

UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTE DE MEDECINE RANGUEIL

Année 2021

2021 TOU3 1034

THÈSE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE SPECIALITE
MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement

par

Jane INGLEBERT

Le 15 Juin 2021

**Le médecin généraliste comme premier interlocuteur
face aux questionnements sur l'identité de genre**

Directrice de thèse : Dr Florence DURRIEU

JURY

Monsieur le Professeur **Pierre MESTHE**

Président du Jury

Madame le Docteur **Anne FREYENS**

Assesseur

Madame le Docteur **Florence DURRIEU**

Assesseur

Madame le Docteur **Stéphanie TIBI**

Assesseur



FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

2ème classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Héléne (C.E)	Endocrinologie
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et Imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GARRIDO-STOWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LE CAIGNEC Gédric	Génétique
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et Traumatologique
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loïc	Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

Professeur Associé de Médecine Générale

M. BOYER Pierre

Professeur Associé de Médecine Générale

M. STILLMUNKES André

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSANG Sophie	Parasitologie
M. CAVAGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emile	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERROT Aurore	Hématologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédéricque	Biochimie
Mme SAÛNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TRÉINER Emmanuel	Immunologie
Mme TRUDEL Stéphanie	Biochimie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOLY Julie

M.C.A. Médecine Générale

Mme FREYENS Anne
M. CHICOULAA Bruno
Mme PUECH Marielle

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEPAGE Benoît	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAÛPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. RMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'adultes

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme LATROUS Leila

Remerciements

Merci au Professeur Mesthé de m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider le jury de cette thèse.

Merci au Docteur Freyens de bien avoir voulu siéger au jury de cette thèse, merci pour la confiance accordée.

Merci au Docteur Tibi d'avoir accepté de siéger au jury de cette thèse et d'avoir été pour moi un modèle professionnel et humain qui m'a permis d'entrevoir une façon d'exercer dans la bienveillance et le respect de l'autre.

Merci au Docteur Durrieu pour l'accompagnement depuis mon premier semestre et pour la richesse de nos échanges tout au long de la direction cette thèse. Ton soutien a été précieux pour l'aboutissement de ces travaux.

Merci au Docteur Couture pour son accueil et son partage de connaissances.

Merci aux participant·e·s et aux associations LGBTQIA+ de m'avoir accordé leur confiance.

Merci à mes maîtres de stage, Dr Cazard, Dr Duchein et Dr Chamberlin pour leur accueil et leur bienveillance à mon égard.

Merci au Docteur Dupenloup et à l'équipe des urgences de Laval pour m'avoir initié au bonheur du travail en équipe.

Merci à l'équipe de la Clinique des Minimes, Marion, Marie, Julie et Simon pour leur accueil et pour leur amitié. Une pensée particulière pour Marion et le partage de nos convictions.

Merci à l'unité de soins palliatifs de l'hôpital Joseph Ducuing, au Dr Chaissac, Dr Payet et Dr Bouchet pour leur accueil et leur douceur chaque jour auprès des patients.

Merci à mon conjoint, Hugo, pour ta présence à mes côtés chaque jour, pour la complicité et le soutien, mais aussi pour ton engagement dans chacun de mes combats. Pipoune, beaucoup beaucoup et toute la vie.

Merci à ma mère, pour m'avoir démontré chaque jour qu'on peut tout accomplir. Merci pour la soif d'apprendre et pour le soutien dans mes études, à chaque partiel, à chaque stage, à chaque heure. Petite j'étais émerveillée devant ton intelligence et ta douceur, ce sentiment ne s'est pas émoussé depuis.

Merci à mon frère, Anton, pour m'avoir dit un jour « pourquoi est-ce que tu ne ferais pas médecine ? », ça ne ressemble pas à une vocation mais ça a fonctionné. Merci d'avoir été présent à chaque coup dur, merci pour les 7h de train pour venir me chercher à la sortie de ma première garde. Merci pour ton intelligence qui toujours me pousse à faire mieux. Merci d'avoir tenu la promesse que tu avais faite à Daddy.

Merci à Solène, pour la relecture de cette thèse, mais aussi pour toutes les relectures de nos vies, tu apportes clarté et clémence partout où tu passes.

Merci à mon oncle, Etienne, pour le soutien dans tous mes moments difficiles, de la plomberie jusqu'à la couture d'une robe, mais surtout pour l'affection et l'attention permanente.

Merci à mes grands-parents, Flo et André, modèle d'amour et de partage, d'avoir construit pour nous une famille-refuge, d'une solidité à toute épreuve. Les diplômes ne tiennent pas de place dans la valise.

Merci à la Familia Paella, et tout particulièrement à Luce, complice de toujours, jamais loin dans mon cœur.

Merci à mon grand-père, Roro, qui détestera que ce surnom soit écrit ici, pour tes doutes et tes inquiétudes exprimant une affection partagée.

Merci à mes amis, Tolé, Champ et Chou, pour tous les vendredis soir, pour toutes les parties de Uno que j'ai gagnées. Merci d'être toujours là, dans les moments les plus beaux comme dans les autres.

Une pensée particulière pour Champ, merci d'avoir été à mes côtés tout au long de ces années de médecine, merci pour les joies et les indignations partagées. Bientôt je viendrais te voir soutenir ta thèse, j'ai hâte.

Merci à mes copines de fac, Hélène, Lucie, Estelle et Laura de m'avoir épaulé dans ces années d'étude, merci pour les fous rires, les bavardages et les regards complices.

Merci à Laurent pour le travail de relecture de cette thèse, mais aussi pour la touche d'émerveillement, de spontanéité et d'intérêt que tu apportes dans toutes nos aventures collectives.

Merci à la famille Demonchy pour votre soutien au fil des ans.

Merci à Auriane, mon duo, mon épousette, pour tous ces projets partagés, pour ton enthousiasme et ton énergie qui m'a permis de vivre pleinement ces moments auprès de nos nageuses.

A mon père,

Ton intelligence, tes convictions, ton amour.

Abréviations

ALD : Affection longue durée

CIM-11 : Classification Internationale des Maladies, 11^{ème} édition

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

DSM : Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (*Diagnostic et Statistical Manual of Mental Disorders*)

FtM : *Female to Male*, Personne transgenre de type masculin

HAS : Haute Autorité de Santé

LGBTQIA+ : personnes lesbiennes, gays, bissexuelles, transgenre, queer, intersexe, asexuelles, agendre, ainsi que toute autre orientation sexuelle ou genre variant.

MtF : *Male to Female*, Personne transgenre de type féminin

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

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

WPATH : *World Professional Association for Transgender Health*, Association professionnelle mondiale pour la santé des personnes transgenre.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS

CITATION

ABREVIATIONS

1. INTRODUCTION	1
1.1 DEFINITIONS	1
1.1.2 <i>Les classifications médicales face à la question du genre</i>	<i>3</i>
1.1.3 <i>La communauté LGBTQIA+ et le militantisme</i>	<i>5</i>
1.1.4 <i>Les origines de la variance de genre</i>	<i>5</i>
1.2 LE PARCOURS DE LA TRANSITION DE GENRE	6
1.2.1 <i>Le diagnostic</i>	<i>6</i>
1.2.2 <i>La prise en charge médicale de la transition de genre</i>	<i>8</i>
1.2.3 <i>Le vécu du suivi médical.....</i>	<i>10</i>
1.2.4 <i>Le-la médecin généraliste dans le parcours de transition de genre.....</i>	<i>11</i>
1.3 JUSTIFICATION DE L'ETUDE	11
1.3.1 <i>La prévalence de la variance de genre.....</i>	<i>11</i>
1.3.2 <i>Les comorbidités psychiatriques.....</i>	<i>12</i>
1.3.3 <i>Les bénéfices apportés par la transition de genre</i>	<i>12</i>
1.3.4 <i>Les barrières à l'affirmation du genre</i>	<i>12</i>
1.3.5 <i>L'importance de la qualité du lien patient·e - acteur·rice de santé dans la transition de genre</i>	<i>13</i>
2. MATERIELS ET METHODE	15
3. RESULTATS.....	18
3.1 L'IDENTITE	18
3.2 LA PREMIERE EXPRESSION DES QUESTIONNEMENTS SUR L'IDENTITE DE GENRE AUPRES D'UN ACTEUR·RICE DE SANTE	19
3.2.1 <i>Le-la premier·ière interlocuteur·rice de santé face à la question de l'identité de genre.....</i>	<i>19</i>
3.2.2 <i>Le stade du questionnement.....</i>	<i>20</i>
3.2.3 <i>La distance parcourue pour rencontrer le-la premier·ière interlocuteur·rice.....</i>	<i>21</i>
3.3 LES INTERACTIONS AVEC LE-LA MEDECIN GENERALISTE	24
3.3.1 <i>Une consultation dédiée</i>	<i>24</i>
3.3.2 <i>La satisfaction à l'issue de la première consultation</i>	<i>25</i>
3.3.3 <i>Les actions mises en place par le-la médecin généraliste</i>	<i>26</i>

3.3.4	<i>La relation médecin-patient-e.....</i>	30
3.3.5	<i>Les interactions entre le-la médecin généraliste et les spécialistes</i>	33
3.3.6	<i>Le réseau de soins.....</i>	33
3.4	LE SUIVI MEDICAL DE LA TRANSITION DE GENRE	34
3.4.1	<i>L'accompagnement de la transition de genre</i>	34
3.4.2	<i>Le vécu du suivi médical de la transition de genre</i>	35
3.4.3	<i>Les acteur-ric-e-s de santé trans-friendly.....</i>	36
4.	DISCUSSION.....	37
4.1	PRINCIPAUX RESULTATS	37
4.1.1	<i>Le-la médecin généraliste comme premier-ière interlocuteur-ric-e face aux questionnements sur l'identité de genre.....</i>	37
4.1.2	<i>Les médecins généralistes identifié-e-s comme trans-friendly.....</i>	37
4.1.3	<i>Les acteur-ric-e-s de santé de proximité comme premier recours.....</i>	38
4.1.4	<i>Un entretien tardif dans le cheminement identitaire</i>	38
4.1.5	<i>L'information comme une première réponse aux questionnements</i>	39
4.1.6	<i>Des actions influencées par l'identité de genre et la relation préexistante avec le-la médecin généraliste</i>	39
4.1.7	<i>Des réseaux de soins peu identifiés par les patients.....</i>	40
4.1.8	<i>Un accompagnement de la transition de genre parfois inadapté</i>	40
4.2	FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE	41
4.2.1	<i>Place de cette étude dans la littérature.....</i>	41
4.2.2	<i>Limites de la méthode.....</i>	41
4.2.3	<i>Originalité de l'étude</i>	43
5.	CONCLUSION	44
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	45
	ANNEXES	49

1. Introduction

La complexité de la question de genre nous amène à préciser les termes eux-mêmes, et à rendre compte de l'évolution sociale et scientifique de la prise en compte de ces questions.

1.1 Définitions

1.1.1 L'identité de genre

L'identité se définit comme ce qui différencie une personne d'une autre. Elle se construit progressivement au carrefour de la culture et des interactions sociales. Le sexe lui, renvoie aux caractéristiques biologiques d'une personne : chromosomiques, anatomiques et hormonales. L'identité sexuelle réfère à l'orientation sexuelle d'une personne.

Les identités transgenres ou variances de genre existent depuis l'antiquité et ont pris des places différentes selon les sociétés auxquelles elles appartenaient. Les premiers travaux sur l'identité de genre remontent à 1953 avec Harry Benjamin qui différencie le sexe, comme ce que l'on voit, et le genre, comme ce que l'on ressent. Il publie en 1966 le premier ouvrage sur le transsexualisme. John Money en 1955 définit le "rôle de genre" comme *"tout ce qu'une personne dit ou fait pour révéler son statut de garçon ou d'homme, de fille ou de femme"*¹. Ce "rôle de genre" se construit à travers l'éducation et les interactions sociales, amenant l'idée qu'il puisse y avoir le choix d'un statut de genre indépendamment du sexe². Evelyn Hooker introduit le terme de genre comme nous le connaissons actuellement³, et Stoller le reprendra pour définir la différence entre le sexe biologique, le genre (comme la conviction d'être homme ou femme) et l'attirance sexuelle⁴. En France, Jean Laplanche conceptualise le genre en s'appuyant sur les travaux de Stoller, comme un travail psychique dans lequel l'enfant a un rôle actif⁵. Colette Chiland met l'accent sur l'importance des interactions sociales dans l'émergence du genre : *"l'identité sexuée n'est pas un donné, mais une construction, une croyance. L'enfant éprouve un vécu dans son corps propre, mais ce sont ses parents ou son entourage qui lui apprennent qu'il est un garçon ou une fille et le traitent différemment selon qu'il est*

un garçon ou une fille”⁶. Ces différents travaux amènent à définir l’identité de genre comme une auto-perception⁷ confrontée à des apprentissages (explicites et implicites) au sein du tissu social. Cette perception peut être plus ou moins en accord avec l’image qui est renvoyée et avec ce que la société définit⁵. Quand il existe un écart entre le genre ressenti et le genre assigné à la naissance, on parle de transidentité ou de variance de genre, en englobant dans ces termes le large spectre des vécus identitaires non conformes dans le genre⁷. Le terme “cisgenre” a été créé bien plus tard que le terme transgenre, afin d’exprimer la concordance dans le vécu identitaire entre le genre ressenti et celui assigné à la naissance.

