E22, P1E23, P9E55, P13E27)

Difficulté de communication avec les autres professionnels (P13E25, P13E62)

Difficultés de communication avec les autres professionnels non spécifiques au sujet de la transidentité (P9E56, P3E33) (psychiatre P8E53)

Solitude - Manque de réseau/référent compétent (P1E26, P1E48, P2E64, P7E12, P13E26, P13E53, P13E60)

Spécialiste mégenrant le patient (P10E48) (malgré le changement d'état civil) (P6E11)

La transidentité est un sujet clivant entre médecin (P6E69, P6E70)

Désapprobation de la prise en charge du spécialiste (P1E29, P4E23, P10E92)

Mauvaise expérience avec un spécialiste (P9E54, P10E46, P3E34)

Psychiatre refusant la demande de transition d'un.e patient.e souffrant d'un déficit intellectuel (P4E11, P4E22)

Difficulté d'adresser des patients trans à des spécialistes non connus (P7E90, P12E34, P10E98)

Succès de la demande d'ALD dépendant du médecin conseil (P10E21)

Difficulté avec les pharmaciens qui questionnent les dosages hormonaux (P10E56)

10. Apprentissage – recherche d'information

Apprentissage par l'expérience (P2E36, P2E119, P5E35, P5E38, P5E41, P7E106, P10E29, P10E64, P3E49, P8E21, P11E34)

Apprentissage par les erreurs (P9E18)

Stratégie d'adaptation au risque de mégenrer : appeler avec le prénom et le nom (P6E54, P7E83, P9E27), une stratégie utile plus largement que dans le contexte seul des transidentités (P7E84)

Eviter les formulations blessantes (prénom) (P5E26)

Dépistage des troubles de l'identité de genre (P6E21, P6E25, P12E70)

Communication plus facile (P7E64)

Pense à l'incongruence de genre dans un contexte évocateur (P11E92)

Apprentissage via les patients trans (P10E31, P10E51, P3E13, P3E82, P13E80, P13E90)

Médecin demandant au patient de corriger si erreur de vocabulaire (P6E44, P6E49, P12E17)

Patient apportant de lui-même l'information au médecin (P7E15, P7E73) : patient expert (P2E3, P2E28, P2E30, P9E88, P3E15)

Utilisation du réseau de spécialiste recommandé par un patient (P11E35)

Représentation des transidentités bousculée par les patients (P11E85)

Apprentissage par les réseaux sociaux / personne trans (P12E18, P12E22, P11E12)

Apprentissage via les pairs (P5E15, P5E61, P6E73, P7E76, P7E82, P12E21, P9E12, P10E54, P3E6, P13E57, P11E43, P11E64)

Apprentissage par les réseaux de soins (P6E33, P6E76, P7E37, P9E28, P10E30, P10E45, P3E11)

Apprentissage via les spécialistes (P5E18, P7E25, P7E28)

Apprentissage par formation (P7E27, P7E113, P3E9) : de sexologie (P4E44), congrès (P4E45), par les associations (P6E75, P7E29)

Apprentissage par lectures personnelles (P2E83, P2E116, P7E29, P9E16, P10E53), site spécialisé (P3E12)

Apprentissage par les récits de vie notamment fictionnels (P7E92, P7E93, P7E97, P12E26, P9E105, P11E66, P11E95) vecteurs d'empathie (P7E94)

Auto-questionnement / réflexion personnelle (P2E84, P7E18, P9E14)

Cabinet de groupe faisant une RCP sur les transidentités (P8E85)

Informations facilement trouvées sur internet (P11E62)

Apprentissage par le réseau personnel (P9E13)

II. Ressenti

Questionne l'intérêt d'étudier le ressenti des médecins (plutôt que celui des personnes trans) (P9E98)

1. Relation aux patients

Expérience marquante (P6E17, P11E73)

Alliance thérapeutique ressentie (P4E28, P7E91, P12E77, P8E62)

Reconnaissance de l'identité de genre du patient sur l'apparence physique (P1E15, P5E37, P12E49, P11E15)

Plus facile d'utiliser le genre choisi si patient inconnu / pas vu depuis longtemps (P12E50)

Médecin à l'aise avec une personne trans de par son expérience (P7E38, P7E108, P12E63)

