

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement

par

Eugénie NOMINE et Juliane PAYET

Le 19 JUIN 2023

**Consultation idéale en médecine générale selon les personnes transgenres
ou en questionnement de genre sur le parcours de transition**

Etude qualitative par entretiens semi-dirigés

Directeur de thèse : Dr Julien ARTIGNY

JURY :

Madame la Professeure Marie-Eve ROUGE-BUGAT

Présidente

Madame la Professeure Motoko DELAHAYE

Assesseur

Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA

Assesseur

Monsieur le Docteur Julien ARTIGNY

Assesseur

Département Médecine, Maïeutique et Paramédical
Tableau du personnel hospitalo-universitaire de médecine
2022-2023

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAROCHE Michel
Professeur Honoraire	M. ATTAL Michel	Professeur Honoraire	M. LAUQUE Dominique
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BOSSAVY Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURS Jean-Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BUJAN Louis	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CALVAS Patrick	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHIRON Philippe	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SCHMITT Laurent
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques

Professeurs Emérites

Professeur BUJAN Louis	Professeur MAGNAVAL Jean-François	Professeur SERRE Guy
Professeur CHAP Hugues	Professeur MARCHOU Bruno	Professeur VINEL Jean-Pierre
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur MESTHE Pierre	
Professeur LANG Thierry	Professeur MONTASTRUC Jean-Louis	
Professeur LAROCHE Michel	Professeur PERRET Bertrand	
Professeur LAUQUE Dominique	Professeur ROQUES LATRILLE Christian	

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétiq
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	M. MALAVAUD Bernard (C.E)	Urologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E)	Hématologie, transfusion	M. MANSAT Pierre (C.E)	Chirurgie Orthopédique
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BONNEVIALLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	Mme MAZEREUW Juliette	Dermatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAZIERES Julien (C.E)	Neurologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. BUREAU Christophe	Hépto-Gastro-Entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
Mme CHARPENTIER Sandrine (C.E)	Médecine d'urgence	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme PERROT Aurore	Physiologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. COURBON Frédéric (C.E)	Biophysique	Mme RAUZY Odile	Médecine Interne
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. FOURCADE Olivier (C.E)	Anesthésiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophtalmologie	M. SIZUN Jacques (C.E)	Pédiatrie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. GAME Xavier (C.E)	Urologie	M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. SOULAT Jean-Marc (C.E)	Médecine du Travail
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel (C.E)	Anatomie Pathologique	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
M. HUYGHE Eric	Urologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition		
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie		

P.U. Médecine générale

Mme DUPOUY Julie
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

P.U. - P.H.
2ème classe

Professeurs Associés

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique
M. COGNARD Christophe	Radiologie
Mme CORRE Jill	Hématologie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
Mme DUPRET-BORIES Agnès	Oto-rhino-laryngologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GASCOIN Géraldine	Pédiatrie
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
Mme MOKRANE Fatima	Radiologie et imagerie médicale
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PIAU Antoine	Médecine interne
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

Professeurs Associés de Médecine Générale

M. ABITTEBOUL Yves
M. BIREBENT Jordan
M. BOYER Pierre
Mme FREYENS Anne
Mme IRI-DELAHAYE Motoko
M. POUTRAIN Jean-Christophe
M. STILLMUNKES André

Professeurs Associés Honoraires

Mme MALAUAUD Sandra
Mme PAVY LE TRAON Anne
Mme WOISARD Virginie

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
M. APOIL Poi Andre	Immunologie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BOUNES Fanny	Anesthésie-Réanimation	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. LAPEBIE François-Xavier	Chirurgie vasculaire
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie diagnostiques et biomarqueurs médicale
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	M. LEPAGE Benoit	Cardiologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LHERMUSIER Thibault	Bactériologie-virologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	Mme MASSIP Clémence	Biochimie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MAUPAS SCHWALM Française	Nutrition
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MONTASTIER Emilie	Pharmacologie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Biologie du dév. Et de la reproduction
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Physiologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Médecine interne
M. COMONT Thibault	Médecine interne	M. MOULIS Guillaume	Biologie Cellulaire
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme NOGUEIRA Maria Léonor	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme PERICART Sarah	Physiologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie	M. PILLARD Fabien	Génétique
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PLAISANCIE Julie	Immunologie
Mme DE GLISEZINSKY Isabelle	Physiologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Biophysique et médecine nucléaire
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme QUELVEN Isabelle	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme RAYMOND Stéphanie	Pédo-psychiatrie
M. DELMAS Clément	Cardiologie	M. REVET Alexis	Hématologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme RIBES-MAUREL Agnès	Biochimie
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	Mme SABOURDY Frédérique	Psychiatrie adultes/Addictologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SALLES Juliette	Bactériologie Virologie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SAUNE Karine	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme SIEGFRIED Aurore	Immunologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	M. TREINER Emmanuel	Physiologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition	Mme VALLET Marion	Hématologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. VERGEZ François	Biophysique et médecine nucléaire
M. GASQ David	Physiologie	Mme VIJA Lavinia	
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction		

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
M. CHICOULAA Bruno
M. ESCOURROU Emile

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme DURRIEU Florence
M. GACHIES Hervé
Mme LATROUS Leïla
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Marielle

REMERCIEMENTS COMMUNS

A Madame la Professeure Marie-Eve Rouge-Bugat, qui nous fait l'honneur de présider notre jury de thèse. Soyez assurée, Madame, de notre sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Bruno Chicoulaa, merci d'avoir répondu positivement à notre souhait de vous voir dans la composition de notre jury. Merci pour la qualité de vos interventions tout au long de notre formation.

A Madame la Professeure Motoko Delahaye, merci d'avoir accepté de participer à notre jury de thèse. Merci de l'intérêt que vous portez à notre travail.

A Monsieur le Docteur Julien Artigny, merci d'avoir répondu présent si tôt pour diriger ce projet. Merci d'avoir su trouver la distance idéale entre autonomisation et soutien. Merci d'avoir contribué à notre déconstruction et à nos progrès en tant que chercheuse.

A toutes les personnes interrogées dans le cadre de ce travail de recherche, nous avons envers vous une sincère reconnaissance. Nous vous remercions pour votre investissement dans ce projet et pour la générosité de votre démarche.

Aux associations communautaires, qui ont participé à ce travail d'une manière ou d'une autre, nous tenons à vous faire part de notre gratitude.

A Flavie et à César, merci pour avoir généreusement mis vos talents en communication visuelle au service de ce projet.

REMERCIEMENTS JULIANE

A Eugénie, la meilleure partenaire pour cette aventure humaine, merci d'avoir accepté de me suivre, merci d'avoir su être rassurante quand c'était nécessaire, merci d'avoir une si grande capacité d'écoute et d'empathie. Merci de finir mes phrases et de savoir ce que je pense avant même que j'en ai formulé l'ébauche. Tic et Tac forever.

A Mathieu, merci d'avoir fait irruption dans ma vie. Merci pour ton engagement à mes côtés chaque jour. Merci pour tous les moments de bonheur partagés qui rechargent ma capacité de travail. Merci de t'être senti à ce point concerné par cette thèse.

A Maman et Papa, vous avez accompli la mission *Parents d'une étudiante* avec succès. Merci d'avoir été là depuis le début de mes études. Papa, à toutes les leçons d'Histoire que tu m'as faites réciter. Maman, à toutes les leçons de Français pour lesquelles tu as insisté. Merci Papa pour ta curiosité scientifique. Merci Maman pour ta rigueur dans le travail.

A Marine, merci d'être à mes côtés et d'assurer mes arrières ! Merci pour ton inaliénable confiance de petite sœur. Merci pour toutes ces discussions passionnantes, merci d'être ce clown qui met du soleil par-dessus les nuages.

A Piphi et à Véro, mes phares dans la tempête, merci pour l'exemple que vous êtes chacun. Merci pour votre générosité et votre partage d'expériences. Véro, merci pour ta créativité, ton ingéniosité et ta bienveillance. Tonton, merci pour toutes les choses du quotidien que tu m'as transmises... et merci de me challenger toujours plus en ski (you are the best uncle in the World).

A Papis et Mamies, merci d'être vous et de m'avoir fait grandir.

Mamie Monette, merci pour la ténacité que tu m'as transmise. Merci pour ton humour.

Mamie Odette, merci pour la passion du Vivant que tu m'as montrée.

Papi Claude, merci de m'avoir appelée "ce vilain petit bébé" avec tant d'amour et à mon corps défendant. Merci de m'avoir dit que je le resterai même en grandissant.

Papi Jean-Pierre, merci pour nos discussions philosophiques sur l'état du Monde.

A Rafaèle, Olivier et Yohan, merci pour votre accueil, merci de m'avoir permis de vivre ces premières années de cette façon. Onze ans déjà !

A Isabelle et François-Xavier, merci de m'avoir si gentiment accueillie. Votre bienveillance m'a fait m'épanouir dans le métier. Merci pour tous ces moments d'échanges où l'on progresse sans s'en rendre compte. Merci de m'avoir appris à savoir être plutôt qu'à savoir seulement.

A Sandrine, merci d'avoir ouvert le champ des possibles avec ta patientèle atypique. Merci de m'avoir fait autant de place à tes côtés si rapidement. Merci pour ta confiance.

A l'équipe des urgences de St-Gaudens, grâce à vous le lien ville-hôpital a une place importante dans mon exercice. Merci pour votre bonne humeur. Merci d'avoir contribué à forger mon caractère de soignante.

Au service de gastro-entérologie du CH Carcassonne, merci d'avoir eu cette exigence envers ma pratique, merci de m'avoir formée tant sur le plan théorique que technique. Merci de votre soutien pendant la réalisation de cette thèse.

A Madame la Docteur Frédérique Nathan-Bonnet, merci pour le courage qu'a été le vôtre. Merci d'avoir pu me permettre de me former sur les plans pratique et théorique tout en poursuivant la thèse.

A Marion, merci pour ton dynamisme et ton franc-parler. Merci de m'avoir montré une distance équilibrée dans la relation soignant-patient.

A Marie, grâce à toi la pédiatrie est démystifiée. Merci pour ta gentillesse et ta douceur qui ont su me donner confiance en moi.

A Magali et à Jean-Lin, merci pour la confiance que vous m'avez témoignée dans mes premiers pas en autonomie. Merci pour votre soutien si présent.

A Philippe, Cécile et Babeth, merci pour la convivialité qui vous caractérise. Merci de m'avoir fait une place de pair à vos côtés.

A Mme. Michèle Barrière, il y a eu un avant et un après vous. Mon esprit s'est éveillé à votre contact. C'est pour moi une grande fierté d'avoir été votre élève. Merci de m'avoir façonnée.

A Petits Petons, merci d'exister, d'être là, d'écouter, d'être partiale. Merci pour ta spontanéité. Merci depuis tout ce temps.

A Laura, à toutes ces heures à réviser chez toi, merci pour ton accueil inconditionnel et ton absence de jugement. Merci pour toutes ces larmes et ces rires partagés. Merci à ta mère.

A Charlotte, briller avec de l'humour noir je n'ai jamais compris comment c'était possible mais tu excèles dans le domaine. Merci pour tes mots qui sont toujours si bien choisis.

A Sarah, au jour de notre rencontre ! Et à tous ceux qui ont suivi. Tu as été mes yeux et tellement plus. Merci pour ta malice, merci pour ta douceur.

A Cécile, ta vision du monde est une bouffée d'air frais, merci pour ta candeur. Merci de m'avoir prise sous ton aile.

A Elo, merci pour l'intérêt toujours enjoué que tu portes à toutes choses, y compris à tes amies.

A Gwen, merci pour ta clairvoyance en tous points. Il n'y a pas qu'aux urgences que tu sauves des vies.