L’identité de genre est donc un processus intrapsychique profondément intime car il touche à l’identité même de la personne. Se rajoute à l’identité de genre, l’expression de cette identité qui peut être plus ou moins conforme à ce que la société définit. L’expression de genre regroupe l’ensemble des comportements adoptés afin de faire connaître notre genre. Elle est liée aux apprentissages culturels et sociaux sur le genre, et aux interactions familiales et sociales. La société actuelle tend à considérer le genre et ses expressions comme un continuum et non comme des catégories figées. Il s’agit d’envisager les variances de genre en dehors de toute valeur pathologique⁸. Les études récentes montrent une fluidité des identifications sans pouvoir clairement identifier s’il s’agit de genres non conventionnels (variances de genre, transidentités) ou de variance dans l’expressions de genre (chez une personne cisgenre). De ce continuum naissent les identités non binaires, refusant de se limiter aux catégories Femme/Homme historiques. Apparaissent alors de nombreux termes cherchant à exprimer ce vécu identitaire non binaire comme *mostly male*, *mostly female*, *agender*, *two-spirit*, *bigender*, *pangender*, *genderqueer*, *genderfluid* etc⁸. Le terme *queer*, traduit par étrange ou bizarre en français, est initialement apparu pour décrire des identités sexuelles alternatives, non hétérosexuelles. Les *genderqueer* vont plus loin dans la remise en question en incluant le genre comme identité non conventionnelle⁷. Le terme *queer* est rapidement devenu un emblème pour la communauté LGBTQIA+ (personnes lesbiennes, gays, bissexuelles, transgenre, queer, intersexe, asexuelles, agendre, ainsi que toute autre orientation sexuelle ou genre variant) dans les années 1990. Il représentait la libération des identités alternatives, tant dans le versant sexuel, que dans celui du genre et de son expression.

Plusieurs termes sont apparus encore plus récemment comme *gender non-conforming people*, cherchant par là à signifier une inclusivité maximale sur le spectre des identités de genre. On voit aussi émerger le terme de *questioning* pour rendre compte du cheminement intellectuel des personnes LGBTQIA+ concernant leur identité sexuelle ou leur identité de genre. L'apparition de ces nouvelles terminologies témoigne de la fluidité des représentations qui se met en place dans notre société. Cette fluidité s'applique aussi aux processus de transition de genre. Ces transitions sont maintenant envisagées comme un cheminement identitaire propre à chaque personne en questionnement sur son identité de genre. Environ 20% des personnes réalisant une transition s'orientent vers un genre non binaire. Chez les personnes non binaires, les demandes de transition sont souvent plus partielles que pour les personnes binaires. Cependant, les études montrent que lorsque ces demandes de transition sont faites, les personnes non binaires sont confrontées à plus de refus et d'obstacles que les personnes binaires⁷.

1.1.2 Les classifications médicales face à la question du genre

Les personnes en variance de genre ont exprimé une souffrance en rapport avec les termes utilisés dans les différentes classifications médicales pour décrire leur vécu de genre. L'évolution des classifications médicales nous montre l'évolution du regard des soignant·e·s sur les personnes transidentitaires⁹. Dans le DSM-I (Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux, première version) et II, les troubles de l'identité de genre n'apparaissent pas. L'homosexualité et le travestisme étaient classifiés dans les déviations sexuelles. C'est en 1980 avec le DSM-III qu'apparaît le terme de transsexualisme. Cette classification décline 4 catégories : "transsexualisme", "troubles de l'identité sexuelle chez l'enfant", "troubles de l'identité sexuelle chez l'adolescent·e et l'adulte, de type non transsexuel", pour les personnes souhaitant être reconnues comme appartenant à l'autre sexe mais sans intervention chirurgicale de réassignation de genre, et une dernière catégorie "trouble de l'identité sexuelle non spécifique" pour les patient·e·s ne remplissant pas l'ensemble des critères des autres catégories. En 1994, le DSM-IV, puis sa version revisitée le DSM-IV-TR en 2000, font disparaître le terme de transsexualisme pour créer un ensemble "troubles de l'identité sexuelle"¹⁰. On notera que l'identité de genre n'était pas distinguée de l'identité sexuelle dans les termes. Cependant,

le DSM-IV introduit des notions importantes comme la “souffrance clinique significative affectant plusieurs sphères de la vie sociale et professionnelle”, ou encore le “sentiment persistant” et le “profond désir” pour les troubles de l’identité de genre de l’enfant¹¹.

En 2013, le DSM-V¹² (Annexe A) fait apparaître le terme controversé de dysphorie de genre. Cette nouvelle mise à jour de la classification crée trois catégories : la dysphorie de genre chez l’enfant, la dysphorie de genre chez l’adolescent·e et l’adulte et la dysphorie de genre non spécifique. Elle distingue la dysphorie de genre des pathologies sexuelles et exclut l’orientation sexuelle des critères diagnostic. La volonté des soignant·e·s est de mettre en avant la souffrance induite par la différence entre le genre ressenti et le genre assigné à la naissance. La démarche est centrée sur le vécu subjectif de la personne et la souffrance ressentie face à cette situation afin de justifier l’importance de la prise en charge⁵. Le choix du terme dysphorie de genre reflète aussi une volonté de dépathologisation en excluant le terme de trouble. Malgré ce travail effectué sur les termes, le DSM-V a été mal accueilli par la communauté LGBTQIA+ qui souhaite un terme neutre comme “genre discordant”. Certaines associations prônent une dépathologisation complète de la dysphorie de genre et son retrait des classifications des maladies, sans pour autant entraîner une démedicalisation et un déremboursement des soins⁵.

Ce qu’il faut retenir du changement de termes et des critères diagnostic du DSM-V, c’est l’accent mis sur la souffrance engendrée et la persistance des symptômes. Cette évolution marque l’importance du suivi de ces patient·e·s afin de les aider dans leur cheminement et leur orientation vers un·e spécialiste au moment le plus adéquat. Le·le médecin généraliste occupe une place de choix dans cette prise en charge. Il·elle peut être le témoin du cheminement sur l’identité de genre, et de la persistance des symptômes.

En juin 2018, l’Organisation Mondiale de la Santé (OMS) publie une nouvelle version de la Classification Internationale des Maladies (CIM-11)¹³. Elle était très attendue par la communauté LGBTQIA+ en raison d’un chapitre consacré à la santé sexuelle, qui contient la définition de l’incongruence de genre. Il s’agit d’une avancée importante car elle marque la dépsychiatisation des identités de genre non conformes.

1.1.3 La communauté LGBTQIA+ et le militantisme

La communauté LGBTQIA+ tient un rôle central dans l'affirmation des identités de genre non conventionnelles, comme elle l'a fait avant pour l'homosexualité. Elle est un soutien important car elle permet aux personnes concernées de sortir de l'isolement et fournit un refuge aux personnes en questionnement. Elle est aussi le support de réseaux trans-friendly (personnes identifiées par les personnes transidentitaires comme bienveillantes au regard du genre). Elle guide ses membres lors des démarches administratives et médicales, là où la plupart des médecins en savent moins que leur patient·e. Ces communautés sont une réelle contre-expertise face au milieu médical¹⁴. Les échanges d'expérience et l'appartenance à ces groupes fournissent une base importante pour le cheminement vers l'affirmation du genre et la construction identitaire.

La communauté LGBTQIA+ milite pour une dépathologisation des variances de genre en demandant qu'un vécu non conforme de son genre ne soit pas considéré comme pathologique, tout comme une expression de genre non conforme ne l'est pas non plus. Dans le DSM-V, on comprend qu'une valeur pathologique est attribuée à ces vécus de genre non conformes dès lors qu'ils entraînent une souffrance "significative". A la suite de la publication du DSM-V, de nombreux débats ont eu lieu en France entre le monde médical, l'Etat et les associations LGBTQIA+ autour de la dépsychiatisation. Il était question de sortir la dysphorie de genre des classifications psychiatriques, sans démedicaliser ni dérembourser. Le milieu médical peine encore à voir les variances de genre sous un autre angle que celui de la psychiatrie⁷. Ce n'est qu'en 2009 que le ministère de la santé reconnaît la transidentité comme ne faisant plus partie des pathologies psychiatriques. En conséquence, en 2010 la transidentité sort de l'ALD 23 (Affection Longue Durée) pour intégrer les ALD hors liste.

1.1.4 Les origines de la variance de genre

Il existe de nombreuses recherches concernant l'origine de la dysphorie de genre mais aucune n'a permis à ce jour d'apporter une réponse unique. En neurobiologie, les études ont montré que le cerveau des hommes et des femmes diffère par certaines

caractéristiques anatomiques. Ces différences prendraient leur origine lors de l'embryogénèse, sous l'effet des hormones sexuelles. Le décalage temporel qui existe entre la différenciation des organes génitaux et la différenciation sexuelle du cerveau pourrait être une piste pour expliquer l'origine de la dysphorie de genre. En effet, un niveau d'hormones sexuelles différent lors de ces deux étapes pourrait expliquer la discordance entre le sexe biologique et l'identité de genre. Dans cette hypothèse, la dysphorie de genre serait alors un trouble du développement sexuel, limité au système nerveux¹⁷. Cependant, la permanence de l'action des hormones sexuelles sur le cerveau reste contestée⁵. Par ailleurs, des différences anatomiques cérébrales ont été démontrées chez des patients dysphoriques de genre par rapport à un groupe témoin, dans des valeurs toutefois minimales⁵.

De nombreuses autres études ont été menées chez les hommes transgenre (ou FtM, *Female to Male*), retrouvant une surreprésentation de l'hyperandrogénie et du syndrome des ovaires polykystiques⁵. Certaines études visent à démontrer qu'il existerait une origine génétique à la dysphorie de genre, avec notamment des études portant sur les jumeaux homozygotes. L'état actuel des connaissances scientifiques porte à croire qu'il existe une interaction complexe entre des facteurs biologiques et environnementaux (notamment interpersonnels), menant à la dysphorie de genre¹⁸.

1.2 Le parcours de la transition de genre

1.2.1 Le diagnostic

La variance de genre est un vécu identitaire, c'est donc un processus intrapsychique propre à chacun. Le plus souvent, elle apparaît dans l'enfance ou à l'adolescence. Elle peut engendrer des difficultés familiales, sociales et scolaires, particulièrement difficiles au moment de la puberté.

Les premières recommandations de prise en charge ont été publiées en 1979 par la *World Professional Association of Transgender Health* (WPATH) et réactualisées depuis¹⁹. Le parcours de transition de genre repose encore en France sur le diagnostic de

dysphorie de genre comme prérequis à toute démarche médicale. Historiquement prise en charge par les psychiatres, la dysphorie de genre bénéficie aujourd'hui d'un suivi pluridisciplinaire. La démarche la plus courante actuellement est de consulter un·e endocrinologue et un psychiatre afin d'éliminer les diagnostics différentiels et de poser le diagnostic de dysphorie de genre.

Les diagnostics différentiels sont de deux sortes : endocrinologiques et psychiatriques. Sur le plan endocrinologique, une évaluation est nécessaire afin de ne pas méconnaître une anomalie de la différenciation sexuelle ou un trouble hormonal. L'intersexuation est une anomalie de la différenciation sexuelle dans laquelle les organes génitaux externes ne reflètent pas, à différents degrés, le sexe chromosomique de la personne. L'association entre une intersexuation et une dysphorie de genre est possible et elle est mentionnée dans le DSM-V. Ces pathologies ont parfois été étudiées de manière conjointe avec les problématiques de dysphorie de genre en raison d'un vécu subjectif parfois convergent. La prise en charge est aussi relativement similaire⁴. Sur le plan psychiatrique, il convient d'éliminer une schizophrénie avec des hallucinations corporelles, ou d'autres symptômes psychotiques entraînant une perception corporelle erronée.

Le cheminement identitaire étant éminemment personnel, il semble qu'envisager une prise en charge personnalisée et adaptée à chaque individu est indispensable. Chez les enfants et les adolescent·e·s, le parcours diagnostic est le même, en ajoutant une évaluation du stade pubertaire et des entretiens familiaux avec le psychiatre. Il existe des questionnaires standardisés destinés aux enfants, aux adolescent·e·s et aux parents d'enfants dysphoriques de genre (DIDYQ-AA et Multi-GIQ)⁴. Quand la dysphorie de genre apparaît dans l'enfance, on observe un nombre important de désistements. Selon l'étude de Steensma *et al.*, seulement 27% des enfants suivis pour dysphorie de genre persisteront dans leur démarche de transition de genre et plusieurs autres études vont dans le même sens. Le plus souvent le désistement a lieu juste avant ou juste après le déclenchement de la puberté¹⁸. On observe une tendance inverse quand la dysphorie apparaît à l'adolescence. Dans l'étude de De Vries *et al.*, tous les adolescent·e·s

dysphoriques de genre ont poursuivi leur parcours et ont bénéficié d'une hormonothérapie¹.

1.2.2 La prise en charge médicale de la transition de genre

Pour les enfants, un parcours avec des entretiens répétés et conjoints avec les parents et les enfants, les parents séparément, puis des phases d'observation de l'enfant sont mises en place afin d'aboutir à une évaluation globale sur le plan cognitif, psychosocial et scolaire¹⁹. Il est préconisé d'éviter une transition sociale complète, afin de permettre un retour en arrière s'il venait à être demandé par l'enfant. Les équipes soignantes promeuvent le contact avec des *role models* (personnes incarnant une congruence entre leur sexe, leur genre et leur expression de genre) dans le sexe d'origine ainsi que des activités dans le sexe d'origine, sans pour autant interdire les comportements de variance de genre¹⁸. Elles préconisent de protéger au maximum l'enfant des réactions négatives de l'entourage. Ce protocole vise à suivre l'enfant dans son cheminement identitaire en le protégeant des agressions extérieures. Pour les adolescent·e·s, des entretiens sont mis en place comme pour les enfants. Il y a ensuite une évaluation endocrinologique afin d'évaluer la possibilité d'accéder à une suspension de la puberté. Cette suspension de la puberté sera débutée uniquement après 12 ans afin de permettre à l'adolescent·e d'avoir la maturité nécessaire pour partager la décision avec ses parents. Des réunions de concertation pluridisciplinaires sont faites régulièrement afin de réévaluer la situation. Le blocage pubertaire permet de donner à l'adolescent·e le temps nécessaire pour cheminer sur son identité de genre sans subir la souffrance induite par le développement pubertaire dans le sexe d'origine^{20, 21, 22}. Par ailleurs, si l'adolescent·e souhaite par la suite poursuivre sa transition, le blocage de puberté permet d'alléger le traitement hormonal et les chirurgies. Le traitement hormonal peut être mis en place dès 16 ans dans la plupart des pays, et les chirurgies à partir de 18 ans²³. En France, des protocoles analogues ont été mis en place dans les centres spécialisés, cependant, l'hormonothérapie n'est accessible qu'à partir de 18 ans.