A l'aise dans son rôle d'accompagnement/d'écoute (P8E86)

Absence de difficulté à accueillir des personnes LGBT (P1E38, P10E5, P10E22, P8E91)

Absence de difficulté ressentie dans la relation patient-médecin (P1E36, P4E29, P12E59, P8E63)

Difficulté à aborder le sujet de la transidentité avec le patient (P2E68)

Médecin constatant que venir en consultation demande un effort au patient (P7E4, P8E59, P11E58)

Sentiment d'incompréhension soignant-soigné (P2E54)

Médecin se sentant accusé de discrimination (P2E53)

Médecin se sentant agressé (P9E57)

« Blocage » face à ce qui est ressenti comme une exigence du patient (P2E56)

Médecin surpris.e par une demande de transition chez un.e patient.e connu.e (P4E3)

Certains patients trans discutent plus les prises en charges proposées que les autres patients (P7E44)

Échange enrichissant avec le patient (P7E45, P12E61, P11E33)

Le médecin se sent utile au patient (P12E61)

Sentiment de satisfaction du médecin face à l'évolution d'un patient (P8E13, P13E78, P13E83)

Patient heureux de partager ses modifications corporelles avec son médecin traitant (P13E45)

Le médecin se sent remis en question dans sa pratique (P7E46)

Empouvoirement du patient (P7E47)

Relation d'égal à égal (P12E66, P3E83)

Le médecin reconnaît son faible niveau d'expertise (P11E31)

Patient trans aidant le médecin dans son suivi (P10E60, P11E30)

Peur de nuire au patient (P12E65, P13E70)

Différence entre des demandes précises de patient (par exemple ALD) et la volonté de prise en charge globale du médecin (P10E67)

Patient ayant des demandes spécifiques sans désir de poursuivre une relation de soin (ex ALD) (P2E49, P3E29)

Impression que les patients viennent demander leurs traitements hormonaux comme s'ils faisaient leurs courses « au supermarché » (P10E68, P8E56)

Généraliste se sentant dépossédé de son rôle de médecin (P10E71)

Déramatisation du mégenrage (P10E80, P3E50)

Relation paternaliste (P8E57)

Ressenti positif : j'inspire assez confiance pour qu'on ose m'en parler (P11E59)

2. Difficultés ressenties

Manque de formation (P2E7, P10E3, P3E4, P13E65)

Manque d'information (P1E11)	- Sentiment de connaissances insuffisantes pour le suivi postopératoire (P6E14)
Difficulté à trouver de l'information « fiable » (P2E118)	- Sentiment de compétence partielle (P9E15)
Difficulté administrative (P10E1)	- Sentiment d'illégitimité (P10E73) (ex : initiation d'hormono en remplacement) (P9E51)
Complexité (P1E4, P1E35) de la prise en charge liée au contexte global et pas uniquement à la transidentité (P9E62)	Sentiment d'échec (P5E33)
Inconfort de devoir gérer une situation inconnue (P6E31, P7E3, P7E8, P7E14, P12E62, P9E41, P8E29, P8E51, P11E37)	Sentiment de culpabilité (P2E43, P7E61, P7E63)
Temporalité du médecin bouleversée (P11E14)	Appréhension qu'un souhait de chirurgie puisse changer avec le temps (P8E49, P8E90)
Difficulté de compréhension de la demande (P5E4, P5E21)	Sentiment d'impuissance face à la souffrance du patient (P6E40, P13E18, P13E23)
Difficulté liée au vocabulaire spécifique (P6E1)	Sentiment d'impuissance face à la demande de transition refusée au patient par le spécialiste (P4E15)
Variabilité du vocabulaire spécifique en fonction des personnes (P6E45)	Frustration de ne pas pouvoir s'impliquer dans la prise en charge des patients trans par manque de connaissance (P8E24, P13E68)
Mégenrer : une expérience désagréable (P6E52, P2E40, P7E53, P7E65, P3E47)	Difficulté à effectuer le suivi psychologique (P13E73)
Peur de mégenrer (P6E53, P7E51)	Difficulté à gérer le risque suicidaire (P12E64)
Ne pas mégenrer demande un effort (P2E42, P7E50, P3E44)	Médecin inquiet face à des prises de risques du patient (sexuelles) (P13E75)
Difficulté à rendre neutre un discours habituellement genré (prescription de pilule) (P12E53)	Mal à l'aise sur la gestion des complications (P8E87, P8E89)
Peur de mal faire (P9E41, P9E74, P13E34, P13E40, P13E71)	Doute sur le bénéfice d'une transition chez certains patients (P2E77)
Peur d'avoir une pratique « illégale » (P10E16)	Questionnement sur la balance bénéfice-risque des traitements de transition (P8E88, P11E80) dans un contexte de questionnement (de genre) récent (P2E71)
Sentiment d'illégalité à prescrire hors AMM (P10E38)	Difficulté pour le médecin à accompagner des personnes dont la transidentité lui paraît incertaine (P2E74)
Autocensure du médecin (P9E73)	
Sentiment de ne pas être à la hauteur / sentiment d'incompétence (P5E29, P6E38, P7E101, P9E50, P13E31, P13E72, P11E52)	