Aux colloc du Château : Claire, Mélanie, Arse, Thibault, Phiphi, à tous nos Perudos ! Merci d'avoir rendu ces 6 mois si joyeux. Merci Mélanie pour ta douceur, merci Claire d'avoir été la meilleure challenger qu'il soit aux jeux, merci Arse pour ta capacité d'écoute, merci

Thibault pour tes talents de DJ qui font l'âme d'une maison, merci Phiphi le dino pour ce souvenir mémorable et tous les autres.

Aux Coeurlocs de St-Gaudens : Camille, Paul, Lucile, merci pour toutes ces discussions enflammées, merci pour vos rires si communicatifs.

A Gaston, merci pour m'avoir fait confiance, merci pour m'avoir donnée confiance en moi dans des moments clés de ma vie étudiante.

A la team Aïki, à tous nos échanges passionnés, à tous nos rires. Merci d'avoir été les témoins bienveillants de cette aventure.

REMERCIEMENTS EUGÉNIE

A Juliane, mon Tic ou mon Tac, celle avec qui tout commence dans cette aventure, merci de ta proposition. Merci pour ta détermination, d'avoir le don d'élargir le champ des possibles et surtout merci pour la symbiose, qu'elle reste intacte.

A **Anne**, ton énergie est sans limite, merci de m'avoir appris comment pratiquer la médecine avec empathie et dévouement, ta vivacité est quasi inatteignable. Tu es un modèle pour moi. Merci pour les souvenirs de ce premier semestre si particulier, de notre premier diagnostic de COVID aux activités manuelles avec Lise et surtout tes bons petits plats. Avec Lise et Maxime, venir vous voir est toujours un moment de plaisir.

A **François-Xavier**, pour ces moments sur les routes pendant les visites où tu m'as partagé ton expérience et ta vision de la médecine générale. Merci de m'avoir ouvert la voie de la médecine palliative. Et de m'avoir appris que l'humour était un outil essentiel. Merci à **Isabelle**, pour ta douceur et ta gentillesse. Merci à vous de nous avoir accueilli « comme à la maison » avec Juliane.

A **Motoko**, pour toutes tes connaissances transmises. Je te suis reconnaissante de m'avoir aidé à m'améliorer sur ma plus grande faiblesse : dire non.

A l'équipe médicale et paramédicale des urgences de Rodez, merci pour votre patience, votre efficacité et vos rires.

A l'équipe de gériatrie de Carcassonne pour la bonne humeur. **A celle de gastro-entérologie**, votre rigueur m'a permis de progresser. Plus particulièrement, merci **au Dr Paul Strock** pour m'avoir transmis que les patients avaient toujours la réponse à leurs propres questions.

A l'équipe de pédiatrie de Rodez, et au Dr Bernard Caurier, merci pour votre accueil et les clés partagées dans l'examen du tout petit.

A l'équipe paramédicale de Soins Palliatifs du CHU de Toulouse, merci et bravo pour toute votre énergie, votre tendresse et la force qui vous anime. Plus particulièrement, à mes deux mamans de l'EMSP, **Isabelle et Sylvie**, vous avez été essentielles à mon épanouissement et pour ça merci. Merci à **Chloé**, pour la bonne adresse des chocolats et à **Andra**, pour tes massages relaxants. Merci à **Coretha** pour ta joie de vivre et ta justesse, à **Magalie** pour ta sérénité, à **Valérie** pour donner de la beauté à tout ce qui t'entoure et à **Christine** pour ta patience.

Et à l'équipe médicale, merci de m'avoir intégré dans votre équipe et de m'avoir transmis votre savoir faire et votre savoir être, ce fut une année enrichissante. A **Célia**, merci pour ton accueil et pour avoir nourri nos passions communes, à **Natacha**, pour veiller au bon déroulé des étapes de ma vie, à **Sandrine** pour ton intelligence et ta persévérance, à **Grégoire**, pour ta force tranquille, à **Emilie**, pour ton exigence et ta diplomatie et **Nicolas**, merci de m'avoir permis de me former à la médecine palliative.

A **Sandrine D**, merci pour ta bienveillance, ton humilité et la passion débordante qui t'anime, tu es pour moi une inspiration sur tous les plans de la vie. **A ta tribu**, merci pour tous les déjeuners partagés, des plus philosophiques aux plus connectés. Et **Michel**, à ton énergie, qui pourrait déplacer plus que des montagnes : la Corrèze. Vous êtes une famille formidable.

A **Maya**, ton pragmatisme a été un pilier dans ma progression en autonomie. Merci pour ton incroyable générosité, d'avoir partagé tes bonnes adresses lourdaises et de m'avoir fait découvrir un repère convivial, le Cante. Merci à **Paul** pour sa bonne humeur. Et je n'oublie pas nos multiples promesses culinaires, dont la liste est presque aussi longue que cette thèse.

A **Elodie**, merci pour ton énergie, pour ces sorties footing entre midi et deux et la découverte de la gastronomie portugaise. Merci pour ta confiance dans les prises en charge palliatives et pour tous ces moments d'échange qui les entouraient.

A tous ces professionnels de la santé rencontrés pour une journée de formation, ou parfois un peu plus, merci pour le partage et pour m'avoir offert la possibilité de puiser dans votre pratique pour inspirer la mienne.

A tous les amoureux des Pyrénées rencontrés, à **Laure, Samuel et Raphaëlle**, vous retrouver est toujours un plaisir. **Aux internes du semestre Hiver 2023** pour la bonne ambiance.

A la team des urgences de Rodez : à **Cyrielle**, l'aventurière, à **Faustine**, merci pour la rééducation olfactive et gustative post COVID, à **Hubert** le gentilman, à **Julien** le tennisman et à **Charles** le basketman. Une équipe de choc qui heureusement n'a pas eu à gérer le déshoc. **A tous les ruthénois**, ceux qui le sont vraiment et ceux qui l'ont été l'espace d'un semestre, merci pour ces étés.

Aux cointernes de Carcassonne, merci d'avoir rendu ce semestre moins confiné.

Aux Limougeauds, les chemins se séparent mais les souvenirs restent intacts. Merci pour toutes ces années, cette vie étudiante de luxe, ces soirées et ces vacances partagées.

A Claire, merci pour ta confiance. La force que tu puises dans ta résilience et ton ambition est un modèle pour moi. Et à **Eva**, une petite chipie pleine de vie, et à ton bel avenir.

A Viviane, l'audacieuse. Merci pour ton énergie, ton humour et ta spontanéité. Partager une salle de bain, une garde-robe et des potins à Baudin nous lie à vie.

A Sarah, mon binôme, ma sœur de cœur. Merci pour ce tout premier sourire à Progres'Sco. Tu reçois mes rires, mes joies, mes pleurs, mes doutes sans aucun jugement. Merci pour la force que je puise en toi, nous grandissons ensemble. Merci à **Ugo** d'accepter cette amitié si particulière et à tes parents pour tous les moments de convivialité partagés.

A Marion, la queen. Merci pour les fous rires, pour avoir donné un sens à ces années lycée et pour le girl power qui shine tout autour de toi. Merci de ne pas avoir été trop jalouse que j'apprécie aussi ta sœur **Audrey** et sa grâce.

A Alison, ma pouette. Merci de faire rayonner tout ce qui t'entoure, pour ces discussions à multiples tiroirs, merci pour l'amitié authentique que l'on tisse depuis si longtemps maintenant et d'être un pilier de ma vie. De près ou de loin, tu sais que je suis toujours là.

Aux dévoreurs de (muffins à la) myrtille : merci à **Joris** de m'avoir appris à être plus précise...dans mes explications de la recette de la semoule, à **Gwenn**, pour me rappeler mes racines et le doux chant de l'accent champenois dans ce brouhaha toulousain, à **Paul**, pour m'avoir initiée/forcée à la dégustation de vins d'une région peu connue mais qui a du potentiel.

Et à tous ce que j'ai croisé dans cette maison en soirée et en barbecue dominicaux. **A Valentine** la pétillante, à la douce **Diane**. **A Marie-Eve**, à nos passions communes, des restaurants toulousains à notre club très privé de lecture.

Aux cirrhotiques, et plus particulièrement à la catégorie des skieurs fous, merci de m'avoir intégré dans votre bande de joyeux copains.

A mes colocs toulousaines, un lieu d'amour et de partage : à **Anna**, pour ta sagesse, merci d'avoir toujours les réponses simples aux choses compliquées de la vie, à **Anne**, l'hyperactive, tu m'as appris que cuisiner sans recette pouvait être un succès et à **Mariama**, merci pour ton don unique de communiquer la bonne humeur. Et aussi à **Chacha**, la sauvage. Et merci de m'avoir fait rencontrer **les bichettes**, un si beau gang, merci pour la sororité.

A **Lauris**, mon petit frère, compagnon des premières bêtises, je t'ai vu progresser dans la vie et te remplir de sagesse. A **Garance**, ma petite sœur, tu es la petite dernière mais tu es un véritable exemple pour moi. Merci à tous les deux pour notre complicité, je suis si fière de vous avoir comme frère et sœur.

A **Laurent** et **Cécile**, merci pour le soutien infaillible et tout l'amour que vous nous donnez. Laurent, à ta vision utopiste de la vie, c'est une source puissante de créativité, merci de me la transmettre. Cécile, à ta vision scientifique, non dénuée de sensibilité, tu m'as toujours poussé à développer ma curiosité, celle qui m'a encouragé à prendre cette voie, et pour tout ça, merci.

A **Nénette** et **André**, je sais que vous seriez fiers de moi aujourd'hui, vous qui m'avez appris la valeur du travail et transmis la générosité comme clé du bonheur. Vous êtes les racines d'une si grande famille, et la sève qui nous lie tous, aussi éloignés que nous sommes. C'est toujours un plaisir de partager des moments avec toute la famille : tantes, oncles et cousins.

A mes grands-parents, **Jack et Claudine**, le gout du melon sur la terrasse des cailloux qui piquaient les pieds, la bande originale des grosses têtes en fond sonore des plongeurs dans la piscine sont les réminiscences des meilleures vacances, merci.

A mes cousines, **Elise et Maeva**, vous êtes les meilleurs souvenirs des vacances d'été, j'espère que l'avenir nous permettra de nous voir plus souvent, vous savez que je suis toujours là pour vous. A **Raphaëlle**, merci pour toutes les sorties shopping.

A **Olivier et Cathy, Adrien, Léa, Catherine**, merci de m'accueillir si bien au sein de votre famille.

A **Jean-Baptiste**, avec qui j'avance, heureuse, dans la vie depuis plusieurs années maintenant. Merci pour ton soutien de tous les instants, pour ta patience et pour rendre sa simplicité à chaque chose de la vie.

A **toi**, ce cadeau de la vie, ce ou cette petit.e inconnu.e en moi, au même moment que cette thèse, tu as puisé dans mon énergie et tu me remplis de joie, je nous souhaite le meilleur.

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigente et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admise dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient ou ma patiente.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères et mères.

Que les hommes et les femmes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères et consœurs si j'y manque (1).

Sommaire

Table des matières

Glossaire	3
I. Introduction	9
Définition	9
Epidémiologie	9
Contexte.....	10
II. Méthode.....	13
Type d'étude	13
Population	13
Recueil des données.....	14
Analyse des données.....	14
Aspect éthique et réglementaire	14
III. Résultats	16
FREINS À LA PRISE EN CHARGE DU PARCOURS DE TRANSITION EN MÉDECINE GÉNÉRALE.....	17
A. Les difficultés rencontrées en début du parcours de transition	17
B. Collision avec le monde médical.....	19
C. Une société très binaire	23
LEVIERS POUR LA PRISE EN CHARGE DU PARCOURS DE TRANSITION EN MÉDECINE GÉNÉRALE.....	24
A. Autodétermination.....	24
B. Faire du cabinet un endroit <i>safe</i>	25
C. Amélioration du déroulé de la consultation	25

AMBIVALENCE DE LA PLACE DU OU DE LA MÉDECIN GÉNÉRALISTE	28
A. La ou le généraliste non identifié comme possible intervenant du parcours.....	28
B. La ou le généraliste : non expert.....	29
C. Des besoins entrant dans les compétences du ou de la médecin généraliste	29
IV. Discussion	31
Résultats principaux.....	31
A. Caractéristiques de la population.....	31
B. Ambivalence	32
C. La collision avec le monde médical.....	34
D. La transidentité : un facteur sociétal en consultation	37
Forces de l'étude et limites de l'étude	43
A. Forces	43
B. Limites.....	45
V. Conclusion.....	47
VI. Bibliographie.....	48
VII. Annexes	53

Glossaire

La plupart des termes sont définis à partir du glossaire de la WPATH (2).