Pour les adultes souhaitant accéder à une transition de genre, la démarche passe aussi par une évaluation endocrinologique et psychiatrique²⁴. Au-delà du diagnostic, le

psychiatre doit rechercher des comorbidités psychiatriques. Les personnes transidentitaires sont plus sujettes aux troubles anxieux et dépressifs que le reste de la population et il est primordial de prendre en charge ces affections¹⁴. Les personnes en variance de genre n'ayant pas les mêmes besoins en termes de transition, il est nécessaire de veiller à adapter la prise en charge en fonction de ces besoins²⁵. Ainsi, la chirurgie n'est pas toujours désirée et le traitement hormonal peut suffire à faire diminuer de façon significative la souffrance. Il est important de prendre le temps d'élaborer un plan de transition qui soit cohérent et réaliste. Les parcours étant souvent plus partiels chez les personnes non-binaires, ils doivent cependant être entendus de la même façon que pour les personnes transidentitaires binaires⁷. Avant tout traitement, la·le patient·e doit impérativement être informé sur les conséquences probables sur sa fertilité et sur les techniques de préservation de la fertilité. Les regrets post-transition sont rares. Les regrets post-opératoires sont évalués à seulement 1% des interventions²⁶ et concernent principalement la technique opératoire ou le suivi médical mais ne remettent pas en cause le changement de sexe¹⁴.

Les protocoles internationaux ont été suivis en France et mis en place par la SoFECT (Société Française d'Étude et de prise en charge de la Transidentité). Les associations LGBTQIA+ reprochent à la SoFECT une lenteur à la fois dans l'accessibilité et la mise en œuvre des traitements, provoquant ainsi des souffrances inutiles chez les personnes en variance de genre. Face à ces prises en charges standardisées par les centres de référence SoFECT, les associations réclament des parcours plus simples, plus accessibles, et plus proches des patient·e·s¹⁵. Afin de répondre au mieux aux besoins de la personne en variance de genre, un large panel d'acteurs de santé pourrait être mis en jeu.

Des réseaux locaux s'organisent dans certaines villes en France, afin de permettre un suivi libéral des personnes en transition de genre. Ces réseaux reposent sur un fléchage du parcours avec des interlocuteur·rice·s de santé identifié·e·s comme trans-friendly (identifié·e·s par la communauté LGBTQIA+ comme trans-friendly). Il ne s'agit pas uniquement de mettre un place un traitement hormonal ou une intervention chirurgicale, il est important d'envisager des séances d'orthophonie pour travailler sur la voix, une

épilation au laser afin de réduire la pilosité (notamment faciale), des séances de psychothérapie de soutien pour accompagner la transition sociale... Le parcours de transition fait intervenir plusieurs acteur·rice·s de santé et il est important qu'ils mènent une action coordonnée dans le but d'aider la personne en variance de genre.

1.2.3 Le vécu du suivi médical

Les personnes en variance de genre rapportent fréquemment un vécu maltraitant de leur parcours de soin. Des études montrent qu'elles subissent des discriminations de la part des acteur·rice·s de santé et qu'il existe un manque de connaissance de ces acteur·rice·s sur la transidentité²⁷. La personne en questionnement sur son identité de genre doit être prise en compte dans sa globalité, avec son vécu, ses interactions sociales, ses interrogations, ses choix et ses besoins en termes de santé. C'est en réduisant le cheminement identitaire d'une personne à une pathologie psychiatrique que le suivi médical devient maltraitant²⁸.

En réponse à la pathologisation de la transidentité par le milieu médical, de nombreux patient·e·s ont recours à l'automédication²⁹. La difficulté de trouver un·e professionnel·le trans-friendly et l'éloignement géographique induisent des dérives menant à des traitements hormonaux pris sans supervision médicale. L'accueil des personnes transidentitaires est donc un enjeu majeur pour la sécurité de leur prise en charge.

De nombreuses études démontrent une amélioration de la qualité de vie et une diminution de la souffrance après la transition. C'est dans cette optique qu'il faut accueillir et soutenir les personnes souhaitant s'engager dans une transition de genre. Il est important de rendre compte du rôle des associations et des réseaux LGBTQIA+ dans le bien-être des personnes transidentitaires. Ces groupes permettent d'exprimer la souffrance, de sortir de l'isolement, de trouver un lieu de sécurité, d'échanger et de comparer les expériences. Ils sont un appui et une ressource considérable pour les personnes transidentitaires.

1.2.4 Le·la médecin généraliste dans le parcours de transition de genre

La demande des personnes en variance de genre d'un suivi personnalisé et d'un parcours adapté à leurs besoins fait apparaître la place des médecins généralistes dans ce parcours. Il·elle est un acteur·rice de santé de premier recours, pouvant effectuer un suivi sur le long terme, au plus près de son·sa patient·e. Sa place centrale en tant que médecin de proximité, médecin de famille, lui permet de mieux connaître l'environnement dans lequel évolue son·sa patient·e et d'apporter une aide lors de la transition sociale. Le·la médecin généraliste est un·e acteur·rice de santé accessible et qui peut coordonner cette prise en charge globale³⁰. Rappelons ici que les personnes transidentitaires sont plus à risque de présenter des situations de précarité et des comorbidités psychiatriques. L'ensemble des soignant·e·s entourant le patient doit être sensibilisé·e·s aux questions de genre afin d'offrir un accueil et des informations adéquates. A noter qu'actuellement, une lettre du psychiatre et de l'endocrinologue sont nécessaires pour justifier d'un suivi spécialisé afin d'obtenir la prise en charge au titre d'une ALD hors liste.

Le manque de connaissances des acteurs de santé, l'éloignement géographique, la précarité, l'isolement social, la crainte de la transphobie sont autant de facteurs menant à appauvrir le suivi médical des personnes transidentitaires. Pour accompagner les personnes en variance de genre, il est essentiel de privilégier les approches individualisées, afin de répondre au mieux à leurs besoins. Il est important d'accompagner ce processus d'affirmation du genre, de sans cesse réévaluer les besoins et d'adapter le parcours en conséquence^{7, 30}.

1.3 Justification de l'étude

1.3.1 La prévalence de la variance de genre

La prévalence de la transidentité est difficile à estimer car elle varie selon les pays. Les différences culturelles et la façon dont les personnes en variance de genre sont accueillies par la société rendent imprécis l'estimation des chiffres. On estime donc entre

1/12 000 et 1/37 000 la prévalence des femmes transgenre, et entre 1/30 000 et 1/110 000 la prévalence des hommes transgenre dans le monde⁴. Le rapport de la HAS (Haute Autorité de Santé) de 2009 conclut qu'il n'existe pas de données précises et récentes en France³¹.

1.3.2 Les comorbidités psychiatriques

Selon De Vries et *al.*, 32,4% des adolescents transidentitaires présentent au moins une comorbidité psychiatrique¹. Ces comorbidités semblent deux fois plus fréquentes chez les adolescentes transgenre (MtF, *Male to Female*) que chez les adolescents transgenre (FtM), probablement car les adolescents transgenres sont mieux intégrés socialement¹. Les comorbidités psychiatriques les plus fréquentes sont l'anxiété, les troubles de l'humeur, les troubles perturbateurs du comportement, et les idées et comportements suicidaires³². On note aussi une surreprésentation des troubles du spectre autistique et des troubles de l'attention avec hyperactivité chez les patient·e·s en variance de genre⁵. La précarité est également augmentée chez les jeunes transidentitaires binaires et non binaires⁷.

1.3.3 Les bénéfices apportés par la transition de genre

Il est démontré qu'une prise en charge adéquate de la dysphorie de genre avec un processus de transition adapté mène à une réduction drastique de la dysphorie et à une amélioration des éventuelles comorbidités psychiatriques. La qualité de vie après la transition s'en trouve améliorée³³.

1.3.4 Les barrières à l'affirmation du genre

Il existe cependant de nombreuses barrières à l'affirmation du genre. Bien que l'ALD soit actuellement en place en France, il existe encore des barrières financières dans la transition de genre. L'accessibilité des équipes médicales est un obstacle tant en termes de délais qu'en termes d'éloignement géographique. Les personnes transidentitaires doivent parfois parcourir de grandes distances afin d'avoir un suivi médical qualifié et

bienveillant. Les peurs et la transphobie sont encore des freins supplémentaires à l'accès aux soins pour les personnes transidentitaires³⁴.

1.3.5 L'importance de la qualité du lien patient·e - acteur·rice de santé dans la transition de genre

La qualité de la prise en charge découle en partie de la qualité du lien entre le·la patient·e et son·sa soignant·e. Il est primordial que le·la soignant·e prenne en compte l'essence de la transidentité, à savoir un processus intrapsychique, éminemment subjectif. Les tentatives pour comprendre ce processus profondément intime peuvent être perçues comme une remise en question de ce cheminement intellectuel. Il paraît primordial de prendre en compte les obstacles déjà rencontrés par la personne, l'incompréhension, la souffrance et parfois le rejet.

Il s'agit ici de constater plutôt que de comprendre, d'accepter le cheminement de l'autre sans le remettre en question, et de donner du sens à ses symptômes²⁶. Il faut garder à l'esprit qu'il existe une infinité de manières de vivre son genre et que l'expression du genre peut engendrer de grandes souffrances dans une société basée sur la binarité⁸.

La qualité du lien et les soins possibles, en France, sont encore trop dépendants de l'intervenant·e⁷. L'alliance thérapeutique est une clé pour permettre une évolution sereine de la personne en variance de genre dans son parcours³⁰. C'est aux médecins que revient la responsabilité d'avoir les connaissances nécessaires pour accueillir les personnes transidentitaires. Cet accueil bienveillant doit pouvoir se faire partout en France, et au plus proche des patient·e·s. Certains outils pratiques ont été proposés pour aider les acteur·rice·s de santé à accueillir les personnes transidentitaires : demander l'identité de genre dans le recueil des informations sur l'identité du·de la patient·e, demander les pronoms à utiliser, demander le prénom d'usage, ne pas assigner un genre sans connaître la personne en appelant les patients en salle d'attente en annonçant l'heure du rendez-vous par exemple. Tous ces outils permettent de créer un cadre accueillant permettant plus aisément l'expression des questionnements sur l'identité de genre³⁴.

Considérant l'ensemble des freins à l'expression des questionnements sur l'identité de genre, on peut penser que le premier interlocuteur·rice de santé se voit attribuer une marque de confiance de la part de son·sa patient·e. Il est alors important que cet·te acteur·rice prenne la mesure de ce que représente cette expression pour son·sa patient·e et adopte en conséquence une attitude ouverte et non jugeante⁸. Cette première rencontre a souvent lieu en médecine générale de par la proximité des patient·e·s et le suivi déjà en cours³⁰. Cette première expression des questionnements sur l'identité de genre pose les jalons d'une alliance entre le·la patient·e et le·la soignant·e²⁷. Dans cette démarche, le·la médecin généraliste se doit d'accompagner son·sa patient·e dans ses questionnements, sa transition, ses changements corporels et dans ses interactions avec le tissu social dans lequel il·elle évolue, avec bienveillance^{7, 30}.

Pour répondre aux nombreuses questions soulevées par cet état des connaissances, il paraît justifié de mettre en place une étude visant à déterminer dans quelle proportion le·la médecin généraliste est le·la premier·ière interlocuteur·rice face aux questionnements sur l'identité de genre.

2. Matériels et méthode

Type d'étude : Etude épidémiologique descriptive.

Objectif principal : Déterminer dans quelle proportion le·la médecin généraliste est le·la premier·ière interlocuteur·rice face aux questions sur l'identité de genre.

Objectifs secondaires :

- Décrire les caractéristiques de la consultation avec le·la premier·ière interlocuteur·rice.
- Décrire les interactions avec le·la médecin généraliste à propos des questionnements sur l'identité de genre.

Population étudiée :

- Critères d'inclusion : avoir ou avoir eu des questionnements sur son identité de genre et avoir abordé ces questionnements avec un·e acteur·rice de santé.

Être majeur.

- Critères d'exclusion : ne pas avoir eu de questionnements sur son identité de genre ou ne pas avoir abordé ces questionnements avec un·e acteur·rice de santé.

Être mineur.

Recueil de données :

Questionnaire informatisé diffusé par les associations LGBTQIA+ ayant accepté de participer à cette étude, par le biais d'un lien par liste de mail ou réseaux sociaux. Le recueil des données a eu lieu entre le 24 octobre 2020 et le 21 mars 2021.

Questionnaire :

- Un questionnaire préliminaire sur la première expression des questionnements sur l'identité de genre auprès d'un·e acteur·rice de santé a été mis en place dès le mois de juin 2019. Il a été distribué en main propre aux personnes en variance de genre venant consulter le Dr. Couture, endocrinologue à Toulouse. Ceci a permis de discuter, avec des personnes transidentitaires, de la pertinence de ce questionnaire, et de son acceptabilité.

Le questionnaire principal (Annexe B) a été construit en prenant en compte les retours et les obstacles rencontrés avec le questionnaire préliminaire.