Difficulté à trouver son positionnement face à des propos non-inclusifs (P12E47)

Difficulté du médecin à introduire lui-même le sujet de la transidentité avec ses patients (P11E94)

S'est sentie exclue de la prise en charge pluridisciplinaire (P13E93)

Solitude - Manque de réseau/référent compétent (P1E26, P1E48, P9E47, P3E37, P13E64, P13E76)

Manque de confiance dans l'expertise d'un spécialiste (P1E20)

Désapprobation de la prise en charge du spécialiste (P1E29)

Doute sur l'existence d'une relation de soin de qualité avec les spécialistes (P2E111)

Inconfort en l'absence d'équipe pluri-pro (P1E42)

Difficulté d'adresser des patients trans à des spécialistes non connus (P7E90, P12E34, P9E52)

Médecin choquée par la demande du médecin de la sécu (P10E15)

Difficulté liée au contexte de consultation : samedi matin remplaçante (P7E7)

Contrainte liée au temps de consultation limité en médecine générale (P4E35)

Difficultés à décider des limites dans sa pratique médicale (P7E100)

Médecin ressentant une pression de prescription d'hormonothérapie suite à une formation (P7E102, P7E104)

Médecin généraliste mal à l'aise avec l'idée d'une grossesse chez une personne FtM (P2E87)

Médecin en difficulté face au patient expert (P7E47, P8E75)

Médecin se sentant acculé par une demande de transition (P11E5)

Médecin se sentant manipulé par un patient (P11E39)

3. Pratiquer selon ses désirs

Désir de soigner sans discriminer (P1E65, P6E3)

Désir de soulager le patient (P12E48)

Satisfaction de suivre un patient dans le temps (P11E50)

Satisfaction de pouvoir suivre et participer aux changements de ses patients (P11E51)

Satisfaction de suivre des personnes en dehors d'une pathologie (P11E61)

Souhait de prendre en charge des personnes trans sans s'engager politiquement (P7E99)

Apprécie avoir une pratique stimulante (P1E64, P7E81, P12E54, P13E82, P11E49)

Se former selon ses envies (P9E31)

Volonté de ne faire que des démarches « médicales » (P1E60)

Désir de prendre en charge tous les aspects de la transidentité (P8E82)

Ne pas souhaiter se spécialiser dans la prise en charge de personnes trans (P2E8, P2E12, P7E105, P9E48)

Refus d'être référencé comme un médecin « expert » des personnes trans (P2E11)

Ne pas souhaiter initier de traitement hormonaux (P4E39) : frein : hors AMM (P7E36)

Exercice de la médecine de façon militante (P3E54) : milite pour l'accès à l'hormonothérapie (P3E17)

Médecin se sentant plus à l'aise avec la transition médicale FtM que MtF (P7E41, P7E43)

Avoir des spécialistes référents : rassurant et utile (P7E69)

4. Représentation des transidentités

Neutralité face au phénomène de la transidentité (P1E39)

Parfois la transidentité est ressentie dès la petite enfance (P3E57, P11E96)

Questionnement de genre survenant souvent dans l'adolescence (P3E56)

Patient « comme un autre » (P1E63, P2E9, P2E20, P10E2, P10E79, P3E73, P3E86, P8E92)

Patient « pas comme un autre » (P1E64)

Motifs de consultation des personnes trans jugés adaptés (P3E55)