Chirurgie de réassignation sexuelle (chirurgie d'affirmation de genre) : chirurgie changeant les caractères sexuels primaires et/ou secondaires pour affirmer l'identité de genre d'une personne. La chirurgie de réassignation sexuelle peut être une part importante du traitement médical nécessaire pour soulager la dysphorie de genre.

Cisgenre : personne dont l'identité et l'expression de genre sont congruentes avec le sexe assigné à la naissance.

Dysphorie de Genre : détresse causée par la discordance entre l'identité de genre d'une personne et son sexe d'assignation à la naissance (et les rôles de genre et/ou caractères sexuels primaires ou secondaires associés).

Empowerment : processus qui vise à l'autonomisation, que ce soit personnel ou collectif, afin d'améliorer sa qualité de vie. Cela passe par sa condition sociale, économique, politique et son état de santé (3).

Femme-vers-homme (FtM) : adjectif décrivant des individus assignés en tant que femme à la naissance qui changent ou ont changé leur corps et/ou leur rôle de genre vers un corps et/ou un rôle plus masculin.

De genre atypique / Genderqueer / Non-binaire : label identitaire pouvant être utilisé par des individus dont le rôle de genre et/ou l'identité de genre n'est/ne sont pas conforme(s) à la représentation binaire du genre selon les catégories homme/femme ou masculin/féminin.

Genre non-conforme : groupe nominal qualifiant des individus dont l'identité, le rôle et/ou l'expression de genre diffèrent de ce qui est normatif par rapport au sexe d'assignation (donné à la naissance) dans une culture donnée à une période donnée.

Homme-vers-femme (MtF) : adjectif décrivant des individus assignés en tant qu'homme à la naissance qui changent ou ont changé leur corps et/ou leur rôle de genre vers un corps ou un rôle plus féminin.

Hors loi Jardé : toutes recherches prospectives ou rétrospectives sur données récupérées dans le cadre du soin et qui n'impliquent donc pas directement la personne humaine.

Identité de Genre : sentiment intrinsèque d'être un homme, une femme ou d'un genre alternatif (garçon-fille, fille-garçon, transgenre, queer, eunuque).

Mégenrage : action de désigner une personne par un genre qui ne correspond pas à son identité de genre. Il peut être volontaire ou accidentel.

Passing : fait d'une personne d'être reconnue et identifiée dans un genre social.

Rôle ou Expression de Genre : caractéristiques dans la personnalité, l'apparence et le comportement qui dans une culture donnée à un moment historique donné sont désignées comme masculines ou féminines (ce qui est plus typique d'un rôle social masculin ou féminin). Alors que la plupart des individus se présentent socialement comme clairement masculin ou féminin dans leur rôle de genre, certains présentent un genre alternatif, comme queer, ou plus spécifiquement transgenre. Tous les individus tendent à incorporer des caractéristiques masculines

et féminines dans leur expression de genre de différentes façons et à différents degrés.

Safe : s'utilise dans le cadre de la transidentité pour qualifier une personne ou un lieu non malveillant voire bienveillant.

Sexe : Le sexe est assigné à la naissance comme masculin ou féminin, généralement basé sur l'apparence des organes génitaux externes. En cas d'ambiguïté, d'autres composantes du sexe (organes génitaux internes, sexe chromosomique et hormonal) sont étudiées pour donner un sexe. Pour la plupart des gens, l'identité et l'expression de genre sont congruentes avec le sexe assigné à la naissance ; pour les personnes transsexuelles, transgenres ou de genre non-conforme, l'identité et l'expression de genre diffèrent du sexe assigné à la naissance.

SoFECT : Société Française d'Etude et de prise en Charge de la Transidentité, créée en juillet 2010, à la suite du rapport de 2009 de la Haute Autorité de Santé. Elle avait pour objet de réunir les professionnels (chirurgiens, psychiatres, psychologues, endocrinologues...) impliqués dans la prise en charge des personnes transidentitaires. Elle était implantée dans les hôpitaux universitaires de 9 villes françaises : Nice, Montpellier, Bordeaux, Lyon, Marseille, Paris et plus récemment Brest, Strasbourg et Nancy. Elle a fait l'objet de vives critiques au sein de la communauté des personnes transidentitaires qui lui reproche ses méthodes et son hégémonie.

Transsexuel : adjectif (souvent utilisé par le corps médical) décrivant un individu qui cherche à changer ou qui a changé ses caractères sexuels primaires et/ou secondaires à travers des interventions médicales de féminisation ou masculinisation (hormonothérapie et/ou chirurgie), typiquement accompagné par un changement permanent dans les rôles de genre.

Transgenre : adjectif désignant un groupe varié d'individus qui occultent ou transcendent les catégories culturellement définies du genre. L'identité de genre des personnes transgenres peut varier à différents degrés du sexe d'assignation à la naissance.

Transition : Période pendant laquelle les individus passent du rôle de genre associé à leur sexe d'assignation à un autre rôle de genre. Pour la plupart des personnes, cela implique d'apprendre comment vivre socialement dans un autre rôle de genre ; pour d'autres cela veut dire trouver un rôle ou une expression de genre qui leur soit plus confortable. La transition peut, ou pas, inclure la masculinisation ou la féminisation du corps par une hormonothérapie ou d'autres procédures médicales. La nature et la durée de la transition est variable et individualisée.

Transphobie internalisée : Inconfort d'un individu face à ses propres sentiments ou identité transgenre comme résultat de l'internalisation des attentes sociétales de genre normées.

Travestisme (transvestisme) : porter des vêtements et adopter la présentation de rôle de genre qui, dans une culture donnée, est plus typique de l'autre sexe.

Trouble de l'identité de Genre : Diagnostic formel du DSM IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), retiré de la CIM 11 en 2019. Le trouble de l'identité de genre est caractérisé par une identification forte et persistante au sexe opposé et un inconfort persistant envers son propre sexe ou un sentiment d'inadéquation dans le rôle de genre de ce sexe, causant une souffrance cliniquement significative et une altération du fonctionnement social, professionnel (ou autres sphères importantes) du sujet.

Lexique des abréviations

Annuaire Bdd Trans : annuaire Base de données Trans est un recensement en ligne par les personnes concernées des personnes soignantes reconnues comme adaptées à la prise en charge médicale.

CIM 10-11 : classification internationale des maladies dixième ou onzième version.

EMA : Agence Européenne du Médicament.

EURORDIS : fédération d'associations de malades et d'individus actifs dans le domaine des maladies rares.

FPATH : French Professional Association for Transgender Health.

HAS : Haute Autorité de Santé.

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques.

LGBTI : lesbiennes, gays, personnes bisexuelles, personnes trans, personnes intersexuées.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SOC8 : *Standard Of Care*, recommandations de soins des personnes trans, 8° version

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and academic association of general practitioners / family / family physicians. Organisation mondiale des collèges de médecine générale.

WPATH : World Professional Association for Transgender Health. Association mondiale de professionnels pour la santé transgenre.

Préambule

Afin de respecter les expressions de genre de toutes les personnes ayant participé à cette étude, ce travail de recherche a été rédigé avec un langage épicène et les pronoms choisis par les personnes interrogées.

I. Introduction

Définition

Le terme transidentité est utilisé pour définir une personne qui s'identifie à un genre qui n'est pas celui qui lui avait été assigné à la naissance (6).

Selon la huitième version du *Standard Of Care for the health of transgender and gender diverse people*, la transidentité inclut "les personnes qui ont des expériences, des identités ou des expressions de genre culturellement spécifiques et/ou spécifiques à la langue, et/ou qui ne sont pas basées sur ou englobées par les conceptualisations occidentales du genre, ou le langage utilisé pour le décrire". (2)

Cette version souligne la diversité des identités et des parcours motivant les recours éventuels à la médecine.

Epidémiologie

Il n'existe pas actuellement d'études estimant le nombre de personnes trans en France (7). Selon le rapport de l'HAS 2022 intitulé *Parcours de transition des personnes transgenres*, une méta-analyse des études utilisant l'identité de genre estimait la prévalence moyenne à 355 pour 100 000 personnes. (8)

A l'échelle mondiale, des méthodes d'estimation ont été proposées, elles s'appuient sur des échantillons de la population générale qui ont été interrogés sur

leur identité puis rapportés à la taille de la population générale, la prévalence estimée est alors plus élevée : de 0,5 % à 1,3 % pour les MtF et de 0,4 % à 1,2 % pour les FtM (9).

Tous ces chiffres sont à nuancer car ils incluent uniquement une population adulte.

Contexte

Le rapport HAS 2022 *Parcours de transition des personnes transgenres* reconnaît le risque de rupture familiale, scolaire, professionnelle de la révélation de la transidentité (8). Ce genre de rupture est responsable d'une précarisation de la population trans. Cela représente un facteur de risque d'infection sexuellement transmissible, de consommation de drogue, de dépression et de tentatives de suicides (10).

Ce peut-être une explication à la plupart des études réalisées jusqu'ici en santé trans qui sont polarisées sur la lutte contre la discrimination et la prévention en termes de santé sexuelle.

Il est possible de faire un recueil des différentes dimensions de l'identité sexuée (11). L'identité de genre correspond au sentiment ressenti par une personne, d'avoir un genre masculin, féminin ; elle est cisgenre lorsque l'identité de genre est congruente avec le sexe assigné à la naissance et transgenre si ce n'est pas le cas. Cette identité de genre peut se situer aux pôles masculin ou féminin ou sur un continuum entre ces pôles (*non binaire, genderfluid*). L'expression de genre est la façon dont une personne exprime son identité de genre dans la société. Enfin, l'orientation sexuelle est en rapport avec l'attirance d'une personne envers les autres. Le *gender bread person* est une illustration de ces différentes dimensions, elles représentent un champ étendu de variabilités individuelles (12).

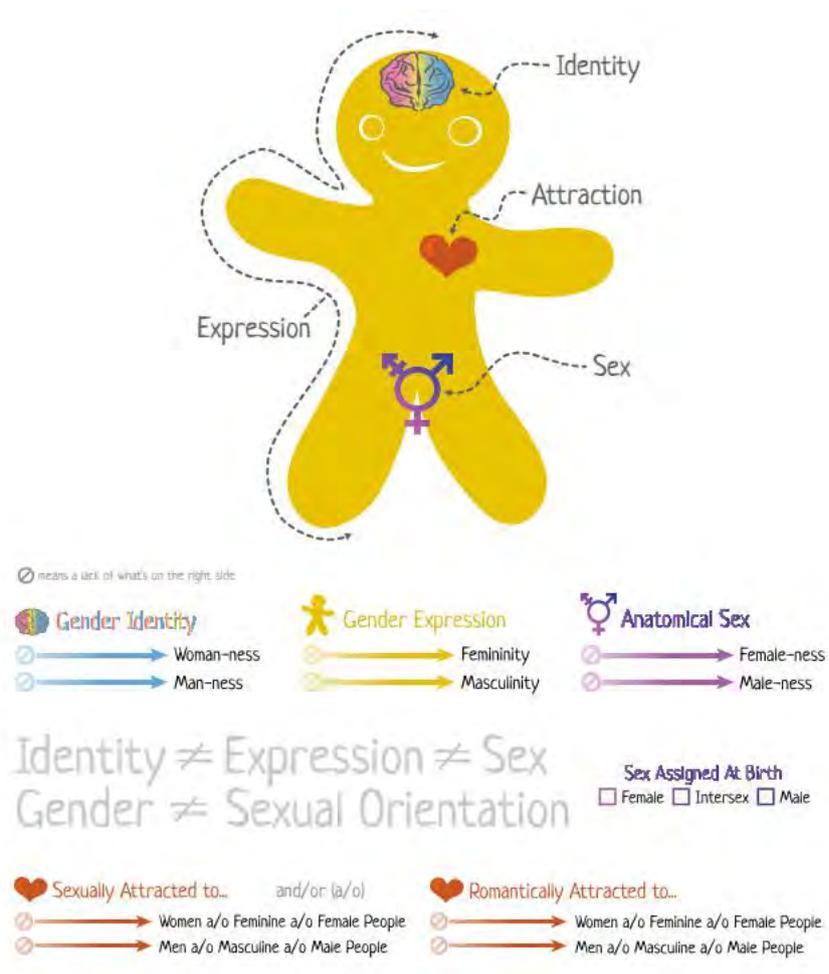


Figure 1. Gender bread person (version 4)

Aujourd’hui, la dissociation du sexe et du genre, bien qu’encore insuffisamment intégrée par les individus en général faisant société, ouvre plus de choix aux personnes trans quant à leur degré de transition. Ainsi, alors que la sexualité reste de l’ordre de l’intime, le genre devient une question médico-sociale révélant des souffrances.