- Le questionnaire définitif comprend une première partie sur l'identité des personnes répondant au questionnaire, une partie portant sur le/la premier/ière acteur/riche de santé à qui il/elle/s se sont adressé/e/s pour aborder la question de leur identité de genre, une partie sur leurs interactions avec un/e médecin généraliste sur ce sujet, et pour finir une partie qui aborde leur suivi. Dans le cas où les participant/e/s n'auraient pas abordé cette question avec un/e médecin généraliste, il/elle/s sont invité/e/s à ne pas répondre à la troisième section et à se rendre directement à la quatrième partie du questionnaire.

Outils statistiques : L'analyse des résultats se fait dans un premier temps par un tri à plat afin d'obtenir une analyse descriptive des données. Une analyse de corrélation a été faite afin d'orienter le calcul des probabilités conditionnelles. Une extrapolation à la population générale a été calculée à partir des données moyennes de prévalence issues de la littérature⁴. Le test du Chi-2 a été effectué pour valider les hypothèses émises.

Prévalence de la transidentité en France	Haute	Basse	Moyenne
Femmes transgenres (MtF)	5583	1811	3697
Hommes transgenres (FtM)	2233	609	1421
Total	7817	2420	5118
Taille calculée de l'échantillon	367	332	358

Tableau 1 : Estimation de la prévalence de la transidentité en France par extrapolation des données internationales.

Le calcul du nombre de sujets à inclure basé sur ces données retrouve un total de 358 patients à inclure.

L'obstacle le plus important a été la distribution des questionnaires. Malgré la bonne volonté des acteur/riche/s de santé qui ont accepté de participer à ce projet, très peu de réponses auraient pu être obtenues. Par ailleurs, distribuer ces questionnaires en passant par les acteur/riche/s de santé eux-mêmes risquait de créer un biais important sur les réponses, en excluant notamment les personnes transidentitaires en rupture de suivi.

En conséquence, il est apparu que la voie de diffusion entraînant le moins de biais était de solliciter les associations LGBTQIA+ pour la diffusion du questionnaire. L'association Arc-En-Ciel Toulouse a accepté de distribuer le questionnaire, et vingt et une réponses ont été récoltées en deux mois de diffusion. A ce stade, considérant que le nombre de réponses était insuffisant pour que cette étude soit représentative, une diffusion plus large s'imposait. Les associations LGBTQIA+ de chaque chef-lieu ont été contactées en leur demandant si elles acceptaient de diffuser le questionnaire. Sur soixante-huit associations contactées, dix-sept ont accepté de diffuser le questionnaire à leur réseau.

Les données obtenues sont anonymes et traitées selon les règles en vigueur après déclaration au Centre National de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

3. Résultats

Un total de 315 questionnaires a été récolté et analysé.

3.1 L'identité

La première partie du questionnaire aborde l'identité de la personne en variance de genre. La moyenne d'âge est de 32 ans avec une médiane d'âge à 27 ans. La catégorie 20-29 ans concentre 46,7% de l'effectif et 72,7% des participant·e·s ont moins de 40 ans. Le minimum est de 18 ans et le maximum de 71 ans.

Âge	Moyenne	Ecart-type
	31,9	13,5
	n	%
Moins de 20 ans	39	12,4%
20-29 ans	147	46,7%
30-39 ans	43	13,7%
40-49 ans	37	11,7%
50-59 ans	36	15,6%
Plus de 60 ans	13	4,1%
Moins de 40 ans	229	72,7%

Tableau 2 : Âge des participant·e·s

La majorité des participant·e·s se sont défini·e·s comme transgenre binaire, recueillant 77,4% de réponses. Le reste de l'effectif se répartit entre des identités de genre Cis, des identités Fluid, Queer, non binaire et des personnes se définissant comme en questionnement.

Genre	n	%
Femme cisgenre	10	3,2%
Homme cisgenre	5	1,6%
Femme transgenre (MtF)	122	38,7%
Homme transgenre (FtM)	122	38,7%
Gender Fluid	12	3,8%
Gender Queer	12	3,8%
Agenre	12	3,8%
Non binaire	18	5,7%
En questionnement	2	0,6%

Tableau 3 : Genre des participant·e·s

3.2 La première expression des questionnements sur l'identité de genre auprès d'un acteur·rice de santé

3.2.1 Le·la premier·ière interlocuteur·rice de santé face à la question de l'identité de genre

La seconde partie du questionnaire concerne le·la premier·ière acteur·rice de santé avec qui la personne en variance de genre a exprimé ses questionnements. Le·la médecin traitant apparaît comme majoritaire en proportion en tant que premier·ière interlocuteur·rice face aux questions sur l'identité de genre avec 36,2% des réponses. En considérant l'ensemble des personnes en variance de genre en population générale, le·la médecin généraliste est le·la premier·ière interlocuteur·rice pour plus de 36,3% des cas ($p < 0,05$). Viennent ensuite les psychiatres et les psychologues avec respectivement 20% et 15,2% des réponses. Il n'existe pas de différence significative dans le choix du médecin traitant comme premier·ière interlocuteur·rice chez les patient·e·s ayant une variance de genre binaire. Cependant, on note que seulement 26,8% des personnes en variance de genre non binaire choisissent le·la psychologue et 25% choisissent le·la médecin généraliste comme premier·ière interlocuteur·rice. Les médecins identifiés comme trans-friendly totalisent 10,5% de l'effectif, ce qui démontre qu'ils sont un·e interlocuteur·rice

privilegié·e malgré leur nombre peu important en France. Dans 5,4% des cas, les patients s'adressent à un médecin généraliste qui n'est pas leur médecin traitant. Ceci peut témoigner qu'il existe parfois une difficulté pour aborder la question du genre avec le·la médecin traitant, médecin de famille.

Premier interlocuteur	Echantillon		IC 95% extrapolé à la population totale (Tableau1)		
	n	%	IC 95%	Borne basse	Borne haute
Médecin traitant	114	36,2%	5,1%	31,0%	41,3%
Médecin identifié comme trans-friendly	33	10,5%	3,3%	7,2%	13,8%
Autre médecin généraliste	17	5,4%	2,4%	3,0%	7,8%
Endocrinologue	18	5,7%	2,5%	3,2%	8,2%
Psychiatre	63	20,0%	4,3%	15,7%	24,3%
Psychologue	48	15,2%	3,8%	11,4%	19,1%
Infirmier·ière	6	1,9%	1,5%	0,4%	3,4%
Kinésithérapeute	0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Autre médecin spécialiste	5	1,6%	1,3%	0,3%	2,9%
Autre acteur·rice de santé	11	3,5%	2,0%	1,5%	5,5%
Total des médecins généralistes	131	41,6%	5,3%	36,3%	46,9%

Tableau 4 : Premier·ière interlocuteur·rice de santé face aux questionnements sur l'identité de genre

3.2.2 Le stade du questionnement

En ce qui concerne le stade du questionnement auquel les personnes en variance de genre se sont adressées pour la première fois à un acteur·rice de santé, on constate que 21,6% d'entre eux·elles avaient déjà commencé une transition en dehors du parcours médical. Ce chiffre témoigne de l'importance de l'automédication dans la transition de genre.

Par ailleurs, seulement 11,1% de l'effectif étaient en questionnement sans volonté de transition lors de la première rencontre avec un·e acteur·rice de santé au sujet de sa transidentité. Les personnes en questionnement ne représentent que 23,8% de l'échantillon alors que 76,2% des personnes interrogées étaient décidées sur leur volonté

de transition lors de ce premier entretien. Lorsqu'une personne consulte un·e acteur·rice de santé pour aborder la question du genre, sa décision est ferme dans plus de 70% des cas ($p < 0,05$). Les acteur·rice·s de santé interviennent donc tardivement dans les questionnements et doivent prendre en compte le cheminement déjà fait par le·la patient·e sans le remettre en cause.

Stade du questionnement	Echantillon		IC 95% extrapolé à la population totale (Tableau 1)		
	n	%	IC 95%	Borne basse	Borne haute
Questionnement sans volonté transition	35	11,1%	3,4%	7,7%	14,5%
Questionnement avec volonté transition	40	12,7%	3,6%	9,1%	16,3%
Volonté de débiter une transition	172	54,6%	5,3%	49,3%	59,9%
Transition déjà initiée	68	21,6%	4,4%	17,2%	26,0%
Patient·e·s en questionnement lors de leur rencontre avec le·la premier·ière interlocuteur·rice de santé	75	23,8%	4,6%	19,3%	28,4%
Patient·e·s décidé·e·s sur leur volonté de transition lors de leur rencontre avec le·la premier·ière interlocuteur·rice de santé	240	76,2%	4,6%	71,6%	80,7%

Tableau 5 : Stade du questionnement auquel le·la patient·e s'est adressé·e à son·sa premier·ière interlocuteur·rice de santé à propos de ses questionnements sur son identité de genre.

3.2.3 La distance parcourue pour rencontrer le·la premier·ière interlocuteur·rice

Considérant la distance parcourue par les personnes en variance de genre pour rencontrer leur premier·ière interlocuteur·rice, on constate que 66,3% d'entre eux ont fait moins de 15 km pour se rendre à cet entretien. Les acteur·rice·s de santé choisi·e·s pour aborder la question du genre sont des acteur·rice·s de proximité, se situant à moins de 30 km du domicile des patient·e·s dans 73,3% à 82,2% des cas en population générale. Cependant, 14,3% des répondants au questionnaire ont effectué plus de 50 km pour cette consultation. Quand le·la médecin traitant est le·la premier·ière interlocuteur·rice, il se situe à moins de 30 km dans 94,7% des cas ($p < 0,05$). Les patient·e·s parcourent une distance plus grande pour rencontrer un·e médecin généraliste identifié·e comme trans-

friendly. En effet, 51,5% ont fait plus de 30 km et 33,3% ont fait plus de 50 km pour rencontrer un·e médecin trans-friendly, témoignant de leur sous-représentation sur le territoire. Les psychologues, les infirmier·ière·s et les autres médecins généralistes choisis pour cette première rencontre sont des acteur·rice·s de proximité avec des distances parcourues à moins de 30 km pour 77,1%, 83,3% et 88,2% des cas respectivement. En ce qui concerne les médecins spécialistes (endocrinologues, psychiatres et autres médecins spécialistes), 33,3 à 60% des patient·e·s ont fait plus de 30 km pour les rencontrer.

On note l'importance d'un réseau de soins de proximité comprenant des acteur·rice·s de santé formé·e·s, sur l'ensemble du territoire, afin de garantir aux personnes en questionnement sur leur identité de genre l'accès à une prise en charge de proximité.

Distance domicile - 1 ^{er} e interlocuteur·rice	Echantillon		IC extrapolé à la population totale (Tableau 1)		
	n	%	IC 95%	Borne basse	Borne haute
< 15 km	209	66,3%	5,1%	61,3%	71,4%
15-30 km	36	11,4%	3,4%	8,0%	14,8%
30-50 km	22	7,0%	2,7%	4,3%	9,7%
> 50 km	45	14,3%	3,7%	10,5%	18,0%
Total < 15 km	209	66,3%	5,1%	61,3%	71,4%
Total < 30 km	245	77,8%	4,4%	73,3%	82,2%
Total > 30 km	67	21,3%	4,4%	16,9%	25,6%
Total > 50 km	45	14,4%	3,8%	10,7%	18,2%
Données manquantes	3	1,0%	1,0%	-0,1%	2,0%

Tableau 6 : Distance parcourue par le-la patient·e pour rencontrer son·sa premier·ière interlocuteur·rice de santé.

Résultats

Distance parcourue par le-la patient·e en fonction du 1^{er}·e interlocuteur·rice	Echantillon		IC extrapolé à la population totale (Tableau 1)			
	n	%	IC 95%	Borne basse	Borne haute	
Médecin traitant						
< 15 km	95	83,3%	4,0%	79,3%	87,3%	
< 30 km	108	94,7%	2,4%	92,3%	97,1%	
> 30 km	6	5,3%	2,4%	2,9%	7,7%	
> 50 km	3	2,6%	1,7%	0,9%	4,3%	
Médecin généraliste identifié·e comme trans-friendly						
< 15 km	13	39,4%	5,2%	34,2%	44,6%	
< 30 km	20	60,6%	5,2%	55,4%	65,8%	
> 30 km	17	51,5%	5,3%	46,2%	56,9%	
> 50 km	11	33,3%	5,0%	28,3%	38,4%	
Endocrinologue						
< 15 km	8	44,4%	5,3%	39,1%	49,8%	
< 30 km	10	55,6%	5,3%	50,2%	60,9%	
> 30 km	8	44,4%	5,3%	39,1%	49,8%	
> 50 km	5	27,8%	4,8%	23,0%	32,6%	
Psychiatre						
< 15 km	30	47,6%	5,3%	42,3%	53,0%	
< 30 km	42	66,7%	5,0%	61,6%	71,7%	
> 30 km	21	33,3%	5,0%	28,3%	38,4%	
> 50 km	15	23,8%	4,6%	19,3%	28,4%	
Autre médecin spécialiste						
< 15 km	2	40,0%	5,2%	34,8%	45,2%	
< 30 km	2	40,0%	5,2%	34,8%	45,2%	
> 30 km	3	60,0%	5,2%	54,8%	65,2%	
> 50 km	1	20,0%	4,3%	15,7%	24,3%	
Psychologue						
< 15 km	33	68,8%	5,0%	63,8%	73,7%	
< 30 km	37	77,1%	4,5%	72,6%	81,6%	
> 30 km	10	20,8%	4,3%	16,5%	25,2%	
> 50 km	7	14,6%	3,8%	10,8%	18,4%	

Résultats

Autre médecin généraliste						
< 15 km	14	82,4%	4,1%	78,3%	86,4%	
< 30 km	15	88,2%	3,4%	84,8%	91,7%	
> 30 km	2	11,8%	3,4%	8,3%	15,2%	
> 50 km	1	5,9%	2,5%	3,4%	8,4%	
Infirmier.ière						
< 15 km	5	83,3%	4,0%	79,3%	87,3%	
< 30 km	5	83,3%	4,0%	79,3%	87,3%	
> 30 km	1	16,7%	4,0%	12,7%	20,7%	
> 50 km	0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
Kinésithérapeute						
< 15 km	0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
< 30 km	0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
> 30 km	0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
> 50 km	0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
Autre acteur·rice de santé						
< 15 km	5	45,5%	5,3%	40,1%	50,8%	
< 30 km	6	54,5%	5,3%	49,2%	59,9%	
> 30 km	3	27,3%	4,8%	22,5%	32,0%	
> 50 km	2	18,2%	4,1%	14,1%	22,3%	

Tableau 7 : Distance parcourue par les patient·e·s en fonction de leur premier·ière interlocuteur·rice.