Les personnes trans auraient un « mal-être » (P10E62, P8E71)

Une population plutôt urbaine (P7E80, P12E29, P11E45)

La population trans : une population militante (P9E42, P3E81)

La population trans : une population jeune ? (P5E64, P7E32, P9E38, P11E44)

Plus de femme trans que d'homme trans ? (P9E34)

Plus de personnes trans d'origine étrangère ? (P11E86)

Population trans: une population nombreuse? (P10E61)

Une population discriminée (P9E94, P3E67, P11E87) : Parcours professionnels impacté par la transidentité (P3E70)

La transidentité est un facteur de fragilité (P2E97, P7E78, P10E86)

La précarité et la transidentité ne sont pas toujours liées (P2E105)

La transidentité n'est pas une pathologie (P5E39, P10E70, P11E60)

La transidentité n'a pas de rapport avec la sexualité (P2E79)

La transidentité ne définit pas à elle seule le patient.e (P2E48)

Les personnes trans se diagnostiquent elles-mêmes (P1E49)

Engager un parcours de transition: une décision sérieuse mûrement réfléchie (P11E75)

La transidentité serait de plus en plus fréquente (P2E120, P4E41)

La transidentité : une mouvance ? (P2E72, P2E121)

Personnes trans ayant souvent un réseau et n'étant pas isolées (P8E69)

Vie communautaire essentielle pour les personnes trans (P3E65, P3E90)

Associations / patients experts (P9E82, P9E89, P3E80)

Associations/patients « revendicateurs » ou « hypersensibles » (P9E104)

Méfiance des associations vis-à-vis du corps médical (P8E74)

Situation sûrement rare dans la vie des médecins généralistes (P5E65, P11E42)

Parallèle entre transidentité et homosexualité (P12E80)

5. Représentation du parcours des personnes trans

Parcours stéréotypé (P13E85, P11E84)

Parcours de soin débutant par la recherche d'un médecin traitant pour avoir l'ALD (P10E83)

Singularité des parcours (P6E55, P7E66, P9E63, P3E27, P3E63)

- Pas toujours de chirurgie (P1E45, P9E66, P10E9, P3E62)
- Pas toujours d'hormonothérapie (P9E67)
- ALD pas toujours nécessaire (P9E68)

Phase de réflexion et de prise de décision concernant le genre ressenti longue (P3E60)

Coming out (P3E58)

Décision d'un traitement (P3E59)

Première consultation médicale (P3E61)

Patient ayant déjà fait son cheminement avant de venir en consultation (P3E22)

Patient arrivant en consultation déjà bien informé par les associations (P10E82)

Suivi pluriprofessionnel (P1E41, P5E68, P11E53)

Suivi hospitalier (P1E43)

Remboursement des soins (P5E54)

Suivi psychiatrique non obligatoire (P7E68)

Suivi psychiatrique nécessaire (P5E46, P12E69, P13E84)

Suivi psychiatrique pas toujours désiré (P10E84)

Parcours de soin difficile (P2E98, P10E101, P13E87)

Parcours de soin long (P1E44, P4E8, P13E86)

Parcours de soin onéreux (P4E9) [année 2000]

Prise en charge à l'étranger (P5E53)

Prise en charge des transitions moins chère à l'étranger (P5E56)

Difficulté d'accès au suivi spécialisé (P1E13, P7E17, P10E95, P3E20)

Difficulté d'accès au médecin généraliste (P7E17)

Nomadisme médical (P5E59, P9E39)

Démarches administratives difficiles de changement de nom et d'identité (P11E68)

Chirurgie lourde (P11E81)

ALD pouvant entraîner une discrimination (P9E71)

Prise en charge plus difficile chez les mineurs (P12E15, P12E68)

Parcours de vie difficile (P3E66)

Parcours marqué par des violences (P10E14, P3E68)

Personnes trans rejetées par leur famille (P3E69)

Sujet de la transidentité difficile à aborder par les personnes trans (P5E55, P5E58)

Médicalisation de la transidentité rejetée par certaines personnes trans (P9E64)

Transition bénéfique pour les personnes trans (P10E44)

Association/groupe de pairs bénéfique pour les personnes trans (P8E72)

Communauté trans échangeant les adresses de spécialistes entre eux (P3E38)