Cette souffrance interpelle les chercheuses en tant que soignantes en médecine générale dont le bénéfice est d’apporter une médecine globale, de premier recours, au plus près de tous les patients et patientes. C’est dans ce cadre que la ou le médecin généraliste peut être amené à rencontrer des personnes en questionnement de genre, à les accompagner et à coordonner leur prise en charge en fonction de leurs attentes. A travers cette étude, il a été recherché comment

corrélér les attentes des personnes en questionnement de genre et l'amélioration des pratiques de médecine générale.

II. Méthode

Type d'étude

Il a été choisi de réaliser une étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée. Cette méthode a permis de recueillir des expériences individuelles en donnant la parole aux personnes concernées.

Des entretiens individuels pour le recueil des ressentis semblaient le plus approprié pour garantir une liberté d'expression.

Population

La population cible a été choisie par échantillonnage homogène. Le but a été de maximiser l'expression des diversités parmi les personnes interrogées qui ont en commun le questionnement de genre. Il a été envisagé plusieurs modalités de recrutements dont l'appel à des médecins généralistes avec une activité en médecine générale et en médecine de prévention considérés comme alliés par les personnes transidentitaires. Le premier support de diffusion a été un flyer informatif (*annexe 1*) mis à disposition dans la salle d'attente de cabinets de médecine générale sous forme papier et numérique et sur les réseaux sociaux. La majorité des personnes participantes a été recrutée par l'effet du bouche à oreille. Plusieurs associations communautaires ont été contactées, elles n'ont pas souhaité s'associer au projet. Une association a accepté la diffusion du flyer.

Toute personne se considérant en questionnement de genre était susceptible d'être incluse. Une notice d'information expliquant la méthode de l'étude a été rédigée (*annexe 2*). Il a été envisagé la possibilité de personnes mineures, une fiche de consentement avec accord parental les concernant a été intégrée à la suite de la notice d'information.

Recueil des données

Les entretiens ont été réalisés individuellement et de manière semi-dirigée et parfois ouverte. Le lieu de rencontre a été choisi par la personne interrogée. La période de réalisation des entretiens était du 17/08/2021 au 08/07/2022. Certaines personnes ont préféré une rencontre virtuelle par vidéoconférence. La prise de contact par mail ou par téléphone ou par contact direct a été l'occasion d'une brève explication de l'objet de la recherche. Le consentement écrit a été recueilli avant ou au moment de l'entretien (*annexe 3*).

Un guide d'entretien a été rédigé, il a évolué au fil des entretiens réalisés. Sa version finale est disponible en annexe.

Les entretiens ont été enregistrés par les investigatrices à l'aide du dictaphone de leur téléphone ou via la fonctionnalité d'enregistrement de l'application de visioconférence. Ils ont été retranscrits intégralement et anonymisés.

Analyse des données

Après réalisation des entretiens et leurs retranscriptions, une première analyse réalisée par chacune des chercheuses était menée afin d'extraire les idées principales.

Chaque entretien a ensuite été séquencé en code puis catégorisé pour faire émerger des concepts. Le codage a été conduit à l'aide du logiciel NVivo®. Ces étapes ont été réalisées en suivant la méthode d'analyse de données par théorisation ancrée et ont été menées conjointement par les deux chercheuses.

Aspect éthique et réglementaire

Les personnes interrogées ont consenti librement à leur participation après lecture et signature d'une fiche les informant de leurs droits et leur garantissant l'anonymat et la confidentialité.

Une anonymisation des noms propres (personnes, lieux, etc ...) a été effectuée avec un numéro d'inclusion correspondant à chaque personne participant à l'étude. Les enregistrements des entretiens par support audio ont été conservés sur les téléphones et ordinateurs personnels des chercheuses, protégés par un mot de passe. Les chercheuses partageaient une base de données sur cloud sécurisé. Les entretiens ont été retranscrits sur logiciel de traitement de texte (Word ®) et codés sur un logiciel spécialisé (NVivo®). Ayant satisfait aux obligations de déclaration des travaux de thèse selon le Règlement Général de Protection des Données, il a été obtenu une déclaration de conformité CNIL du DUMG de Toulouse. (*Annexe 4*)

Cette recherche a été menée hors Loi Jardé.

III. Résultats

Les principales caractéristiques de la population sont détaillées dans les tableaux 1a et 1b. Dans le cadre de l'étude, 11 entretiens individuels ont été réalisés. La durée des entretiens varie entre 58 min et 1 heure 42 minutes, avec une moyenne de 72 minutes. La moyenne d'âge des personnes interrogées est de 35 ans plus ou moins un an, l'incertitude correspondant à la durée de recrutement.

Tableau 1a : caractéristiques de la population étudiée (N = 11)

<i>Durée moyenne (min) d'entretien</i>				
72				
<i>Age au moment de l'entretien +/- 1 an</i>				
35				
<i>Genre</i>				
Femme trans	Homme trans			Personne non binaire
2	5			4
<i>Mode de recrutement</i>				
Bouche à oreille	Bouche à oreille milieu médical			Flyer
7	1			3
<i>Situation professionnelle</i>				
Cadre sup retraité	Cadre sup	Etudiant	Sans emploi	Métier du sexe
2	1	6	1	1

Tableau 1b : caractéristiques de la population étudiée (N = 11)

<i>Suivi transition par MG</i>		
oui	non	
7	4	
<i>Engagement militant</i>		
oui	non	
2	9	

FREINS À LA PRISE EN CHARGE DU PARCOURS DE TRANSITION EN MÉDECINE GÉNÉRALE

A. Les difficultés rencontrées en début du parcours de transition

Les témoignages recueillis montrent plusieurs difficultés rencontrées soit lors du questionnement sur leur genre, soit à l'entrée dans un parcours médical de transidentité.

a. Des personnes en souffrance

Le début d'une transition était un temps de réflexion vécu de manière douloureuse: *“c'est vraiment un parcours, un parcours du combattant [...] c'est une punition, je dirais même la transsexualité est une punition.”* (P7).

Cette souffrance pouvait prendre *“les signes de mal être en général qui se cachent, la dépression, l'anorexie, des choses comme ça...”* (P8).

Bien que le questionnement sur le genre soit une réflexion personnelle, le début de la transition, du fait du regard d'autrui, était décrit comme une période de vulnérabilité importante : *“pendant un temps euh indéterminé et on sait que c'est les périodes où on [...] voit qu'on est trans ou alors qu'on est perçu en étant un peu bizarre dans les genres [...] c'est là qu'on va se prendre le plus de... de violences en fait.”* (P3) avec des conséquences: *“Mais combien de trans se sont suicidés, c'était, c'était même 70% qui se sont foutus en l'air”* (P7)

b. Un sentiment d'isolement

Le début de transition était vécu comme une période où les personnes interrogées se retrouvaient seules face à leur questionnement : *“à ce moment là, [...] j'avais quasiment personne avec qui j'en avais parlé. Je savais pas comment l'aborder.”* (P2)

Un rejet de l'entourage pouvait renforcer ce sentiment d'isolement : *“Bon, j'ai perdu toute ma famille, j'ai perdu tous mes amis, euh... Parce que les gens ne veulent pas comprendre quoi...”* (P1). Ce sentiment pouvait exister en l'absence de rejet : *“j'ai pas été seule mais y'a des moments où je me suis sentie seule”* (P9)

Ce sentiment d'isolement laissait la place à une automédication dans la transition médicale : *“j'ai commencé à prendre des hormones avant de de voir un médecin, ce qui est pas recommandé [...] mais je sais que c'était un moment où voir un médecin pour ça, c'était pas vraiment possible.”* (P10).

c. Des difficultés financières

Les soins dans le parcours de transition engageaient des frais financiers : *“les premières séances (d'épilations) je les ai payées euh de ma poche, voilà. C'est un investissement.”* (P9).

Pour d'autres, cela pouvait même retarder le processus: *“Une fois que je serai installé, avec une stabilité après, de de l'argent, du temps, et cetera et de l'énergie”* (P8).

L'aspect financier était d'autant plus important car *“les personnes trans sont déjà vachement précaires en général donc c'est quand même vraiment, vraiment gênant”*. (P8)

Des inégalités pouvaient être renforcées dans la distinction entre une prise en charge privée ou publique *“parce que les [chirurgiens, ndlr] encore publics prennent plus de temps mais c'est gratuit et du coup je cherchais un chirurgien beh qui justement a un parcours public [...] pour rien avoir à payer”* (P11)

d. Un besoin de changement radical

La possibilité que la ou le médecin généraliste puisse prendre en charge plusieurs membres d'une même famille pouvait provoquer une auto-censure : *“Le médecin de famille connaît toute la famille. Donc il n'a pas besoin de savoir ce que je fais.”* (P6).

Il pouvait être vécu comme difficile de parler de sa transidentité avec sa ou son médecin avant d'avoir pu en parler à ses proches : *“c'était le médecin de ou la docteur de la famille qui était, qui était plutôt sympathique et agréable, mais je me sentais pas forcément de de lui en parler parce que j'avais pas pu en parler avec ma mère”* (P10). Ce qui pouvait être en lien avec la crainte d'une rupture du secret médical : *“il y avait aucun risque je pense que l'info fuite on va dire mais je préfère que ça soit moi qui aille faire la démarche [...]. Je veux que ça vienne de moi.”* (P2)

Pour toutes ces raisons, certaines personnes ressentait le besoin de changer de médecin dès leur coming-out: *“J'avais pas envie de faire mon coming out en fait à des anciens médecins, des anciens euh professionnels de santé qui m'avaient vu avant.”* (P11). Alors, ils séparaient leurs suivis médicaux: *“j'ai un médecin généraliste pour tout ce qui est, pour tout sauf la testostérone et celui qui prescrit la testostérone.”* (P11)

B. Collision avec le monde médical

a. Une rencontre stressante

La première rencontre avec le milieu médical à propos de la transidentité était vécue comme une étape stressante. Certains mettaient en place des stratégies pour faire face à ce stress : *“les premiers rdv, j'y allais avec mon binôme du coup”* (P4), ou repoussaient le moment de la discussion : *“Je serai pas arrivé à une première consultation, euh, avec directement la transidentité.”* (P3).

La rencontre était vécue comme un événement traumatisant avec des conséquences : *“maintenant, j’aurai peur de retomber sur un médecin qui me, qui me pose ce genre de questions (sur la sexualité, sur le physique, nldr) [...]. C’est, j’allais dire ça me mettrait mal à l’aise, mais plus que ça en fait, ‘fin quand je suis sorti j’étais vraiment, ouais j’étais, pendant une journée, j’ai été mal. [...] Peur, ouais, de se sentir incompris.”* (P5).