3.3 Les interactions avec le·la médecin généraliste

3.3.1 Une consultation dédiée

La troisième partie du questionnaire explore les interactions qui ont pu avoir lieu entre la personne en variance de genre et un·e médecin généraliste. Pour 57,2% de l'effectif, la consultation pendant laquelle ils ont abordé la question de leur identité de genre avec un·e médecin généraliste était dédiée à ce sujet, alors que 42% consultait pour un autre motif. On note que chez les personnes en variance de genre non binaire, la consultation n'est dédiée à ce motif que pour 25% de l'effectif (+/- 4,9%). Le fait de

consulter spécifiquement pour aborder la question du genre n'a pas d'impact significatif sur l'évolution de la relation avec le-la médecin généraliste ($p < 0,05$).

	Echantillon		IC extrapolé à la population totale (Tableau 1)		
	n	%	IC 95%	Borne basse	Borne haute
Consultation dédiée					
Oui	162	57,2%	5,6%	51,6%	62,8%
Non	119	42,0%	5,6%	36,5%	47,6%
Données manquantes	2	0,7%	0,9%	-0,2%	1,7%

Tableau 8 : Motif de consultation lors de la première expression des questionnements sur l'identité de genre.

3.3.2 La satisfaction à l'issue de la première consultation

Suite à ce premier entretien avec un-e médecin généraliste à propos des questionnements sur l'identité de genre, 53% des personnes se disent assez à très satisfaites alors que 32,2% se montrent peu à pas du tout satisfaites de la consultation. On notera une part importante de personnes indifférentes suite à cette rencontre, avec 13,4% de l'effectif. Les personnes transidentitaires non binaires ont significativement moins de chances d'être satisfaites à l'issue de la première consultation par rapport aux personnes en variance de genre binaire ($p < 0,05$).

Satisfaction des patient·e·s à l'issue de la première expression des questionnements sur l'identité de genre	Echantillon		IC extrapolé à la population totale (Tableau 1)		
	n	%	IC 95%	Borne basse	Borne haute
Pas du tout satisfait·e·s	37	13,1%	3,8%	9,3%	16,9%
Peu satisfait·e·s	54	19,1%	4,5%	14,6%	23,5%
Indifférent·e·s	38	13,4%	3,9%	9,6%	17,3%
Assez satisfait·e·s	80	28,3%	5,1%	23,2%	33,4%
Très satisfait·e·s	70	24,7%	4,9%	19,8%	29,6%
Assez à très satisfait·e·s	150	53,0%	5,7%	47,4%	58,7%
Pas ou peu satisfait·e·s	91	32,2%	5,3%	26,9%	37,4%
Données manquantes	4	1,4%	1,3%	0,1%	2,8%

Tableau 9 : Satisfaction des patient·e·s à l'issue de la première expression des questionnements sur l'identité de genre.

3.3.3 Les actions mises en place par le·la médecin généraliste

Il existe une grande diversité dans les actions mises en place par le·la médecin généraliste à l'issue de cette première consultation. Les médecins généralistes ont orienté le·la patient·e vers un confrère (médecin ou centre spécialisé, psychiatre ou psychologue) dans 41% des cas. Seulement 1,9% des personnes en variance de genre non binaires ont bénéficié d'une orientation vers un·e médecin ou centre spécialisé contre 19,1% des hommes transgenres (FtM) et 23,7% des femmes transgenres (MtF) répondant au questionnaire ($p < 0,05$). Il existe 13% de chances de plus d'être orienté vers un spécialiste, ou une équipe spécialisée, si la relation avec le·la médecin est bonne à très bonne comparée à une relation mauvaise à très mauvaise (22,2% versus 35,7%). On remarque que les femmes transgenres (MtF) sont significativement plus souvent orientées vers un psychologue ou un psychiatre que hommes transgenre (FtM) (respectivement 31% +/- 5,2% et 19,1% +/- 4,4%, $p < 0,05$).

Les médecins généralistes ont délivré une information (dépliants, sites internet, informations sur le parcours de la transition ou sur la prise en charge médicale de la

transition) pour 63,6% de l'effectif et les patient·e·s ayant reçu cette information se sont montré·e·s satisfait·e·s de la consultation dans 76,2% des cas.

Des examens complémentaires ont été prescrits dans 25,4% des cas, mais pour seulement 11,9% des personnes non binaires de l'effectif, démontrant une réponse différente des médecins généralistes face aux identités de genre non binaires.

Pour 21,9% des personnes interrogées, aucune action n'a été mise en place et le·la médecin a exprimé un refus de soin dans 1,1% des cas. La probabilité qu'aucune action ne soit mise en place à l'issue de la consultation avec le·la médecin généraliste augmente de 21,7% si la consultation n'est pas dédiée, par rapport à une consultation dédiée. Par ailleurs, si la relation avec le·la médecin est qualifiée de mauvaise à très mauvaise, aucune action ne sera mise en place dans 44,4% des cas contre 19,6 % des cas si la relation est bonne à très bonne. De plus, les hommes transgenres et personnes non binaires ont plus de chance qu'aucune action ne soit mise en place comparativement aux femmes transgenre (respectivement 24,6%, 27,8% et 14,6%, $p < 0,05$). Si le·la médecin généraliste ne met aucune action en place, la relation sera dégradée à l'issue de cet entretien dans 32,2% des cas.

Autres indicateurs, le prénom choisi et les pronoms à utiliser ont été modifiés dans le dossier médical pour uniquement 0,7% des participant·e·s. Le demande d'ALD est moins souvent faite chez les personnes transidentitaires non binaires (3,9% contre 13,6% femmes transgenre et 10% hommes transgenre, $p < 0,05$) par rapport aux personnes transidentitaires binaires.

Actions mises en place par le·la médecin généraliste	Echantillon		IC extrapolé à la population totale (Tableau 1)		
	n	%	IC 95%	Borne basse	Borne haute
Informations avec des dépliants ou orientation vers des sites internet.	12	4,2%	2,3%	2,0%	6,5%
Orientation vers une association.	25	8,8%	3,2%	5,6%	12,0%
Proposition d'une seconde consultation pour discuter à nouveau des questionnements.	31	11,0%	3,5%	7,4%	14,5%
Orientation vers une équipe spécialisée ou un·e médecin spécialiste.	46	16,3%	4,2%	12,1%	20,4%
Orientation vers un psychiatre ou un psychologue.	70	24,7%	4,9%	19,8%	29,6%
Information sur les effets attendus et les potentiels effets indésirables des différentes prises en charge médicales.	42	14,8%	4,0%	10,8%	18,9%
Information sur le parcours médical de la transition de genre (hormonothérapie, chirurgie, ALD...)	93	32,9%	5,3%	27,5%	38,2%
Prescription d'examens initiaux et de suivi (bilans sanguin, imagerie...)	72	25,4%	4,9%	20,5%	30,4%
Accompagnement psycho-social (médiation familiale, coming-out, conseils juridiques...)	14	4,9%	2,5%	2,5%	7,4%
Aucune action mise en place.	62	21,9%	4,7%	17,2%	26,6%
Demande d'ALD.	28	9,9%	3,4%	6,5%	13,3%
Prescription d'une hormonothérapie.	7	2,5%	1,8%	0,7%	4,2%
Changement du nom et des pronoms dans le dossier médical.	2	0,7%	0,9%	-0,2%	1,7%
Expression d'un refus de soins.	3	1,1%	1,2%	-0,1%	2,2%
Données manquantes	6	2,1%	1,6%	0,5%	3,8%

Tableau 10 : Actions mises en place par le·la médecin généraliste à l'issue de la première consultation où la question de l'identité de genre a été abordée.

La probabilité d'être satisfait·e à l'issue de la première consultation avec le généraliste varie selon les actions mises en place par celui-ci. Le·la patient·e a plus de chances d'être satisfait·e de la consultation si le·la médecin a délivré une information sur le parcours de la transition ou les traitements médicaux possibles, si des examens complémentaires ou un traitement hormonal ont été prescrits, si le prénom et les pronoms ont été notés dans le dossier, ou encore si une orientation vers un·e médecin ou centre

spécialisé a été proposé à son·sa patient·e. A noter que cette probabilité d'être satisfait·e à l'issue de la première consultation avec le·la généraliste est moins forte si le·la patient·e a été orienté·e vers un·e psychologue ou psychiatre. Cette probabilité chute si le·la médecin généraliste ne met en place aucune action ou qu'il·elle exprime un refus de soins.

Probabilité d'être satisfait·e selon les actions mises en place par le·la médecin généraliste	Echantillon		IC extrapolé à la population totale (Tableau 1)		
	n	%	IC 95%	Borne basse	Borne haute
Informations avec des dépliants ou orientation vers des sites internet.	8	66,7%	5,3%	61,3%	72,0%
Orientation vers une association.	12	48,0%	5,7%	42,3%	53,7%
Proposition d'une seconde consultation pour discuter à nouveau des questionnements.	15	48,4%	5,7%	42,7%	54,0%
Orientation vers une équipe spécialisée ou un·e médecin spécialiste.	32	69,6%	5,2%	64,4%	74,8%
Orientation vers un psychiatre ou un psychologue.	38	54,3%	5,6%	48,6%	59,9%
Information sur les effets attendus et les potentiels effets indésirables des différentes prises en charge médicales.	31	73,8%	5,0%	68,8%	78,8%
Information sur le parcours médical de la transition de genre (hormonothérapie, chirurgie, ALD...)	73	78,5%	4,7%	73,8%	83,1%
Prescription d'examens initiaux et de suivi (bilans sanguin, imagerie...)	55	76,4%	4,8%	71,6%	81,2%
Accompagnement psycho-social (médiation familiale, coming-out, conseils juridiques...)	9	64,3%	5,4%	58,9%	69,7%
Aucune action mise en place.	13	21,0%	4,6%	16,4%	25,6%
Demande d'ALD.	15	53,6%	5,6%	47,9%	59,2%
Prescription d'une hormonothérapie.	7	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%
Changement du nom et des pronoms dans le dossier médical.	2	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%
Expression d'un refus de soins.	1	33,3%	5,3%	28,0%	38,7%

Tableau 11 : Probabilité de satisfaction des patient·e·s à l'issue de la première consultation au cours de laquelle la question de l'identité de genre à été abordé avec un·e médecin généraliste.

	Echantillon		IC extrapolé à la population totale (Tableau 1)		
	n	%	IC 95%	Borne basse	Borne haute
Actions mises en place chez les patient·e·s insatisfait·e·s à l'issue de l'expression de leurs questionnements auprès d'un·e médecin généraliste					
Probabilité que l'action mise en place soit :					
Informations avec des dépliants ou orientation vers des sites internet.	2	2,2%	1,7%	0,5%	3,9%
Orientation vers une association.	8	8,8%	3,2%	5,6%	12,0%
Proposition d'une seconde consultation pour discuter à nouveau des questionnements.	9	9,9%	3,4%	6,5%	13,3%
Orientation vers une équipe spécialisée ou un·e médecin spécialiste.	12	13,2%	3,8%	9,4%	17,0%
Orientation vers un psychiatre ou un psychologue.	20	22,0%	4,7%	17,3%	26,7%
Information sur les effets attendus et les potentiels effets indésirables des différentes prises en charge médicales.	2	2,2%	1,7%	0,5%	3,9%
Information sur le parcours médical de la transition de genre (hormonothérapie, chirurgie, ALD...)	7	7,7%	3,0%	4,7%	10,7%
Prescription d'examens initiaux et de suivi (bilans sanguin, imagerie...)	9	9,9%	3,4%	6,5%	13,3%
Accompagnement psycho-social (médiation familiale, coming-out, conseils juridiques...)	4	4,4%	2,3%	2,1%	6,7%
Aucune action mise en place.	5	5,5%	2,6%	2,9%	8,1%
Demande d'ALD.	7	7,7%	3,0%	4,7%	10,7%
Prescription d'une hormonothérapie.	0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Changement du nom et des pronoms dans le dossier médical.	0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Expression d'un refus de soins.	2	2,2%	1,7%	0,5%	3,9%

Tableau 12 : Actions mises en place par le·la médecin généraliste chez les patient·e·s insatisfaits à l'issue de la première expression des questionnements sur l'identité de genre

3.3.4 La relation médecin-patient·e

Concernant la relation des participant·e·s avec leur médecin généraliste, on observe une grande stabilité des relations avant et après l'expression des questionnements sur l'identité de genre. Les relations qualifiées de bonne à très bonne et celles qualifiées de mauvaises à très mauvaises restent stables pour 80,9% et 88,9% de l'effectif respectivement. Ce sont principalement les relations neutres avant l'expression des

questionnements sur l'identité de genre qui évoluent. Pour 23,5% d'entre elles, elles s'améliorent et pour 16,2% d'entre elles, elles se détériorent. On notera que 15,6% des relations bonnes à très bonnes se détériorent après l'expression des questionnements. Les patient·e·s qualifiant leur relation avec le médecin généraliste de bonne à très bonne se disent satisfaits à l'issue de la première consultation dans 62,3% des cas. Une relation préalable de bonne qualité avec le·la médecin généraliste pose les fondements d'une prise en charge bienveillante de la transidentité.