Association/groupe de pairs pouvant nuire aux personnes trans (P8E70)

Certaines personnes trans ne souhaitent pas faire partie de réseau (P3E89)

Représentation des traitements :

Les traitements hormonaux comportent des risques (P2E76, P2E95, P7E103, P10E36, P11E101)

Questionnement sur les risques induits par les traitements hormonaux (P2E93, P10E109)

Les traitements hormonaux s'adaptent en fonction de l'efficacité ressentie (P10E32, P10E41)

Pas de critère « objectif » d'efficacité des traitements de transition (P10E33)

Balance bénéfico-risque des traitements hormonaux de transition acceptable (P10E43) si elle convient au patient (P10E37)

Partage d'hormonothérapie entre personnes trans (P8E73)

6. Représentation de la société et du monde médical

Parallèle entre la situation des personnes trans aujourd'hui et celle des personnes homosexuelles ou séropositives au VIH dans les années 80 (P6E68)

avec notion de patients experts (P3E79)

et stigmatisation via l'ALD pour transidentité (P9E72)

Meilleure visibilité et acceptation des personnes trans dans la société (P4E43, P6E18, P12E78, P11E48, P11E89)

Société actuelle très genrée et normative (P9E107)

Langue française binaire induisant donc le mégenrage (P3E48)

Difficulté à sortir des normes de genre binaires (P12E46, P12E55, P9E108)

Le genre peut être mouvant/fluide (P9E109)

La transidentité n'est pas encore acceptée par tous (P6E71, P9E93)

La transidentité peut être un handicap dans notre société actuelle (P3E71)

Le désir de transition chez les ados : une phase transitoire ? (P12E14)

La transidentité est un sujet clivant (P9E101, P6E70, P9E106)

Impression que la prise en charge des personnes trans implique un militantisme (P7E98)

Représentations des médecins :

La plupart des médecins sont hétéronormés (P2E80, P12E72)

Tout médecin a des préjugés (P2E91, P3E74, P11E46, P11E88)

Le médecin a été formé à tout classer (P9E103)

Certains médecins doivent être effrayés de prendre en charge des personnes trans :

Par manque de formation (P10E116)

Par méconnaissance des aspect médico-légaux (P10E117)

Par difficulté d'accès au suivi psychiatrique (qu'ils pensent obligatoire) (P10E118)

Car ils considèrent que les traitements relèvent des spécialistes (P3E78)

Etonnement face aux craintes liées à l'hormonothérapie car habitude de prescrire des hormones en médecine générale (pilule) (P3E76)

Être intéressé par notre pratique est important pour faire de bonnes prises en charge (P9E32)

Déçue de constater que la prise en charge des personnes trans relève d'une certaines « spécialisation » de certains médecins généralistes (P10E115)

Tous les médecins devraient pouvoir suivre n'importe quel patient sans critère sélectif (CF serment de Genève) (P10E115)

7. Représentation du rôle du médecin généraliste

Les personnes trans sont maîtres de leur parcours de transition (P7E67, P9E86, P3E23) :

Absence de rôle diagnostic / diagnostic par les personnes trans elles-mêmes (P1E50)

Les personnes trans choisissent leur parcours de soin en fonction de leurs besoins (P8E65)

Ce n'est pas le rôle des médecins de décider si leurs patients sont prêts à transitionner (P2E75)

C'est aux personnes trans d'évaluer la balance bénéfice-risque de ses traitements après information (P10E107)

Ce n'est pas le rôle des médecins de décider quelles chirurgies doivent faire les personnes trans (P2E89)

C'est aux personnes trans de décider si elles souhaitent l'ALD (P9E70)

Neutralité ou « ne se prononce pas » (P1E46)

Pas de spécificité dans la prise en charge en médecine générale (P1E58, P2E96, P9E97)

Le rôle du médecin n'est pas d'accepter toutes les demandes des patients sans réflexion (P9E87)

Rôle central (P1E42) : Rôle central du fait de la relation de proximité et de la connaissance du patient (P13E91)

Rôle de seconde ligne (P1E55)

Premier recours (P4E32, P6E57)

Répondre à la demande du patient (P10E104)

Préciser la demande (P436)

Référent au long cours / suivi (P2E101, P9E91)

Rôle de faciliter leur accès aux soins (P10E100, P10E105)