Il existait un mégenrage volontaire de la part du personnel soignant qui correspond à de la transphobie médicale : *“on me dit « Madame, c’est à vous. » Et y’a aucun doute pour qui que ce soit que je suis une femme [...], je donne ma carte vitale [...] Et à partir de là, on commence à me donner du monsieur [...]. J’ai demandé à ce qu’on utilise mon prénom et le pronom qui m’est confortable. (silence) Et, et ça m’a été refusé de manière extrêmement condescendante.”* (P9).

Un sentiment de vulnérabilité et de déséquilibre dans la relation médecin-personne concernée était présent : *“ il avait pas le droit, de, de, de me demander mon orientation sexuelle, de me demander carrément si j’avais été dépucler par un homme, il m’a demandé de retirer mon masque pour comparer ma barbe avec ma photo d’identité, ce que je trouve juste aberrant, je comprends pas l’intérêt. Il m’a demandé mon deadname, mon prénom de naissance. ”* (P5).

Le stress était d’autant plus présent lors du premier rendez-vous car : *“une fois passé le premier rdv on voit à qui on a affaire.”* (P5).

b. Des difficultés d’accès aux soins

Il a déjà été évoqué la nécessité pour certaines personnes de trouver un nouveau ou une nouvelle médecin généraliste, elles étaient confrontées à la problématique actuelle de désertification médicale *“je suis suivi dans un désert complet”* (P6); *“il y a très peu de médecins généralistes qui prennent de nouveaux patients”* (P11) et qui se complexifiait avec la recherche d’un soignant safe : *“l’annuaire Bdd trans [...] demande beaucoup de recherches additionnelles pour*

trouver qui existe encore, quels cabinets sont encore ouverts ou ce qui se passe.”
(P10)

Au regard de l'urgence ressentie du début de parcours de transidentité, la difficulté d'avoir un rendez-vous était vécue négativement : *“il faut 4 mois pour obtenir un rdv ce qui est important parce que les délais c'est vraiment, vraiment quelque chose de crucial dans les parcours trans. [...] ces délais là pour moi c'est des violences médicales euh importantes parce que ça veut dire forcer des gens à vivre sans passing.”* (P3)

c. Des soignants non assez sensibilisés

Sur le sujet de la transidentité, les personnes concernées faisaient face à un refus : *“ma médecin généraliste actuelle m'a dit qu'elle ne s'y connaissait pas, qu'elle voulait pas s'en occuper”* (P11) ou avaient *“l'impression de [...] devoir apprendre des choses à son médecin.”* (P10)

Ce manque de connaissances était perçu sur l'aspect pratique : *“elle a peur, je le comprends aussi, mais cette peur, elle, elle nait de de la méconnaissance. [...] qu'est ce que c'est les effets secondaires ? Est-ce que c'est, est-ce que c'est dangereux ?”* (P9).

Mais aussi sur le plan relationnel avec un manque de sensibilisation dans l'accueil des personnes transgenres : *“une fois que j'ai parlé de ma transidentité, personne ne me demande mes pronoms et tout le monde continue de me genrer au féminin, ce qui est quand même chelou, quoi.”* (P3)

Il était regretté un manque d'équité dans le lien médecin-personne concernée : *“surtout si c'est un praticien qui est très sûr de, de ses acquis et qui ne questionne pas du tout pourquoi [...] c'est du coup difficile d'avoir un dialogue”* (P10).

Les personnes concernées en demande de coordination de soins par leur médecin généraliste constataient des lacunes dans leur réseau de personnes soignantes *safe* : *“euh... très naïvement, ma généraliste m’a envoyée, vu que je voulais me faire une opération, dans le parcours de soins classiques euh pour les personnes trans qui est... (rire nerveux) qui est vraiment vraiment vraiment pas bien du tout (rire).” (P3)*

d. Un manque de formation

Un manque de formation de la part des médecins avait comme conséquence de la transphobie médicale *“il a commencé à me poser plein de questions complètement déplacées [...] je pense que c’est quelqu’un qui savait surtout pas de quoi il parlait et qui, à qui on n’a jamais donné de formation” (P5).*

Ce manque de formation pouvait provenir d’un défaut d’enseignement initial, d’un enseignement inadapté *“dans les formations actuelles sur la transidentité, il y a encore souvent sur les diapos, beh, marqué transsexualisme et cetera. Voilà. Bon c’est quand même hyper problématique.” (P8)* ou bien de l’absence de mise à jour des connaissances : *“il était peut être resté aux cours qu’il avait suivi il y a 20 ans ou 30 ans et dans lesquels on lui disait que c’était une maladie psychiatrique, donc à mon avis, il avait pas... Il avait pas fait de remise à niveau à ce niveau là” (P1).*

Ce défaut de formation était mis en lien avec une pauvreté des études scientifiques menées *“il y a des données manquantes mais et puis il y a peu d’études aussi sur les les, les parcours de transition hormonaux” (P10).*

C. Une société très binaire

a. Manque de visibilité

Le défaut de visibilité des personnes transgenres dans le milieu médical dépendait d'un facteur plus global, d'un facteur sociétal : *“il y a une part de la médecine générale qui n'évoluera pas plus vite que la société. [...] aussi souvent qu'il y aura des boulangers transphobes, il y aura des généralistes transphobes. (grand souffle)”*. (P9)

Le genre était le reflet d'une vision stéréotypée et binaire produite par la société : *“c'est ensuite la société qui prend ce petit enfant avec tel sexe et qui lui associe un genre en fonction [...] des vêtements, des couleurs de chambre, [...] une différence de comportement”* (P11).

Il était regretté l'absence de figures transgenres dans la société, identifiées comme des ressources potentielles pour celles et ceux en questionnement de genre : *“J'en avais jamais entendu parler. [...] j'avais jamais rencontré de personnes manifestement trans. [...] (Rire) Et je pense que si à cette époque j'avais su, j'avais vu, ça aurait été quelque chose...”* (P9). De même, la visibilité des figures transgenres dans la société avait un rôle éducatif : *“Il faut vivre au grand jour. [...] il faut pas rester dans des ghettos. Il faut montrer aux gens, et c'est pour ça que moi maintenant j'en parle très librement”* (P1).

La formation individuelle des professionnels de santé sur la question de la transidentité était reconnue comme une condition nécessaire mais non suffisante *“tant qu'on n'en aura pas parlé dès l'enfance et que ce sera devenu quelque chose de courant, ben du coup il faudra former les professionnels”* (P5).

b. Non binarité

Pour certaines personnes, leur genre était défini par un spectre plus large : *“comme non binaire et plus spécifiquement genderfluid.”* (P9) en décrivant une perception fluctuante de leur genre et de son expression.

Ces personnes interrogées remarquaient alors que la non-binarité était difficilement reconnue et incluse dans le parcours médical : *“il y a une norme de ce qu'est une personne trans [...] beaucoup de spécialistes du coup qui nous accompagnent dans nos transitions sont encore beaucoup sur sur encore ce moule de la transition unique.”* (P11). Même chez les médecins identifiés comme : *“dès le début il m'a genré au féminin [...] je crois pas avoir eu cette discussion avec lui, j'ai pas eu cette discussion avec lui de « en fait, je suis non binaire.”* (P9).

Les freins à une prise en charge non discriminante étaient les mêmes mais des difficultés supplémentaires étaient observées : *“La non binarité n'est pas du tout, du tout prise en compte dans tout ça, même dans le changement de prénom”* (P3)

LEVIERS POUR LA PRISE EN CHARGE DU PARCOURS DE TRANSITION EN MÉDECINE GÉNÉRALE

A. Autodétermination

L'affirmation individuelle de la transidentité relevait de la certitude intime *“c'est d'abord entre mes mains, y'a que moi qui peux savoir comment je me sens finalement.”* (P2) et était indépendante d'une validation extérieure: *“il y a que la personne qui le vit qui peut le dire. C'est pas à vous de le diagnostiquer.”* (P4).

Cette autodétermination renforçait la confiance en soi et poussait à la quête d'information, les personnes interrogées se positionnaient comme personne sachante. Cela permettait de croiser les données apportées par les médecins et de favoriser une prise en charge médicale partagée *“du coup j'ai pas commencé à prendre la progestérone tout de suite parce que j'ai d'abord fait plus de recherches pour être sûr que c'était un choix informé”* (P10).

B. Faire du cabinet un endroit *safe*

En amont de la consultation avec le soignant, certains éléments participaient à son bon déroulé. La multiplicité du choix dans les moyens de prise de rendez-vous paraissait plus adaptée *“on peut prendre rendez-vous par internet, par sms ou par un téléphone classique. Et ca c’est vraiment un truc, [...] c’est pratique.”* (P8).

Beaucoup des personnes interrogées estimaient que la salle d’attente était un espace adéquat pour véhiculer des signes indirects inclusifs : *“On se dit : tiens le médecin que je vais voir il est un peu sensibilisé à ces questions, il affiche des trucs dans sa salle d’attente tout ça.”* (P8)

La configuration de la salle de consultation était également considérée, des espaces distincts entre le moment d’échange et celui de l’examen apportaient une fluidité dans la consultation *“ on est en consultation, on pose des questions, on discute, on échange. Là, on passe la porte et on va dans le dans le la salle d’auscultation, le cadre est plus le même”* (P10). Elle favorisait aussi la confidentialité : *“je sais qu’il y avait un cabinet euh où il y a une entrée et une sortie où les gens ne se voient pas [...] ça a été significatif pour moi de le voir.”* (P4), et il en était de même concernant les lieux communs : *“C’est bien [...] un box de toilettes. C’est mieux que (rire), que des toilettes non mixtes.”* (P3)

C. Amélioration du déroulé de la consultation

a. *Besoin d’écoute*

La qualité de la relation avec le personnel soignant était déterminante. L’écoute était primordiale : *“les médecins, les endo n’écoutent pas, ou alors je suis tombé vraiment bien sûr sur la perle rare des merdes. “* (P7). La bienveillance conditionnait le déroulé de la consultation : *“elle avait eu une approche respectueuse [...] ouverte quoi, donc je pense que c’est l’ouverture de, l’ouverture à la patiente ou au patient qui a fait que je me suis sentie d’aller lui parler de ça [...] LE pré-requis c’est la bienveillance.”* (P3)

Au vu du caractère exceptionnel de la rencontre, il était souhaité : *“une consultation longue parce qu’on sait qu’on va aborder des choses compliquées. Ah oui, ça mettrait moins la pression de se dire « il va peut-être voir quelqu’un après, faut que je me dépêche »” (P5)*. La durée d’écoute était proportionnelle à la qualité perçue de la relation entre la personne interrogée et la personne soignante : *“quelqu’un qui prend plus le temps, ça met plus en confiance je pense” (P5)*.

La notion d’écoute comprenait aussi le fait d’identifier le besoin au moment de la consultation : *“j’apprécierais aussi que, euh ma généraliste m’enquiquine pas avec ma transidentité alors que j’ai mal à la gorge” (P9)*.

b. Le genre dans la consultation

Au cours de la consultation, il était jugé : *“important de demander quel pronom la personne veut utiliser” (P5)*. D’autre part, quel que soit la présentation de la personne, il était souhaitable de ne pas commencer par la genrer : *“Euh, déjà pas de monsieur ou madame d’entrée de jeu. C’est-à-dire que si, si on va consulter pour transidentité et que la personne en face commence directement par nous assigner un genre, ça va mal se passer, quoi.” (P3)* ou il était conseillé de : *“trouver des moyens de ne pas genrer plutôt que de faire, soit de l’inclusive et les deux genres ou soit de faire un truc très genré” (P4)*.