	Avant					Après				
			IC extrapolé à la population					IC extrapolé à la population		
	Echantillon		totale (Tableau 1)			Echantillon		totale (Tableau 1)		
	Relation avec le·la médecin généraliste	n	%	IC 95%	Borne	Borne	n	%	IC 95%	Borne
basse					haute	basse				haute
Très mauvaise	3	1,1%	1,2%	-0,1%	2,2%	10	3,5%	2,1%	1,4%	5,6%
Mauvaise	6	2,1%	1,6%	0,5%	3,8%	26	9,2%	3,3%	5,9%	12,5%
Neutre	68	24,0%	4,8%	19,2%	28,9%	54	19,1%	4,5%	14,6%	23,5%
Bonne	92	32,5%	5,3%	27,2%	37,8%	77	27,2%	5,0%	22,2%	32,2%
Très bonne	107	37,8%	5,5%	32,3%	43,3%	115	40,6%	5,6%	35,1%	46,2%
Données manquantes	7	2,5%	1,8%	0,7%	4,2%	1	0,4%	0,7%	-0,3%	1,0%

Tableau 13 : Relation avec le·la médecin généraliste avant et après l'expression des questionnements sur l'identité de genre.

Résultats

	Echantillon		IC extrapolé à la population totale (Tableau 1)		
	n	%	IC 95%	Borne basse	Borne haute
Probabilité d'évolution de la relation avec le-la médecin généraliste					
Probabilité que la relation avec le-la médecin généraliste s'améliore :					
Si la relation avant l'expression des questionnements était bonne à très bonne	7	3,5%	2,1%	1,4%	5,6%
Si la relation avant l'expression des questionnements était mauvaise à très mauvaise	1	11,1%	3,6%	7,6%	14,7%
Si la relation avant l'expression des questionnements était neutre	16	23,5%	4,8%	18,7%	28,3%
Probabilité que la relation avec le-la médecin généraliste se détériore :					
Si la relation avant l'expression des questionnements était bonne à très bonne	31	15,6%	4,1%	11,5%	19,7%
Si la relation avant l'expression des questionnements était mauvaise à très mauvaise	0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Si la relation avant l'expression des questionnements était neutre	11	16,2%	4,2%	12,0%	20,3%
Probabilité que la relation avec le-la médecin généraliste soit stable :					
Si la relation avant l'expression des questionnements était bonne à très bonne	161	80,9%	4,5%	76,5%	85,4%
Si la relation avant l'expression des questionnements était mauvaise à très mauvaise	8	88,9%	3,6%	85,3%	92,4%
Si la relation avant l'expression des questionnements était neutre	41	60,3%	5,5%	54,8%	65,8%

Tableau 14 : Evolution de la relation avec le-la médecin généraliste après l'expression des questionnements sur l'identité de genre selon la relation avec celui-ci avant cette expression.

3.3.5 Les interactions entre le·la médecin généraliste et les spécialistes

Les interactions entre le·la médecin généraliste et les éventuels spécialistes chez qui le·la patient·e est adressé·e sont inexistantes pour la majorité de l'effectif ($p < 0,05$). Un courrier a été rédigé dans seulement 34,6% des cas. Pour 6,9% des réponses, un courrier a été adressé à un·e professionnel·le identifié·e comme trans-friendly. Il n'y a pas eu d'interaction entre le·la médecin généraliste et le·la spécialiste dans 77,7% des cas lorsque la relation avec le·la médecin généraliste est initialement qualifiée de mauvaise à très mauvaise. La relation avec le·la médecin généraliste a donc un impact sur les soins proposés et sur les interactions avec les autres acteur·rice·s de santé.

Interaction entre le·la médecin généraliste et les spécialistes	Echantillon		IC extrapolé à la population totale (Tableau 1)		
	n	%	IC 95%	Borne basse	Borne haute
Oui, il·elle a écrit un courrier.	60	27,6%	5,1%	22,6%	32,7%
Oui, il·elle a écrit un courrier à l'attention d'un·e spécialiste trans-friendly.	15	6,9%	2,9%	4,0%	9,8%
Oui, il·elle a téléphoné au spécialiste.	10	4,6%	2,4%	2,2%	7,0%
Non, il n'y a pas eu d'interaction entre le·la médecin généraliste et le·la spécialiste.	132	60,8%	5,5%	55,3%	66,4%
Données manquantes	66	30,4%	5,2%	25,2%	35,6%
Total courrier	75	34,6%	5,4%	29,2%	39,9%

Tableau 15 : Interaction entre le·la médecin généraliste et les spécialiste chez qui il·elle adresse son·sa patient·e.

3.3.6 Le réseau de soins

Les personnes interrogées ont exprimé ne pas avoir eu le sentiment d'être prises en charge dans un réseau de soin pour 66,1% de l'effectif. Les personnes en variance de genre non binaire se sentent moins prises en charge dans un réseau de soin que les hommes transgenre, eux-mêmes ayant un ressenti de prise en charge inférieur à celui des

femmes transgenre ($p < 0,05$). Il existe 21,7% de chances en moins de se sentir pris en charge dans un réseau de soins si le·la médecin généraliste n'a pas interagi avec les spécialistes.

Ressenti des patient·e·s d'être prise en charge dans un réseau de soins	Echantillon		IC extrapolé à la population totale (Tableau 1)		
	n	%	IC 95%	Borne basse	Borne haute
Oui	82	29,0%	5,1%	23,8%	34,1%
Non	187	66,1%	5,4%	60,7%	71,4%
Données manquantes	14	4,9%	2,5%	2,5%	7,4%

Tableau 16 : Ressenti des patient·e·s d'une prise en charge en réseau de soin.

3.4 Le suivi médical de la transition de genre

3.4.1 L'accompagnement de la transition de genre

La quatrième partie du questionnaire porte sur le suivi médical des personnes interrogées. 78,7% d'entre elles ont bénéficié d'un accompagnement de leur transition par un acteur·rice de santé.

Accompagnement par un acteur·rice de santé	Echantillon		IC extrapolé à la population totale (Tableau 1)		
	n	%	IC 95%	Borne basse	Borne haute
Oui	248	78,7%	4,4%	74,4%	83,1%
Non	62	19,7%	4,3%	15,4%	23,9%
Données manquantes	5	1,6%	1,3%	0,3%	2,9%

Tableau 17 : Accompagnement de la transition par un·e acteur·rice de santé.

Cette transition a compris une hormonothérapie pour 69,2% de l'effectif, une chirurgie pour 37,5% de l'effectif, et un suivi psychologique pour 40% de l'effectif. Seulement 1,9% de l'échantillon a bénéficié d'une suppression de la puberté démontrant

un accès tardif aux prises en charge médicale de la transition. L'accompagnement effectué par les acteur·rice·s de santé a porté sur la transition sociale pour seulement 15,2% des cas.

Prise en charge médicale de la transition	Echantillon		IC extrapolé à la population totale (Tableau 1)		
	n	%	IC 95%	Borne basse	Borne haute
Transition sociale	48	15,2%	3,8%	11,4%	19,1%
Suppression de la puberté	6	1,9%	1,5%	0,4%	3,4%
Hormonothérapie	218	69,2%	4,9%	64,3%	74,1%
Suivi psychologique	126	40,0%	5,2%	34,8%	45,2%
Suivi dermatologique	65	20,6%	4,3%	16,3%	25,0%
Séances d'orthophonie	57	18,1%	4,1%	14,0%	22,2%
Chirurgie	118	37,5%	5,2%	32,3%	42,6%
Conservation des gamètes	2	0,6%	0,8%	-0,2%	1,5%
Données manquantes	5	1,6%	1,3%	0,3%	2,9%

Tableau 18 : Prise en charge médicale de la transition de genre.

3.4.2 Le vécu du suivi médical de la transition de genre

Cet accompagnement a été vécu comme adapté dans 39,4% des cas et bienveillant pour 29,8% de l'effectif. Au contraire, il a été vécu comme inadapté dans 22,5% des réponses et maltraitant pour 3,5% des réponses. En extrapolant ces résultats à la population totale, il pourrait y avoir jusqu'à 22,6% des accompagnements vécus comme maltraitants ou inadaptés en France ($p < 0,05$).

Résultats

Vécu du suivi médical de la transition	Echantillon		IC extrapolé à la population totale (Tableau 1)		
	n	%	IC 95%	Borne basse	Borne haute
Maltraitant	11	3,5%	2,0%	1,5%	5,5%
Inadapté	71	22,5%	4,5%	18,1%	27,0%
Adapté	124	39,4%	5,2%	34,1%	44,6%
Bienveillant	94	29,8%	4,9%	24,9%	34,7%
Total Inadapté et Maltraitant	82	26,0%	4,7%	21,3%	30,7%
Données manquantes	15	4,8%	2,3%	2,5%	7,0%

Tableau 19 : Vécu du suivi médical de la transition de genre.

3.4.3 Les acteur·rice·s de santé trans-friendly

On note que 63,5% des personnes ayant participé à ce questionnaire ont eu des difficultés pour trouver un·e acteur·rice de santé trans-friendly, alors même que le questionnaire a été distribué par le biais des associations qui sont un relais vers les professionnels·les trans-friendly.

Difficultés rencontrées pour trouver un acteur·rice de santé trans-friendly	Echantillon		IC extrapolé à la population totale (Tableau 1)		
	n	%	IC 95%	Borne basse	Borne haute
Oui	200	63,5%	5,2%	58,3%	68,6%
Non	109	34,6%	5,1%	29,5%	39,7%
Données manquantes	6	1,9%	1,5%	0,4%	3,4%

Tableau 20 : Difficultés rencontrées pour trouver un acteur·rice de santé trans-friendly.

4. Discussion

4.1 Principaux résultats

4.1.1 Le·la médecin généraliste comme premier·ière interlocuteur·rice face aux questionnements sur l'identité de genre

Le·la médecin généraliste, et en particulier le·la médecin traitant, tient une place importante dans l'accueil des personnes en questionnement sur leur identité de genre en France. Il·elle est le·la premier·ière interlocuteur·rice face aux questions sur l'identité de genre pour plus de 36,3% des personnes en variance de genre dans la population générale. Malgré des conflits encore vifs entre les personnes transidentitaires et le corps médical, le·la médecin généraliste reste un·e acteur·rice important·e de par sa place dans la coordination des soins, son accessibilité et sa place dans le suivi sur le long terme des patient·e·s³⁰.

4.1.2 Les médecins généralistes identifié·e·s comme trans-friendly

Les médecins identifié·e·s comme trans-friendly représentent 10,5% de l'effectif de l'étude malgré leur sous-représentation dans la population médicale en France. Par ailleurs, 63,5% des personnes interrogées ont eu des difficultés pour trouver un·e professionnel·le de santé trans-friendly. Ces chiffres montrent l'importance pour les patient·e·s de recourir à un·e interlocuteur·rice informé·e et bienveillant·e. Les acteur·rice·s de santé trans-friendly en France sont trop peu nombreux·ses et insuffisamment identifié·e·s pour permettre un accès égal et de proximité aux patient·e·s en questionnement sur leur identité de genre. Ces résultats sont d'autant plus marquants si on considère que les questionnaires ont été distribués par le biais des associations qui souvent font relais auprès des patient·e·s pour leur indiquer des professionnel·le·s de santé trans-friendly.

4.1.3 Les acteur·rice·s de santé de proximité comme premier recours

Le choix des patient·e·s pour leur premier·ière interlocuteur·rice de santé se porte de façon prédominante sur des acteur·rice·s de proximité, comme les médecins généralistes et les psychologues, situés à moins de 30 km de leur domicile pour 73,3% à 82,2% des personnes en variance de genre dans la population générale. Cette prédominance du contact de proximité donne une place de choix aux médecins généralistes et confirme l'importance de l'accessibilité des acteur·rice·s de santé dans le parcours de soins.

4.1.4 Un entretien tardif dans le cheminement identitaire

La première expression des questionnements sur l'identité de genre semble intervenir tard dans le cheminement des personnes concernant leur identité de genre si l'on considère que 76,2% d'entre eux·elles étaient décidé·e·s sur leur volonté de transition lors de cette première consultation. Par ailleurs, 21,6% de l'effectif avait débuté une transition de genre en dehors du parcours médical. L'automédication est une solution face à des difficultés d'accès aux soins mais aussi une façon de s'approprier son corps sans avoir à expliquer ou argumenter sa volonté de transition auprès des médecins. Le parcours médical de la transition nécessite d'explicitier sa transidentité à des acteur·rice·s de santé, s'exposant ainsi à la transphobie. Il semble donc important de remettre en question l'accueil actuel des personnes en variance de genre afin de leur permettre de pouvoir exprimer leurs questionnements plus précocement dans le processus psychique d'affirmation du genre. Un accueil large et bienveillant sur l'ensemble du territoire par des acteur·rice·s de santé de proximité fournirait un meilleur accompagnement du processus de transition de genre et réduirait ainsi les risques liés à l'automédication.

4.1.5 L'information comme une première réponse aux questionnements

Le préalable à toute action mise en place par les médecins généralistes devrait être l'information délivrée à la personne en variance de genre sur les possibilités d'accompagnement et le parcours médical de la transition. Cette information est délivrée dans 63,6% des cas, et pour les patient·e·s l'ayant reçu, ils se montrent satisfaits à l'issue de la consultation pour 76,2% d'entre eux. Ceci indique que les interlocuteur·rice·s de santé sont insuffisamment formés sur l'identité de genre et dans l'incapacité de délivrer cette information pour plus d'un tiers des patients. Il paraît indispensable que tout médecin généraliste soit en capacité d'accueillir le·la patient·e en variance de genre avec bienveillance, sans jugement, et soit en capacité de délivrer une information sur la transition de genre.