Lien avec la famille (P5E47)

Accueil (inconditionnel) (P2E99, P6E4, P6E58, P6E60, P6E65, P6E67, P6E89, P6E91, P7E79, P9E85, P9E95, P10E26, P10E103, P10E114, P3E72, P8E77, P11E56, P11E91) / bienveillance

Mise en confiance (P7E77)

Ne pas juger (P8E79)

Être disponible (P5E44, P5E51)

Ecouter (P4E33, P4E37, P3E84, P8E78)

Rôle de réassurance (P2E100, P9E84)

Adresser aux spécialistes (P4E31, P9E92)

Orienter (P4E38, P8E36, P8E80, P11E55)

Orienter vers des associations (P9E81, P3E87)

Rôle de Coordination (P5E45, P5E50, P6E66, P8E11, P8E81)

Rôle ressource (avis consultatif dans l'évaluation psychiatrique) (P13E92)

Le médecin doit informer ses patients trans de l'existence de l'ALD (P9E69)

Rôle d'accompagnement (P1E47, P12E24, P9E90)

Rôle de soutien psychologique (P1E52, P2E55, P12E25)

Suivre et attester/confirmer du changement corporel (P13E46)

Pas de dépistage systématique par peur d'induire l'idée de la transidentité à mauvais escient (P4E42, P11E97)

Absence de rôle dans l'initiation d'une hormonothérapie (P1E51, P5E48)

Le médecin doit informer le patient des risques liés aux traitements de transition : hormonothérapie (P10E108), chirurgie (P11E83)

Envisage la possibilité de renouveler une hormonothérapie bien équilibrée (P11E106)

Prescrire de l'hormonothérapie demande de l'expertise et de l'expérience (P6E62)

Traitement possible par spécialiste ou généraliste compétent (P6E59, P3E19, P3E21, P3E77, P8E83)

Le médecin généraliste ne peut pas tout savoir-faire (P6E61, P6E88, P6E90)

Le médecin généraliste ne peut pas se substituer au spécialiste (P6E61, P6E63)

Il n'est pas nécessaire d'avoir toutes les connaissances pour prendre en charge des personnes trans (P2E124, P9E17)

Devoir de s'informer sur la prise en charge des personnes trans (P4E34, P12E23)

Le médecin doit sortir de la relation paternaliste et évoluer vers une relation de partenariat (P3E85)

Représentation d'une prise en charge optimale

Nécessité pour le médecin de remettre en question ses propres « normes » (Stéréotype) (P2E85, P3E75, P11E57)

Sortir d'un schéma de pensée habituellement utilisé en médecine : éviter les questions stéréotypées (P9E102, P8E93)

Connaître la transidentité du patient : nécessaire pour la prise en charge globale (P12E28)

Importance de poser des questions (ouvertes) aux patients (P6E84, P6E86, P7E111, P7E114, P12E71, P9E77, P10E123) : concernant son genre et ses pronoms (P7E62, P10E120)

Être conscient de ses limites (P9E96)

Indiquer au patient son niveau d'expertise (P6E87)

Apprendre le vocabulaire adapté à la situation des personnes trans (P2E34)

Eviter les mégenrages (P2E33) notamment dans les courriers (P10E121)

Ne pas utiliser les titres de civilités en salle d'attente (P7E85, P9E27)

Erreur de vocabulaire acceptable si respect du patient (P6E46, P6E48, P2E38)

Savoir s'excuser (P9E79, P10E81, P10E122), rapidement après un mégenrage par exemple (P2E44, P3E51), sans chercher à se justifier (P9E24)

Importance de respecter la vie intime (sexualité, sexe) du patient (P6E85, P2E88)

Ne pas confondre sexualité et transidentité (P2E82, P2E86)

Respecter les demandes du patient concernant sa dénomination et ses pronoms (P6E47, P11E74)

Avoir un réseau (P2E123)

S'adapter à la temporalité du patient (P10E102)

Eviter l'underuse (P10E42)

Dépistage systématique chez les patients qui vont mal (P10E63)

III. Besoin des médecins généralistes

1. Formation

Une définition de la transidentité serait nécessaire dans le tronc commun (P6E78, P9E29)

Incertitude sur la nécessité d'une formation (P1E54)