Le genre étant présent sur les courriers d’adressage, il était nécessaire de le prendre en compte, que ce soit dans les pronoms : *“elle m’a demandé si elle devait utiliser iel sur les papiers, donc maintenant elle le fait “ (P3)* ou dans le titre : *“sur des certificats voilà, elle enlève le Madame ou Mademoiselle devant” (P3)*. L’intention était perçue positivement : *“ elle sait pas du tout écrire ou utiliser le pronom iel donc c’est le bazar mais c’est quand même un bel effort (rire franc)” (P3)*. Quant à la place de la transidentité dans les antécédents médicaux du courrier, il

était considéré que : *“quand y’a pas besoin, enfin je trouve personnellement ne pas le notifier, pas besoin.”* (P8).

c. La ou le médecin généraliste : un ou une médecin polyvalent

La médecine générale était perçue comme des soins premiers y compris sur le parcours de la transidentité par la plupart des personnes interrogées : *“les médecins généralistes [...] c’est ceux qui sont en première ligne “* (P5).

La polyvalence était déterminante dans le choix du ou de la médecin généraliste : *“j’ai commencé à la voir aussi parce qu’elle était, elle est, elle a une, une formation en gynécologie aussi”* (P3). Cela était justifié par l’aspect pratique : *“c’est ma médecin donc c’est pratique parce que comme ça j’ai pas besoin de... re-faire un coming-out ou de me résigner à être perçu comme euh 100% masculin... féminine !”* (P3). Parmi les multiples casquettes de la médecine générale, il était important d’avoir des notions psycho-sociales : *“pour être safe sur les questions de transidentité, je pense qu’il vaut mieux être safe sur les questions psy parce que c’est quand même étroitement lié au vu de comment le corps médical s’est approprié les questions trans euh dans son histoire.”* (P4).

La médecine générale était identifiée comme ayant un rôle informatif, *“d’écoute de la personne et de prendre bien connaissance de ses besoins et en même temps de de l’éclairer quoi sans jugement quoi parce que...”* (P8).

Tout comme elle avait une place dans le suivi du parcours : *“je lui avais même demandé si elle voulait bien faire mon suivi post-opératoire après ma mammectomie”* (P11).

d. Le lien entre associations et les médecins

Le milieu associatif étant très présent dans la communauté trans, des liens entre le personnel soignant et ce milieu ont été tissés. Ces liens quand ils existent étaient perçus positivement lors des entretiens : *“c'est bien si le praticien va contacter l'association en disant « beh j'ai des patients qui sont concernés, est-ce que c'est possible d'avoir un retour de de vous, des des informations et cetera ? » Ou aller dans l'autre, des assos qui vont voir des médecins, [...] en disant : y'a telle problématiques dans la région et est-ce que vous pouvez, est ce que vous pouvez y répondre. ” (P8).*

Pour les personnes interrogées, le milieu associatif était le plus à même de former les médecins soit individuellement, soit au cours du cursus universitaire : *“Qu'il y ait des cours mais pareil que ça soit fait par des personnes trans et pas... enfin en tous cas par des associations aussi.” (P5)*

AMBIVALENCE DE LA PLACE DU OU DE LA MÉDECIN GÉNÉRALISTE

A. La ou le généraliste non identifié comme possible intervenant du parcours

Pour certaines personnes participantes, le rôle du médecin généraliste dans leur santé en général était méconnu : *“Je sais pas trop ce que fait (rire) un médecin généraliste d'ordinaire” (P5).*

Concernant le parcours de transition, la possibilité de son implication ne représentait pas d'intérêt : *“il n'a aucun pouvoir décisionnaire, il n'a aucun pouvoir de traitement, euh, de quoi que ce soit.” (P1)*

Ou bien ses compétences n'étaient pas clairement identifiées, voire rejetées : *“vous n'avez qu'une endocrinologue qui a le droit de vous prescrire les hormones.”* (P7)

B. La ou le généraliste : non expert

Les compétences de la médecine générale étaient mises en opposition à celles d'autres spécialités : *“il est en première ligne [...] pour parler des difficultés et puis peut être après il réoriente mais pour aller en profondeur, là je pense pas que le médecin généraliste soit le plus habilité.”* (P5). Sur des thématiques particulières, la médecine générale était perçue comme insuffisante, que ce soit sur le plan psychiatrique : *“Je sais pas si vous avez énormément de formation en terme de santé... mentale, au final. Je pense que c'est beaucoup plus axé sur le physique,.”* (P5) ou sur le plan hormonal : *“j'aurai besoin d'un suivi un peu, très précis on va dire, j'irai plutôt voir une endocrino pour, pour, pour avoir voilà le côté un peu sur mesure”* (P3).

Cette perception de manque de connaissances était positivement perçue quand la personne soignante en était consciente et cherchait à le compenser : *“ il va souvent fouiller dans dans le bouquin pour, c'est pas le seul que j'ai vu faire ça donc ça me semble enfin peut être assez normal.”* (P10)

C. Des besoins entrant dans les compétences du ou de la médecin généraliste

Si le champ de compétences du ou de la médecin généraliste n'est pas toujours facilement repéré, les demandes qui pouvaient lui être faites en faisaient pleinement partie. La ou le médecin généraliste assurait une médecine thérapeutique : *“ mes hormones, c'est c'est un médecin généraliste qui me les prescrit, euh, idem pour mes bilans sanguins, pour surveiller un, ma glycémie et cetera pour surveiller dans le cadre de mon traitement hormonal féminisant.”* (P8).

Et il était aussi expert d'une médecine "globale", autant médicale que psychologique : *"On sait que quand il y a du soutien social c'est... ça diminue vraiment le risque de, de dépression, de tentative de suicide"* (P5). Il avait un rôle de conseil et d'accompagnement : *"j'attends une place dans la dedans, du conseil. [...] je vois plus ça du point de vue du, de l'accompagnement"* (P10).

La demande de coordination pouvait être sur le plan administratif pur : *"demander l'ALD tout ça, c'est mon médecin généraliste."* (P1). Elle existait aussi dans l'intérêt d'un travail pluridisciplinaire sur-mesure : *"si jamais je vais voir un médecin dans un cabinet et que il peut me recommander un bon orthophoniste, c'est plus facile. Et en plus de ça, ça a l'avantage que je sais que ils communiquent, enfin je sais qu'ils peuvent communiquer, qu'ils sont qu'ils... ce qui est pas forcément nécessaire, mais parfois pratique."* (P10).

Sa mission de médecine préventive était aussi recherchée : *"je suis allée lui demander un dépistage"* (P3), tant sur le plan de la prévention individuelle que lorsqu'il était question de rattraper les dépistages organisés : *" la CPAM faisait encore des grosses bourdes là-dessus. Euh qu'ils envoyaient des... des trucs de prévention qui étaient en fonction du chiffre sur la carte mais pas en fonction du, de la réalité de la personne "*. (P4)

IV. Discussion

Résultats principaux

A. Caractéristiques de la population

Avec l'hypothèse d'une variation inter-générationnelle, il a été fait une analyse en sous-groupes liée à l'âge. Il est à noter que dans l'échantillon, la population née avant 1990 n'a pas de suivi de son parcours de transition par un ou une médecin généraliste. Elle ne se revendique pas non plus comme militante. Alors que la population de l'échantillon née à partir de 1990, a dans 87,5% des cas un suivi de sa transition par un médecin généraliste. Dans ce sous-groupe, l'engagement militant n'était pas majoritaire.

Tableau 2a : Personnes nées avec 1990 (N = 3)

<i>Durée moyenne (min) d'entretien</i>				
73				
<i>Age au moment de l'entretien +/- 1 an</i>				
60				
<i>Genre</i>				
Femme trans	Homme trans		Personne non binaire	
0	3		0	
<i>Mode de recrutement</i>				
Bouche à oreille	Bouche à oreille milieu médical		Flyer	
2	1		0	
<i>Situation professionnelle</i>				
Cadre sup retraité	Cadre sup	Etudiant	Sans emploi	Métier du sexe
2	0	0	0	1

Tableau 2b : Personnes nées avant 1990 (N = 3)

<i>Suivi transition par MG</i>	
oui	non
0	3
<i>Engagement militant</i>	
oui	non
0	3

Tableau 3a : Personnes nées à partir de 1990 (N = 8)

<i>Durée moyenne (min) d'entretien</i>				
71				
<i>Age au moment de l'entretien +/- 1 an</i>				
26				
<i>Genre</i>				
Femme trans	Homme trans			Personne non binaire
2	2			4
<i>Mode de recrutement</i>				
Bouche à oreille	Bouche à oreille milieu médical			Flyer
5	0			3
<i>Situation professionnelle</i>				
Cadre sup retraité	Cadre sup	Etudiant	Sans emploi	Métier du sexe
0	1	6	1	0

Tableau 3b : Personnes nées à partir de 1990 (N = 8)

<i>Suivi transition par MG</i>	
oui	non
7	1
<i>Engagement militant</i>	
oui	non
2	6

B. Ambivalence

Deux études qualitatives réalisées en 2019 à l'Université de Rennes relatent les différents freins à l'accès aux soins rencontrés par les personnes trans, les stratégies d'adaptation comme l'*empowerment* et le lien associatif, ainsi que les attentes des personnes trans vis-à-vis de la médecine générale. Dans ces deux travaux synergiques, la ou le médecin généraliste avait une place principale (13) (14). Nos résultats sont semblables ceux de ces deux études, néanmoins une notion nouvelle apparaît.

En effet, pour certaines personnes interrogées, il existe des compétences attendues pour l'amélioration de la prise en charge de la santé des personnes transgenres en particulier concernant la coordination des soins et l'élaboration d'un parcours, qui ne sont pas facilement identifiées comme appartenant au champ de compétences du ou de la médecin généraliste alors qu'elles peuvent être considérées comme telles.

Les compétences de la médecine générale sont résumées sur ce schéma (15).

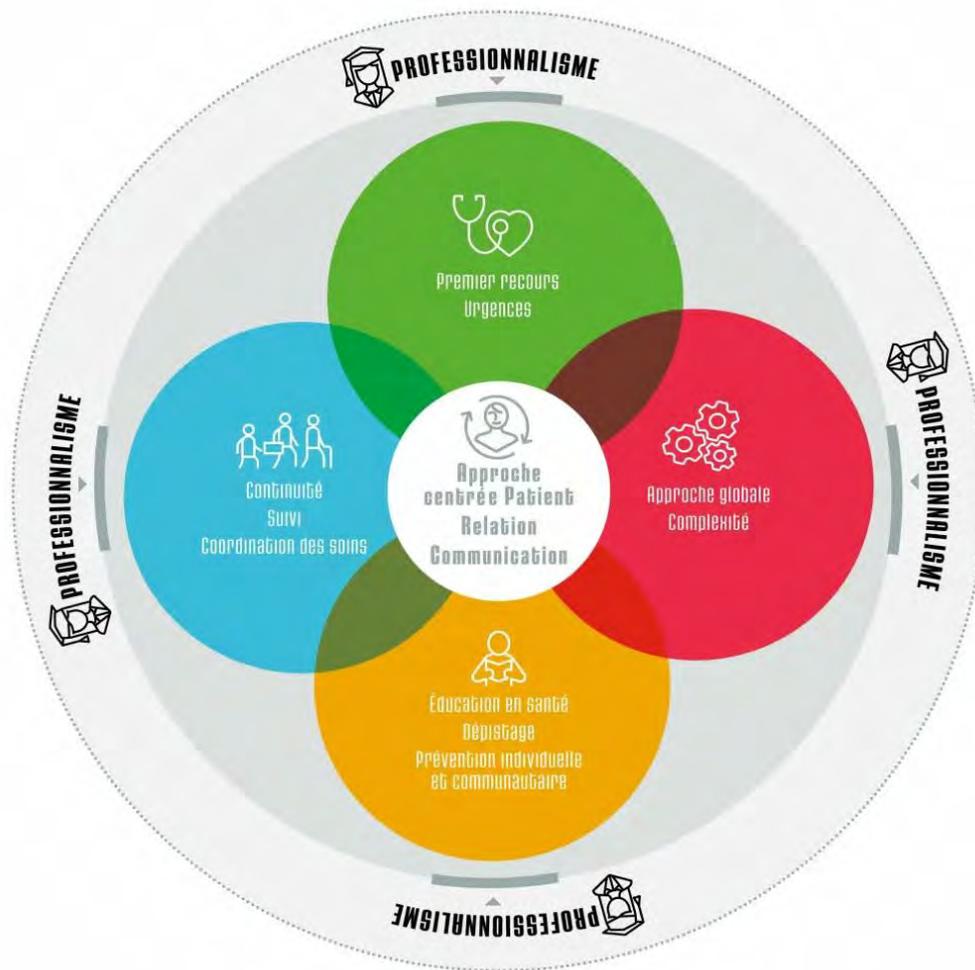


Figure 2. Marguerite des compétences extraite du Référentiel métier et compétences des médecins généralistes.