4.1.6 Des actions influencées par l'identité de genre et la relation préexistante avec le·la médecin généraliste

Les actions mises en place par le·la médecin généraliste sont influencées par l'identité de genre des patient·e·s. Ce biais se retrouve dans l'orientation des patient·e·s vers des médecins ou centres spécialisés et dans la prescription d'exams complémentaires, qui est moins fréquente chez les personnes non binaires, mais aussi dans l'orientation vers un psychologue ou psychiatre, qui est plus importante chez les femmes transgenres.

Par ailleurs, un peu moins d'un quart de l'effectif n'a vu aucune action être initiée par le·la médecin généraliste à l'issue du premier entretien. Cette proportion double (44,4%) quand la relation avec le·la médecin généraliste, avant l'expression des questionnements sur l'identité de genre, est qualifiée de mauvaise à très mauvaise. La relation avec le·la médecin généraliste influence les actions mises en place et les interactions avec les autres acteur·rice·s de santé. Cette relation médecin-patient·e est à la base d'un accompagnement serein dans la transition de genre.

4.1.7 Des réseaux de soins peu identifiés par les patients

Actuellement, la prise en charge dans un réseau de soin n'est pas ressentie pour 60,7% à 71,4% de la population générale en variance de genre. Ce phénomène peut provenir d'un développement insuffisant de réseaux de soins concernant la transidentité en France, mais aussi d'un manque d'interactions entre les acteur·rice·s de santé dans ces réseaux. En effet, il n'y a eu aucune interaction entre le·la médecin généraliste et le·la spécialiste chez qui le·la patient·e est adressé·e dans 60,8% des cas et ce chiffre atteint 77,7% des cas lorsque la relation avec le·la médecin généraliste est qualifiée de mauvaise.

4.1.8 Un accompagnement de la transition de genre parfois inadapté

En population générale, les accompagnements vécus comme inadaptés ou maltraitants pourraient atteindre 22,6% de l'ensemble des accompagnements des personnes en variance de genre. Pour autant, des moyens simples d'accueil bienveillant au cabinet médical existent et pourraient être déployés plus largement, comme le proposent certaines associations LGBTQIA+. Par exemple, comme indiqué dans la première partie, l'appel en salle d'attente par l'heure de rendez-vous permettrait d'éviter un mégenrage des personnes en variance de genre. Cette initiative peut ensuite être prolongée par, entre autres, la demande des prénom et pronoms souhaités, en les inscrivant dans le dossier médical.

La transition de genre inclue une transition sociale, longtemps entravée par la lourdeur des démarches administratives de changement de sexe à l'état civil¹⁵. Depuis 2016, la simplification des démarches a été une avancée considérable pour les personnes transidentitaires, leur permettant d'accéder plus facilement à l'emploi, à la santé, et à une vie sociale en adéquation avec leur vécu de genre. La transition sociale est un moment important et les personnes transidentitaires doivent pouvoir être accompagnées et soutenues dans cette démarche. Le vécu identitaire doit être respecté par le médecin car il tient de l'identité même de la personne, et de sa dignité.

4.2 Forces et faiblesses de l'étude

4.2.1 Place de cette étude dans la littérature

Les résultats de cette étude confirment les données issues de la thèse de Clément Vernier et Adèle Montpied sur le regard des personnes transidentitaires sur leurs parcours de soins et la place de la médecine générale dans ce parcours³⁰. En effet, le·la médecin généraliste était reconnu·e par les patient·e·s comme ayant une place dans la coordination des soins, mais aussi en tant qu'acteur·rice de proximité dans les entretiens menés ce qui est aussi le cas dans la présente étude. Ces résultats rejoignent aussi ceux de la littérature⁷ quant aux barrières supplémentaires appliquées aux personnes non binaires dans leur processus d'affirmation du genre. D'autre part, l'accès tardif aux prises en charge médicales et l'automédication²⁹ qui en découlent se sont également retrouvées dans les données produites ici. La relation médecin-patient·e tient une place centrale dans le vécu de la transition de genre comme le souligne la littérature⁷. La confiance et l'alliance thérapeutique sont à la base d'une prise en charge globale de la personne en variance de genre, en intégrant ses besoins dans un parcours personnalisé menant à l'affirmation du genre.

Il existe actuellement peu d'études françaises menées sur la place accordée au médecin généraliste dans le parcours de la transition de genre malgré l'implication du tissu associatif pour développer les réseaux de soins dans les territoires.

4.2.2 Limites de la méthode

Cette étude s'est centrée sur les patients en variance de genre, dans une forme déclarative, pouvant mener à surestimer ou sous-estimer certains points. L'avis des médecins généralistes sur leurs pratiques auprès des personnes en questionnement sur leur identité de genre pourrait compléter utilement ces données et apporter un éclairage supplémentaire.

Le questionnaire ne permet pas de faire la distinction entre les médecins généralistes trans-friendly et les médecins spécialistes trans-friendly. On peut ici supposer qu'une part des réponses accordées au médecin trans-friendly pourrait alors être agrégé à l'ensemble des médecins généralistes en tant que premier·ière interlocuteur·rice. Ces éléments pourraient engendrer une sous-estimation de la proportion de médecins généralistes choisis comme premier·ière interlocuteur·rice de santé auprès des personnes en variance de genre dans cette étude.

Le plus gros obstacle a été la distribution des questionnaires. Malgré la bonne volonté des acteur·rice·s de santé qui ont accepté de participer à ce projet, très peu de réponses auraient pu être obtenues. Par ailleurs, distribuer ces questionnaires en passant par les acteur·rice·s de santé eux-mêmes risquait de créer un biais important sur les réponses, en excluant notamment les personnes transidentitaires en rupture de soin. En conséquence, il est apparu que la voie de diffusion entraînant le moins de biais était de solliciter les associations LGBTQIA+ pour la diffusion du questionnaire.

On notera le faible nombre d'associations ayant accepté de diffuser le questionnaire au regard du nombre d'associations contactées, réduisant ainsi sa diffusion sur le territoire. Par ailleurs, il y a pu avoir un biais concernant la diffusion des questionnaires. En effet, les associations LGBTQIA+ sont principalement citadines et on peut se demander s'il existe un profil principalement urbain chez les personnes ayant répondu au questionnaire. De la même façon, le recours majoritaire à des acteur·rice·s de proximité a pu être impacté par cette répartition de la distribution des questionnaires. La diffusion du questionnaire principalement par voie informatique par le biais de listes de diffusion de mail ou par les réseaux sociaux a pu sélectionner des participant·e·s jeunes de façon prédominante. De façon plus générale, le nombre de participants nécessaires calculé initialement n'a pas pu être atteint, sans pour autant impacter la significativité des résultats.

4.2.3 Originalité de l'étude

L'originalité de cette étude se retrouve dans le fait qu'elle apporte des données sur le territoire français, cohérentes au regard des données locales et internationales, sur la question du rôle du médecin généraliste dans l'accueil et le parcours médical des personnes en variance de genre.

L'ensemble de ces éléments démontrent un manque de connaissances des interlocuteur·rice·s de santé en France, dont les médecins généralistes, face aux questions sur l'identité de genre et une nécessité de mettre en place des formations et des réseaux de soins afin d'offrir aux patients en variance de genre un accueil et un accompagnement de proximité bienveillant et adapté aux besoins de chacun.

5. Conclusion

La première interrogation ayant mené à cette étude portait sur la place des médecins généralistes auprès des patient·e·s en questionnement sur leur identité de genre. Les données issues de la littérature soulignent l'importance du lien entre le·la patient·e et les soignant·e·s dans l'accompagnement de la transition de genre. C'est ici la place qu'occupe le·la médecin généraliste en tant qu'acteur·rice de proximité, de premier recours, qui est souligné. Dans la continuité des études déjà menées, cette thèse démontre qu'il·elle·s jouent un rôle important en tant que premier·ière interlocuteur·rice de santé pour aborder la variance de genre. De plus, les résultats développés ici montrent un recours tardif aux acteur·rice·s de santé dans le processus intrapsychique de l'affirmation du genre ainsi que des lacunes dans la coordination du parcours de soin. Pour répondre à cette demande d'un accueil adapté et bienveillant de proximité, les médecins généralistes doivent pouvoir se former afin de délivrer une information sur les possibilités de transition et un accompagnement dans le processus d'affirmation du genre. Cet accompagnement doit respecter le cheminement des patient·e·s, leur vécu identitaire et apporter un soutien à chaque étape.

Références bibliographiques

1. Krouch, T., & Moro, M. R. (2016). Trouble de l'identité de genre chez l'enfant et l'adolescent : expériences de prise en charge à l'étranger. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 64(4), 232-239.
2. Chiland, C. (2015). Le genre : du statut social au déni de la réalité biologique. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 199(6), 1017-1028.
3. Chiland, C. (2016) Qu'est-ce que le genre ? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, (vol. Volume 64, Issue 1, Pages 1-6)
4. Martinerie, L., Le Heuzey, M. F., Delorme, R., Carel, J. C., & Bargiacchi, A. (2016). Évaluation et prise en charge d'une dysphorie de genre chez l'enfant et l'adolescent. *Archives de Pédiatrie*, 23(6), 668-673.
5. Mendes, N., Lagrange, C., & Condat, A. (2016). La dysphorie de genre chez l'enfant et l'adolescent : revue de littérature. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 64(4), 240-254.
6. Chiland, C. La problématique de l'identité sexuée. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, vol. 56 (2008) 328-334.
7. Poirier, F., Condat, A., Laufer, L., Rosenblum, O., & Cohen, D. (2019). Non-binarité et transidentités à l'adolescence : une revue de la littérature. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 67(5-6), 268-285.
8. Garcia, D., Gross, P., Baeriswyl, M., Eckel, D., Müller, D., Schlatter, C., & Rauchfleisch, U. (2014, May). De la transsexualité à la dysphorie de genre. In *Forum Médical Suisse* (Vol. 14, No. 19, pp. 382-387). EMH Media.
9. Alessandrin, A. (2014). Du "transsexualisme" à la "dysphorie de genre" : ce que le DSM fait des variances de genre. *Socio-logos*
10. Marchand, JB, et al. (2015). Du transsexualisme à la dysphorie de genre : regroupement ou amalgame. *Evol Psychiatr* (2015;80(2) - 0014-3855)
11. Zucker et al. (2013). Memo outlining evidence for change for gender identity disorder in the DSM-5. *Arch Sex Behav*, (vol. 42:901-914. DOI 10.1007/s10508-013-0139-4)

12. American Psychiatric Association, Marc-Antoine Crocq, Julien-Daniel Guelfi, Patrice Boyer, Charles-Bernard Pull, Marie-Claire Pull. DSM-5, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
13. OMS. (2018). ICD-11 International Classification of Diseases 11th Revision
14. Alessandrin, A., Gallarda, T., & Bouchard, J. P. (2019, October). Transidentités et changement de sexe : le point de vue du sociologue, le rôle du psychiatre. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 177, No. 8, pp. 853-860). Elsevier Masson.
15. Roger P. (2015). Changement de sexe à l'état civil de la personne transsexuelle et conséquences sur la famille. *Evol Psychiatr* (2015;80(2) - 0014-3855)
16. Alessandrin, A. (2016). La transphobie en France : insuffisance du droit et expériences de discrimination. *Cahiers du Genre* (2016/1 n° 60 | pages 193 à 212). L'Harmattan
17. Bourgeois, ML. (2017). Le cerveau (hypothalamus) dans les dysphories de genre et le transsexualisme. (0003-4487/2017) Elsevier Masson.
18. De Vries, A. L., & Cohen-Kettenis, P. T. (2012). Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: the Dutch approach. *Journal of homosexuality*, 59(3), 301-320.
19. The World Professional Association for Transgender Health 7th Version. (2012). Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People.
20. Condat, A., et al. (2015). La dysphorie de genre chez l'enfant et l'adolescent: histoire française et vignettes cliniques. (0222-9617/© 2015) Elsevier Masson.
21. Steinfeld, B., et al. (2015). The role of lean process improvement in implementation of evidence-based practices in behavioral health care. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 42(4), 504-518.
22. Le Heuzey, M. F. (2013). Le concept de trouble de l'identité sexuelle chez l'enfant et l'adolescent. Qu'en savoir ? Que dire ? Que faire ? *Archives de pédiatrie*, 20(3), 318-322.
23. Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W. J., Murad, M. H., & T'Sjoen, G. G. (2017). Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: an endocrine society clinical practice

- guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 102(11), 3869-3903.
24. Bauquis, O., Pralong, F., & Stiefel, F. (2011, January). La chirurgie de réassignation sexuelle dans le cadre des troubles de l'identité de genre. In *Forum Médical Suisse* (Vol. 11, No. 04, pp. 58-64). EMH Media.
25. Eckstrand, K. L., Ng, H., & Potter, J. (2016). Affirmative and responsible health care for people with nonconforming gender identities and expressions. *AMA journal of ethics*, 18(11), 1107-1118.
26. Pécoud, P., Pralong, F., Bauquis, O., & Stiefel, F. (2011). Transsexualisme: enjeux et spécificités liés à la prise en charge d'une demande de réassignation sexuelle. *Revue Médicale Suisse*, (282), 395.
27. Agana, M. G., Greydanus, D. E., Indyk, J. A., Calles Jr, J. L., Kushner, J., Leibowitz, S., & Cabral, M. D. (2019). Caring for the transgender adolescent and young adult: Current concepts of an evolving process in the 21st century. *Disease-a-Month*, 65(9), 303-356.
28. Alessandrin, A. (2019). La notion de regret dans la clinique du changement de genre. *L'Évolution Psychiatrique*, 84(2), 277-284.
29. Rotondi, N. K., Bauer, G. R., Scanlon, K., Kaay, M., Travers, R., & Travers, A. (2013). Nonprescribed hormone use and self-performed surgeries: "do-it-yourself" transitions in transgender communities in Ontario, Canada. *American journal of public health*, 103(10), 1830-1836.
30. Vernier, C., & Montpied, A. (2019). Regards des personnes transidentitaires sur leurs parcours de soins: quelle place pour la médecine générale? Étude qualitative par entretiens semi-dirigés.
31. Cuzin, B. (2009). Situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge médicale du transsexualisme en France. *HAS*
32. Moody, C., & Smith, N. G. (2013). Suicide protective factors among trans adults. *Archives of sexual behavior*, 42(5), 739-752.
33. Van de Grift, T. C., Elaut, E., Cerwenka, S. C., Cohen-Kettenis, P. T., & Kreukels, B. P. (2018). Surgical satisfaction, quality of life, and their association after gender-affirming surgery: a follow-up study. *Journal of sex & marital therapy*, 44(2), 138-148.