Une formation approfondie pas utile pour tous (P6E77, P9E30, P9E99)

Une formation serait utile pour tous les médecins (P10E58, P13E100)

Formation continue nécessaire (P10E112)

Motivation de formation dépendant de chaque médecin (P6E64)

Désir de formation (P8E7, P13E94) lié à la pratique (P9E32, P11E65) :

Désir de formation lié aux rencontres avec des patients trans (P7E26, P12E16, P8E23, P11E82)

Envisage la possibilité de se former (P11E54)

Envisage la possibilité d'acquérir la compétence pour prescrire l'hormonothérapie hors renouvellement (P6E38, P12E67, P10E25, P8E22)

Une formation serait utile (P5E63)

Pour éviter l'errance diagnostique (P5E66)

Pour connaître la législation en vigueur (P10E55)

Pour se sentir plus à l'aise dans les prescriptions (P10E57, P8E20)

Pour permettre une initiation de l'hormonothérapie par le généraliste (P10E106, P8E21)

Sur les risques liés à l'hormonothérapie (P10E110, P11E100)

Sur le suivi des personnes post transition (P11E105)

Formation sur la communication avec les personnes trans (P7E96)

Sur la prescription et la surveillance des traitements hormonaux (P3E7)

Sur le parcours d'une personne trans (P13E97, P11E99)

Pour rassurer les généralistes (P10E119)

Pour prescrire et interpréter les bilans sanguins liés aux traitements hormonaux (P8E19)

Type de formation désirée

Formation présentielle par spécialistes et médecin généralistes (P5E70, P12E73, P8E25, P13E99)

Formation du CHU (P8E84)

Formation en ligne (P12E74)

Formation courte (P5E71, P13E96, P13E102)

Avec patients experts (P6E79, P10E59)

Formation par jeux de rôle (P7E95)

Ne pas faire une formation stéréotypée (parcours-types) car singularité des parcours (P9E100)

Pas une formation trop « superficielle » (P3E8)

N'a pas trouvé de formation officielle (DPC/université) sur les transidentité (P13E95)

2. Réseau de référents compétents (P5E67, P5E69, P13E98)

3. Support écrit

Résumé de la prise en charge (P5E72, P13E103)

Numéros utiles (P5E73,P13E101)

4. Echange avec le spécialiste

Conduite à tenir écrite (P6E39)

Communication téléphonique ou interactive rapide souhaitée (P13E66)

Titre de Thèse : Expériences et Vécu des médecins généralistes dans la prise en charge des personnes trans.

RÉSUMÉ

Introduction : Actuellement en France l'accessibilité aux soins des personnes trans reste problématique. Notre étude avait pour objectif, en recueillant les expériences et le vécu des médecins généralistes, d'identifier les freins à la prise en charge de ce public ainsi que les besoins de ces médecins.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative réalisée par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes ayant rencontré au moins une personne trans au cours de leur exercice. Les entretiens ont été enregistrés puis entièrement retranscrits et anonymisés. L'analyse a été menée par codage des verbatims puis une triangulation des données a été effectuée.

Résultats : 13 médecins généralistes ont participé aux entretiens. Même si certain.es étaient sensibilisé.es, ils·elles relevaient globalement leur manque de connaissance et leur manque de formation. Plusieurs difficultés étaient abordées notamment le vocabulaire spécifique, le manque de réseau, le manque de communication avec les spécialistes et les incertitudes médico-légales. Leur représentation de leur rôle quant à la prescription d'hormonothérapie ne faisait pas l'unanimité. Si de multiples sources d'apprentissage informelles amélioreraient leur pratique, ces médecins généralistes avaient toutefois une demande de formation et besoin d'un meilleur réseau.

Conclusion : Finalement, malgré ces difficultés, les médecins montraient des compétences relationnelles qui permettaient d'instaurer des relations de confiance. Une levée du flou juridique et institutionnel autour de la question de la prescription des traitements hormonaux leur permettrait de plus s'impliquer dans les parcours de transition. Les sources d'apprentissage citées par les participant.es nous amènent à penser que les réseaux de santé incluant des personnes trans seraient une des stratégies pertinentes d'amélioration des pratiques.

MOTS- CLÉS

Médecin généraliste, Personnes transgenre, Formation, Réseau de soin