Dans un rapport commandé par l'Académie de Médecine Générale nommé *Réflexions sur le rôle, les missions et les attentes des médecins généralistes*, il était reconnu que l'importance du rôle de médecin généraliste est souvent méconnue des autorités sanitaires, des confrères et consœurs et des malades eux-mêmes (16).

Il existe donc une relation que l'on peut qualifier d'ambivalente entre les attentes des personnes transgenres concernant leur santé et les moyens en soins primaires déjà en place. Cette notion est importante car à partir de ce constat les

réponses aux problématiques peuvent différer. Par exemple, à partir de nos résultats, l'attente concernant la formation des médecins, qu'elle soit initiale ou continue, interroge sur les moyens à mettre en place pour mettre à jour les connaissances et cibler les médecins en soins primaires concernés. Cela pourrait d'ailleurs faire l'objet d'un nouveau travail de recherche aboutissant à la réalisation d'un outil de formation.

D'autre part les attentes concernant la coordination d'un parcours de soins apportent une réponse différente. En effet, les personnes transgenres présentent parfois des parcours multidisciplinaires complexes pour lesquels l'approche globale biopsychosociale et le rôle de coordination de soins du ou de la médecin généraliste sont primordiaux. La bonne connaissance du rôle de leur médecin généraliste par les personnes concernées et la valorisation des parcours de soins ambulatoires semblent une évolution alors plus adaptée à cette problématique. Les médecins généralistes doivent pouvoir s'appuyer sur des recommandations de bonnes pratiques.

Le rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans réalisé par le Dr. PICARD, médecin généraliste et médecin de santé publique et Simon JUTANT de l'association ACCEPTESS-T, détermine comme enjeu prioritaire le renouvellement de l'organisation des parcours de transition, avec pour principes clefs l'autodétermination, le consentement éclairé, la reconnaissance de la diversité des parcours, une place renforcée des professionnels de santé de premier recours, un travail en réseau et un repositionnement du rôle de la psychiatrie. Ce rapport est un travail préliminaire permettant d'éclairer l'actualisation des recommandations de l'HAS dont la parution est prévue en septembre 2023. (10)

C. La collision avec le monde médical

La difficulté d'accès aux soins des personnes trans mis en évidence par les personnes interrogées s'inscrit dans une problématique actuelle globale de pénurie de médecins. Selon l'INSEE, la densité nationale de médecins généralistes au 1/01/2022 était de 143,8 pour 100 000 habitants (17). Les médecins *safe* en France

sont peu nombreux et difficilement identifiés pour permettre un accès égal et de proximité aux personnes transgenres (18).

L'asymétrie du lien médecin-personne trans est aujourd'hui encore impactée par l'histoire de la médicalisation de la transidentité. A l'échelle mondiale, la dépathologisation et la dépsychiatisation de la transidentité ont été revendiquées par l'activisme trans pendant plusieurs décennies (19,20). En 2007, les premiers principes de Jogjakarta affirment l'obligation des États de mettre en application les droits humains dans les enjeux relatifs à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre, et notamment en termes de santé (21). Ce n'est qu'en 2022 que l'entrée en vigueur de la CIM-11 retire la transidentité de la catégorie "troubles mentaux et du comportement" pour la placer dans "problèmes (conditions) relatifs à la santé sexuelle" (22). La construction d'un modèle de santé intégratif est inhérente à la construction d'une société qui respecte les diversités de genre, et cette évolution est lente (23).

En conséquence, selon le rapport HAS de 2020, 75% des personnes trans auraient déjà expérimenté une gêne face à une personne soignante à propos de leur transidentité (24).

De nombreux articles traitent de la transidentité à travers le prisme de la sexualité soit sur le plan chirurgical soit sur le plan de la précarité et du risque infectieux entre autres des personnes travailleuses du sexe (25–28). Ce qui peut être réducteur et ne correspond pas à la mission de la médecine générale de prise en charge globale.

Dans la thèse quantitative réalisée par la Dr. M. Cosne à propos de la santé transgenre en 2021, parmi les personnes ayant vécu une situation de transphobie médicale, 47,1% déclaraient l'avoir subi de la part de médecins généralistes et 76,4% rapportaient une peur de consulter (29).

Contrairement à la thèse des Dr. Montpied et Vernier de Grenoble dans laquelle la transphobie médicale provoquait une colère qui avait une répercussion sur le lien médecin – personne concernée, dans nos résultats, les propos étaient plus modérés (30). Les personnes interrogées faisaient la distinction selon

l'intentionnalité malveillante ou bienveillante derrière la discrimination ressentie lors de contexte de transphobie médicale. À travers cette perception, la bienveillance ressentie avait pour effet une rectification éducative de la part de la personne concernée afin de favoriser la bienfaisance de la personne soignante.

La thèse du Dr. Bouabdillah en 2022 à Rennes, *Relation de soins entre le médecin généraliste et les personnes trans*, décrit entre autres la justification de certaines personnes soignantes pour limiter leur engagement dans les parcours de soins transidentitaires par le manque de formation et le manque d'expérience (31). Dans nos résultats, ce constat est partagé par les personnes interrogées mais n'est pas le seul facteur explicatif.

Il est possible de questionner l'impact que pourrait représenter l'éducation et la formation des médecins sur leur pratique. En faisant le parallèle avec l'étude qualitative qui montrait que les médecins généralistes interrogés, bien que conscients des apprentissages stéréotypés sur le genre et des disparités de santé entre femme et homme, reconnaissaient peu l'impact du genre sur le traitement différentiel apporté (32).

Malgré des conflits encore vifs entre les personnes transgenres et le corps médical, la ou le médecin généraliste a une place primordiale par son rôle de premier recours. (30)

En dehors de la nomenclature médicale, la perception de la transidentité par la société peut être stigmatisante en demandant de répondre à des stéréotypes de genre. Par exemple, Christine Jorgensen est passée dans les années 1950 du statut de militaire américain à celui de chanteuse de cabaret (33). La stigmatisation, selon le documentaire *Identité Trans : au-delà de l'image*, se retrouve dans de nombreux films où les personnages trans ont des rôles d'agresseurs (34).

D. La transidentité : un facteur sociétal en consultation

a) *Une société très binaire*

L'originalité de ce travail repose sur l'intégration, parmi les personnes participantes, de personnes se considérant non binaires ou *gender fluid*.

La santé des personnes transgenres non binaires est moins étudiée, bien souvent car ce sous-groupe est peu représenté dans les populations transgenres étudiées (35). Les personnes transgenres non binaires qui cherchent à se soigner ont un risque accru d'anxiété, de dépression et de faible estime de soi par rapport aux personnes transgenres binaires. Cela reflète les obstacles plus grands encore auxquels elles peuvent être confrontées (11,36,37).

Dans ce travail de recherche, certains témoignages rapportaient que des médecins percevaient la non binarité comme une hésitation dans l'autodétermination. D'autres expliquaient que des médecins partaient du principe qu'il était nécessaire qu'une personne consultant pour une transition soit genrée de manière opposée à sa naissance. La fluctuance dans le temps de l'expression de genre était souvent incomprise par les médecins.

La SOC 8 (*Standards of Care - version 8*) rédigée par la WPATH en 2022 guide les personnes soignantes dans leur pratique (2), un nouveau chapitre est consacré aux personnes non-binaires, les personnes soignantes sont encouragées à fournir une approche de traitement holistique et individuelle et à reconnaître les genres comme un spectre offrant plus de nuances qu'un modèle binaire (38,39).

Nos résultats affirment ce besoin et soulignent cette variabilité des transidentité. Cette adaptabilité ne semble pas possible selon les associations avec les conditions de soins de la SoFect devenue Trans Santé – FPATH (40).

Dans beaucoup de pays, le diagnostic de dysphorie de genre est indispensable pour garantir une prise en charge de transition médicale ou sociale, il est dépendant de facteurs socioculturels, politiques et économiques. Au Portugal, les modèles utilisés dans le diagnostic sont encore hétérogènes (41). En Suède, des recommandations nationales sont rédigées en étroite collaboration avec celles de la WPATH (42).

b) Autodétermination

Le souhait du respect de l'autodétermination est un résultat majeur de l'étude. De l'autodétermination découle l'*empowerment*, c'est-à-dire le fait d'être acteur ou actrice de sa santé. Cela s'illustre par la multiplicité des associations communautaires. Bien que la majorité des personnes interrogées dans cette étude ne fasse pas partie d'une association, elles ont rapporté que l'information communautaire avait une place majeure dans leur parcours. Elles décrivaient une discordance entre leur niveau de connaissances de la transidentité et celui de leur médecin sans pour autant que le statut de personne *sachante* soit perçu positivement.

Le statut de patient-expert ou patiente-experte est reconnu et défini à partir des travaux de l'alliance européenne des associations de patients et patientes atteints de maladies rares (EURORDIS), et de l'Agence Européenne du Médicament [EMA]. Il « désigne celui qui [...] a développé au fil du temps une connaissance fine [...] et dispose ainsi d'une réelle expertise dans le vécu quotidien d'une pathologie ou d'une limitation physique liée à son état » (43).

Une des possibles explications de la remise en question de cette expertise est proposée par le Dr. Bouabdillah dans sa thèse *Relation de soins entre le médecin généraliste et les personnes trans*. Il y est décrit les questionnements éthiques et déontologiques des médecins généralistes participant faisant émerger la notion de "*conflit de conscience*" (31). Elle explique qu'il s'agit d'une "*divergence entre les convictions personnelles et la position professionnelle*". Ce "conflit de conscience" peut-être à l'origine du communiqué du 25 Février 2022 de l'Académie nationale de médecine qui souhaite alerter sur le risque de sur-diagnostic de dysphorie de genre chez la personne mineure et sur le "nombre croissant de jeunes adultes transgenre souhaitant *dé-transitionner*" (44).

Cependant, peu d'études s'intéressent à la satisfaction des personnes concernées quant à la transition (45) (46).

c) *Faire du cabinet un endroit safe*

Le rapport *A long way to go for LGBTI equality* publié en 2020 par l'Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne, fait entre autres l'état des lieux des discriminations vécues par les personnes trans dans la santé. Dans ces travaux, 55% des personnes trans se déclarent discriminées dans un ou plusieurs aspects de leur vie autre que le travail, notamment dans l'accès aux soins (47).

La discrimination d'accès aux soins est considérée comme pourvoyeuse de stress minoritaire, comme décrit par la Pr. Cotton du département des Sciences de la santé communautaire, de l'Université de Sherbrooke (48).

Ilan H. Meyer, dans *Resilience in the Study of Minority Stress and Health of Sexual and Gender Minorities*, en 2015 à Los Angeles rapporte que les minorités de genre ont une capacité de résilience qui tient à la fois de l'individu et de l'identité communautaire. Selon ses recherches, comprendre la résilience des personnes trans est nécessaire pour limiter le stress minoritaire (49).

L'article "*Stigma, Mental Health, and Resilience in an Online Sample of the US Transgender Population*" souligne l'importance de l'adaptation des structures d'accueil, telles que les cabinets de médecine générale, ainsi que l'amélioration des comportements d'accueil envers les personnes trans (50).

Une personne ou un lieu considéré comme non discriminant est qualifié de *safe* par la communauté trans (51).