34. Puckett, J. A., Cleary, P., Rossman, K., Mustanski, B., & Newcomb, M. E. (2018). Barriers to gender-affirming care for transgender and gender nonconforming individuals. *Sexuality Research and Social Policy*, 15(1), 48-59.

Annexes

A. Critères diagnostics du DSM-V pour la dysphorie de genre

Critères indispensables dans toutes les classes d'âge
Incongruité marquée entre le sexe de naissance et le ressenti de l'identité de genre (l'identification de l'autre sexe) présente pendant ≥ 6 mois
Souffrance cliniquement importante ou altération fonctionnelle résultant de cette incongruité
Diagnostic chez les enfants
En plus des caractéristiques requises pour tous les groupes d'âge, le diagnostic chez l'enfant peut être porté si plus de 6 critères sont présents :
Un profond désir d'appartenance ou une insistance considérer appartenir à l'autre sexe (ou à un autre sexe)
Une forte préférence pour les vêtements typiques du sexe opposé et, chez les filles, la résistance à porter des vêtements typiquement féminins
Une forte préférence pour les rôles transgenre dans les jeux
Une forte préférence pour les jouets, les jeux et les activités typiques de l'autre sexe
Une forte préférence pour les camarades de l'autre sexe
Un fort rejet des jouets, des jeux et des activités typiques de leur sexe de naissance
Une forte aversion de leur anatomie
Un fort désir pour les caractères sexuels primaires et/ou secondaires qui correspondent à leur identité de genre ressentie
Diagnostic chez les adolescents et chez les adultes
En plus des caractéristiques requises pour tous les groupes d'âge, les adolescents et les adultes doivent présenter au moins 1 des critères suivants :
Un fort désir de se débarrasser de (ou pour la·le jeune adolescent·e, de prévenir le développement de) leurs caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires
Un fort désir pour les caractères sexuels primaires et/ou secondaires qui correspondent à leur identité de genre ressentie
Un fort désir d'être de l'autre sexe (ou d'un autre sexe)
Un fort désir d'être traité comme appartenant un autre sexe
Une forte conviction de ressentir et de réagir de façon typique comme le ferait l'autre sexe

B. Questionnaire :

Vos questions sur l'identité de genre et le médecin généraliste

Bonjour,

Je suis interne en médecine générale et je fais ma thèse sur la place du médecin généraliste dans les questionnements sur l'identité de genre.

Ce questionnaire s'adresse à toute personne majeure ayant présenté un questionnement sur son identité de genre, habitant en région toulousaine. Vous pouvez y répondre même si vos questionnements n'ont pas mené à une prise en charge médicale. Ce questionnaire est anonyme et ne prendra que quelques minutes.

Je vous remercie pour votre participation.

Jane Inglebert

Votre identité

1. Quel âge avez-vous ?

.....

2. A quel genre vous identifiez-vous ?

- Femme Cisgenre
- Homme Cisgenre
- Femme Transgenre
- Homme Transgenre
- Gender Fluid
- Gender Queer
- Agenre
- Autre

Votre premier·ière interlocuteur·rice concernant vos questionnements sur votre identité de genre

Les questions suivantes concernent la consultation au cours de laquelle vous avez parlé de votre identité de genre pour la première fois à un·e acteur·rice de santé.

3. Quel a été le·la premier·ière acteur·rice de santé avec lequel·laquelle vous avez abordé vos questionnements sur l'identité de genre ?

- Mon médecin traitant / médecin de famille
- Médecin identifié comme trans-friendly
- Autre médecin généraliste
- Endocrinologue
- Psychiatre
- Psychologue
- Infirmier·ière
- Kinésithérapeute
- Autre médecin spécialiste :
- Autre acteur·rice de santé:

4. A quel stade de votre questionnement avez-vous pris contact avec cet·te interlocuteur·rice ?

- J'avais des questionnements, sans volonté de transition de genre.
- J'avais des questionnements, et je voulais des informations sur les possibilités de transition de genre.
- Je voulais débiter une transition de genre.
- J'avais déjà commencé une transition de genre sans avoir recours au circuit médical.

5. A quelle distance de votre domicile se situait votre premier·ière interlocuteur·rice ?

- Moins de 15 km
- Entre 15 et 30 km
- Entre 30 et 50 km
- Plus de 50 km

Vos questions sur l'identité de genre et le·la médecin généraliste

Les questions suivantes concernent les consultations que vous avez pu avoir avec un·e médecin généraliste à propos de vos questionnements sur l'identité de genre, même s'il n'était pas votre premier·ière interlocuteur·rice de santé.

Si vous n'avez jamais parlé de votre identité de genre avec un·e médecin généraliste, vous pouvez aller directement à la rubrique "votre suivi".

6. Si vous avez abordé la question de l'identité de genre avec un médecin généraliste, la consultation était-elle dédiée à cette discussion ?

- Oui, j'avais pris rendez-vous pour aborder mes questionnements sur mon identité de genre.
- Non, je venais chez le·la médecin pour un autre motif.

7. Si vous avez abordé la question de l'identité de genre avec un·e médecin généraliste, avez-vous été satisfait·e de cette discussion ?

Pas du tout satisfait·e	Peu satisfait·e	Indifférent·e	Assez satisfait·e	Très satisfait·e
•	•	•	•	•

8. Si vous avez abordé la question de l'identité de genre avec un·e médecin généraliste, quelles ont été les actions mises en place par le·la médecin ?

- Informations avec des dépliants ou orientation vers des sites internet.
- Orientation vers une association.
- Proposition d'une seconde consultation pour discuter à nouveau de vos questionnements.
- Orientation vers une équipe spécialisée ou un·e médecin spécialiste.
- Orientation vers un·e psychiatre ou un·e psychologue.
- Information sur les effets attendus et les potentiels effets indésirables des différentes prises en charge médicales.
- Informations sur le parcours médical de la transition de genre (hormonothérapie, chirurgie, ALD...)
- Prescription d'examens initiaux et de suivi (bilans sanguins, imagerie...)
- Accompagnement psycho-social (médiation familiale, coming-out, conseils juridiques...)
- Aucune action mise en place.
- Autre.....

9. Comment qualifieriez-vous votre relation avec le·la médecin généraliste ?

	Très mauvaise	Mauvaise	Neutre	Bonne	Très bonne
<u>Avant</u> l'expression de vos questionnements	•	•	•	•	•
<u>Après</u> l'expression de vos questionnements	•	•	•	•	•

10. Si le·la médecin généraliste vous a orienté vers un·e spécialiste, a-t-il-elle interagit avec celui-ci ?

- Oui, il·elle a écrit un courrier à l'attention du·de la spécialiste.
- Oui, il·elle a écrit un courrier à l'attention d'un·e spécialiste trans-friendly.
- Oui, il·elle a téléphoné à un·e spécialiste.
- Non, il n'y a pas eu de communication entre le·la médecin généraliste et le·la spécialiste.

11. Vous êtes-vous senti·e pris·e en charge dans un réseau de soins ?

Un réseau de soins regroupe des professionnel·le·s de santé interagissant entre eux·elles pour coordonner la prise en charge d'un·e patient·e.

- Oui
- Non

Votre suivi

Les questions ci-dessous concernent votre parcours, votre suivi.

12. A ce jour, avez-vous bénéficié d'un accompagnement par un·e acteur·rice de santé concernant votre parcours de transition de genre ?

- Oui
- Non

13. Si oui, sur quels aspects ?

- Transition sociale (médiation, coming-out, informations juridiques...)
- Suppression de la puberté
- Hormonothérapie
- Suivi psychologique
- Suivi dermatologique
- Séances d'orthophonie
- Chirurgie
- Autre

14. Comment vivez-vous votre suivi médical dans son ensemble ?

Maltraitant	Inadapté	Adapté	Bienveillant
•	•	•	•

15. Avez-vous eu des difficultés pour trouver des interlocuteurs bienveillants / trans-friendly ?

- Oui
- Non

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.

Le médecin généraliste comme premier interlocuteur face aux questionnements sur l'identité de genre

Présentée et soutenue publiquement par Jane INGLEBERT le 15 Juin 2021 à la faculté de médecine de Purpan, Toulouse

Directrice de thèse : Dr Florence DURRIEU

Résumé

Introduction : L'identité de genre se définit comme un processus intrapsychique confronté à des apprentissages au sein du tissu social. Quand il existe un écart entre le genre ressenti et le genre assigné à la naissance, on parle de transidentité ou de variance de genre. Face aux questionnements des patient·e·s sur leur identité de genre, cette étude vise à déterminer dans quelle proportion le·la médecin généraliste est un·e premier·ière interlocuteur·rice de santé. Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive réalisé en France. Ont été inclus les patients majeur ayant eu des questionnements sur leur identité de genre et en ayant abordé ces questionnements avec un acteur de santé. Un questionnaire informatisé a été diffusé par le biais des associations LGBTQIA+ ayant accepté de participer à cette étude. Le recueil des données a eu lieu entre le 24 octobre 2020 et le 21 mars 2021. Résultats : Un total de 315 questionnaires a été récolté et analysé. Le·la médecin traitant est majoritairement le·la premier·ière interlocuteur·rice face aux questions sur l'identité de genre (36% des réponses, $p < 0,05$). Les personnes en variance de genre avaient pour 21,6% déjà commencé une transition en dehors du parcours médical lorsqu'ils se sont adressés pour la première fois à un acteur·rice de santé. Ils sont seulement 11,1% à être en questionnement sans volonté de transition lors de la première rencontre avec un·e acteur·rice de santé. Lorsqu'une personne consulte un·e acteur·rice de santé pour aborder la question du genre, sa décision est ferme dans plus de 70% des cas ($p < 0,05$). Les acteur·rice·s de santé choisi·e·s pour aborder la question du genre sont des acteur·rice·s de proximité, se situant à moins de 30 km du domicile des patient·e·s dans 73,3% à 82,2% des cas en population générale. Discussion: Malgré des conflits encore vifs entre les personnes transidentitaires et le corps médical, le·la médecin généraliste reste un·e acteur·rice important·e de par sa place dans la coordination des soins, son accessibilité et sa place dans le suivi sur le long terme des patient·e·s. Le choix des patient·e·s pour leur premier·ière interlocuteur·rice de santé se porte de façon prédominante sur des acteur·rice·s de proximité, comme les médecins généralistes et les psychologues. La première expression des questionnements sur l'identité de genre auprès d'un·e acteur·rice de santé semble intervenir tard dans le cheminement des personnes concernant leur identité de genre. Conclusion : Cette étude démontre que les médecins généralistes jouent un rôle important en tant que premier·ière interlocuteur·rice de santé pour aborder la variance de genre. Pour répondre à cette demande d'un accueil adapté et bienveillant de proximité, les médecins généralistes doivent pouvoir se former afin de délivrer une information sur les possibilités de transition et un accompagnement dans le processus d'affirmation du genre. Cet accompagnement doit respecter le cheminement des patient·e·s, leur vécu identitaire et apporter un soutien à chaque étape.

Abstract : The general physician as a first point of contact within the healthcare system for patients with questions about their gender identity.

Introduction: Gender identity is defined as an intrapsychic process faced with learnings within the social fabric. When there is a gap between the perceived gender and the gender assigned at birth, we speak of trans identity or gender variance. Faced with patients' questions about gender identity, this study aims to determine to what extent the general physician is the first point of contact within the healthcare system. Method: This is a descriptive epidemiological study carried out in France. It included adult patients who had questions about their gender identity and had raised these questions with a healthcare professional. A computerized study was distributed through LGBTQIA+ associations that agreed to participate in this study. Data collection took place between October 24, 2020 and March 21, 2021. Results: A total of 315 questionnaires were collected and analyzed. General physicians are most likely to be the first point of contact for questions on gender identity (36% of responses, $p < 0.05$). 21.6% of people with gender variance had already started a transition outside the medical path when they first approached a healthcare professional. Only 11.1% of the respondents were questioning their gender identity without will of transition during the first meeting with a healthcare professional. When a person consults a healthcare professional to address the issue of gender, their decision is firm in more than 70% of cases ($p < 0.05$). The healthcare actors chosen to address the gender issue are very local, they are located less than 30 km from the patients' homes in 73.3% to 82.2% of cases. Discussion: Despite lively conflicts between trans identity people and the medical profession, the general physician remains an important actor due to his place in the coordination of care, his accessibility and his role in the long term aftercare of patients. The patients' choice for their first health contact is predominantly directed to local actors, such as general physicians and psychologists. The first instance of questions about gender with a healthcare professional seems to come late in the individual gender identity process. Conclusion: This study demonstrates that general physicians play an important role as the first healthcare interlocutor about gender variance. To meet this demand for an adapted and benevolent local contact, general physicians must be able to receive training in order to provide information on the transition options and also support the process of gender affirmation. This support must respect the patient's progress, their identity experience and provide aftercare at each stage.

Mots Clés : identité de genre, variance de genre, dysphorie de genre, médecin généraliste, acteurs de santé, parcours de soins, gender identity, gender variance, general physician, healthcare professional, coordination of care.

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 - France