La notion de *safe* a été abordée systématiquement et spontanément lors des entretiens, comme décrite dans les résultats. Dans un entretien, la dimension politique a été développée. La personne participante estimait qu'il était important de pouvoir percevoir dans le lieu des indices rattachant la ou le médecin à un mouvement politique. Se considérer proche du ou de la médecin sur le plan des idées politiques lui permettait de se sentir en confiance. Bien que la dimension politique ne soit pas ressortie dans les autres entretiens, il est possible de considérer que l'affichage de flyers de prévention ou d'accueil de personnes trans soit une forme d'engagement sur le plan des idées sociales.

A propos de la confiance avec la personne soignante, dans trois entretiens le genre de celle-ci semblait important : "*Et puis je me sens plus à l'aise quand*

même avec une femme médecin” (P11) tout comme l’âge “quelqu’un de plus âgé, automatiquement je vais me dire peut-être qu’il a moins la connaissance de la transidentité” (P5). Une personne estime qu’une soignante aura “moins de verticalité du savoir en terme de socialisation que un homme.” (P3).

Lors de quelques entretiens, il est ressorti que le peu de personnes soignantes sensibilisées à la prise en charge de la transidentité créait un cercle vicieux où le personnel soignant n’étant pas recensé comme tel ne voyait que peu de personnes trans et avait donc moins de possibilités de se former par expérience pratique. Cela était perçu comme *“une confiscation de compétences spécifiques”*. (P3)

d) Le déroulé d’une consultation

Les résultats de cette recherche suggèrent la confection d’un outil pratique de sensibilisation à destination des médecins généralistes. En voici une proposition. (52–56).

Quelles sont mes compétences en tant que MG ?

	Oui, j'en suis capable	Non, j'ai besoin d'informations
 Demander l'ALD 31		
Faire un suivi psychologique		
Lire les biologies de suivi		
Prescrire un bilan préhormonothérapie		
Prescrire des oestrogènes		
Renouveler de la testostérone		
Coordonner le parcours avec des spécialistes		
Coordonner le parcours avec des paramédicaux		

Pour me renseigner :

Recommandation de pratique :

Standard of care v8

<https://wpath.org/soc8>

Associations communautaires :

Outrans : www.outrans.org

Chrysalide : <https://chrysalide-asso.fr/nos-documents/laccueil-medic-cal-des-personnes-trans/>

Flyer issu de la thèse Consultation idéale en médecine générale selon les personnes trans ou en questionnement de genre sur le parcours de transition, par Eugénie NOMINE et Juliane PAYET, disponible avec ce QR code :



Médecine Générale : une consultation à propos de la transition de genre



Accueillir

- o Ne pas présumer d'un genre = demander les pronoms actuels.
- o Sensibiliser le secrétariat à l'accueil d'une personne trans.
- o Prendre en compte la possible binarité d'une plateforme de rdv.



Faire du cabinet un lieu transfriendly

- o Etre conscient.e des discriminations.
- o Flyers / Affiches à portée.
- o Toilettes non genrées.

Figure 3a. Aide à la consultation à destination des médecins généralistes

Premier échange

- Demander à la personne ses attentes de la médecine générale.
- Décrire à la personne les missions de la médecine générale.
- Déterminer les compétences que j'estime avoir ou pas en tant que MG.



Les missions de la médecine générale



- **Dépister des cancers** (col de l'utérus, seins, colorectal, prostate).
- Aborder la **santé sexuelle**.
- **Dépister la précarité sociale** et/ou psychologique.
- Avoir une **approche globale**.
- Assurer le **suivi** et la **coordination** des soins.

Cadre légal

- Aucun certificat psychiatrique **n'est plus obligatoire** depuis 2022.
- Transidentité, ALD 31 (cocher hors liste) Modèles sur : <https://wikitrans.co/2019/06/11/alld-com-bien-coute-une-transition-medicale/>
- Changement de prénom : mairie où la naissance a été déclarée ou du lieu de résidence.
 - 
- Changement d'état civil : tribunal du lieu où la naissance a été déclarée ou du lieu de résidence.
 - 

Figure 4b. Aide à la consultation à destination des médecins généralistes

Forces de l'étude et limites de l'étude

A. Forces

a. *Place de l'étude dans la littérature*

Lorsque cette étude a été débutée, à la connaissance des chercheuses il n'existait qu'une thèse qualitative donnant la parole aux personnes concernées sur leurs attentes de la médecine générale à propos du parcours de transition spécifiquement : *Regard des personnes transidentitaires sur leur parcours de soins : quelle place pour la médecine générale*, des Dr. Montpied et Dr. Vernier à Lyon en 2019 (30). Peu de temps après, les travaux des Dr. Caroff et Dr. Duval à Rennes : *Expériences et attentes en médecine générale : les freins à l'accès aux soins ; les stratégies d'adaptation et les attentes*, ont conclu à un besoin d'accueil de qualité de la part des médecins, d'une dé-psychiatriation des transidentités et d'une évolution des représentations qu'ont les médecins dans le domaine (13,14). Cette étude poursuit ce travail en explorant les attentes entre autres autour de la formation des médecins. Elle est la première à présenter comme résultat principal la place ambivalente du ou de la médecin généraliste dans les parcours transidentitaires. Ce constat peut être une base pour l'amélioration des pratiques.

b. *Un guide d'entretien évolutif*

Le guide d'entretien (*annexe 5*) a été mis à l'épreuve avec des entretiens simulés auprès de volontaires médecins généralistes ou non. Cela a permis d'affiner le choix des mots face ensuite aux personnes participant à l'étude. Plusieurs entretiens ont été la source de modification du guide, permettant d'explorer des notions non abordées jusque-là. Un extrait d'entretien est disponible en annexe (*annexe 6*).

c. Une bonne validité interne

Un nombre similaire d'entretiens a été réalisé par chaque chercheuse. Des notions similaires ont émergé quelle que soit la chercheuse guidant l'entretien. Afin de limiter le biais d'interprétation possible sur des données qualitatives, la phase de codage a bénéficié d'une confrontation des résultats des deux investigatrices et la phase d'analyse est née de réflexions communes. Les chercheuses n'ont aucun lien d'intérêt.

d. Validité externe

La validité externe de cette étude a été renforcée par une relecture à l'aide de la grille d'évaluation COREQ (*annexe 7*).

e. Le nombre et la durée importante des entretiens

La durée moyenne des onze entretiens réalisés étant de 72 minutes, cela a permis aux personnes interrogées d'aborder de manière détaillée leurs attentes. Lors d'un échange préalable, oral ou écrit, il leur a été demandé de dégager un temps suffisant pour la réalisation de l'entretien, d'une moyenne d'une heure. Un entretien a été interrompu par obligation personnelle de la personne interrogée, mais il l'a été au bout d'une heure et quarante minutes, il a été considéré que la qualité de l'entretien était préservée car les thèmes du guide d'entretien avaient été abordés.

f. La forte diversité de l'échantillon

Le recrutement par le bouche-à-oreille constitue un argument pour la pertinence de l'étude au regard des personnes concernées. La possibilité de réaliser les entretiens à distance a permis de diversifier l'échantillon sur le plan géographique, notamment en milieu rural. Il l'est également sur le plan des catégories socio-professionnelles et de l'âge avec une moyenne à 26 ans. Contrairement aux études qui ont précédé celle-ci, la majorité des personnes

interrogées n'avaient pas de lien avec le milieu associatif trans, cela permet la mise en lumière de points de vue différents.

B. Limites

a. Biais de sélection

Le mode de recrutement par bouche-à-oreille ou par flyer tend à supposer que se sont saisies de l'espace de parole uniquement les personnes intéressées par cette étude. Plusieurs personnes avaient en commun des médecins dans leurs parcours de transition ce qui peut limiter la diversité des expériences de prise en charge. Les associations contactées lors du recrutement n'ont pas souhaité participer, il a été émise l'hypothèse d'une protection de leurs adhérents et adhérentes dans un climat féministe conflictuel au moment où le recrutement a été débuté, cela a pu exclure des témoignages. Une association en milieu rural avait initialement accepté la diffusion via son réseau social mais cela n'a finalement pas été réalisé, malgré des relances. Cela a pu exclure des témoignages de parcours réalisés en milieux ruraux exclusivement.

b. Biais de notification

La notice d'information, sur laquelle figurait la question de recherche, était communiquée en amont de l'entretien, ce qui pouvait rendre le discours des personnes interrogées préparé et moins spontané.

c. Perception de la posture de chercheuse

Lors du recrutement et de la réalisation des entretiens, les chercheuses se présentaient comme alliées, les personnes étaient prévenues qu'elles se définissaient comme cisgenres, ce qui pouvait orienter les échanges en limitant le récit de leurs expériences ou l'expression de leur point de vue. La posture d'écoute et la technique de reformulation adoptées lors des entretiens pouvaient contrebalancer cette limite et favoriser l'explicitation des opinions des personnes interrogées. Les chercheuses ont continuellement questionné leurs présupposés

afin de limiter leurs répercussions lors des échanges et dans l'interprétation des données.

Certaines personnes ont été informées du statut de soignantes des chercheuses, ce qui pouvait influencer le récit de leur vécu par rapport au monde médical. L'expérience de la recherche qualitative des chercheuses ayant grandi au fil des entretiens, il est possible que les relances ou l'approfondissement d'idées nouvelles aient été limitées sur les premiers.

d. Suffisance des données

Lors des derniers codages, il n'y a pas eu de nouvelle étiquette créée pouvant justifier une nouvelle modification du guide d'entretien, il a été considéré que ce travail tendait à une suffisance des données sans pour autant l'atteindre du fait du caractère unique de chaque personne participante et de son parcours.

V. Conclusion

En donnant la parole aux personnes transgenres, en questionnement de genre et non binaires, cette étude permet de cerner leurs attentes en soins primaires basées sur leurs propres expériences ou leurs idéaux.

Le questionnement de genre et l'entrée dans un parcours de transition, qu'il soit social ou médical, sont des moments de vulnérabilité. L'identification des freins d'accès aux soins sont ceux retrouvés dans la littérature et concernent la crainte d'une confrontation à la transphobie médicale, des ressources en personnel de santé sensibilisé insuffisantes et peu accessibles. L'invisibilité dans le monde médical, à toute échelle : qu'elle soit individuelle ou dans le cadre de la recherche dont les données sont encore pauvres, est inhérente à l'invisibilité sociétale.

Le rôle du ou de la médecin généraliste comme acteur ou actrice de santé de première ligne est déterminant. Une ambivalence naît entre les attentes de coordination, de soutien psycho-social et un défaut de reconnaissance des compétences du ou de la médecin généraliste.

Pour améliorer l'accompagnement, les qualités humaines et la bienveillance priment sur la formation des médecins. L'application des standards de soins internationaux peuvent guider les personnes soignantes dans la compréhension de leurs représentations et contribuer à améliorer leur pratique quotidienne dans l'accueil, le déroulé de la consultation et les stratégies thérapeutiques, et plus particulièrement en soins ambulatoires.

Une étroite collaboration entre les médecins et les associations militantes doit permettre une meilleure formation initiale accessible à tous. Dans le but de compléter ce travail, il serait intéressant de travailler sur l'élaboration d'un outil destiné aux médecins en cours de formation.

lu & approuvé
Toulouse le 17/05/2023

Professeur Marie-Eve ROUGE BUGAT
1, avenue Louis Blériot
31500 TOULOUSE
N° ADEL : 31 1 11793 1
N° RPPS : 10100079234

Toulouse, le 30/05/2023

Vu et permis d'imprimer
Le Président de l'Université Toulouse III – Paul Sabatier
Faculté de Santé
Par délégation
La Doyenne-Directrice
Du Département de Médecine, Maïeutique, Paramédical
Professeure Odile RAUZY



VI. Bibliographie

1. Serment d'Hippocrate. In: Wikipédia [Internet]. 2022 [cité 16 janv 2023]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Serment_d%27Hippocrate&oldid=199476398
2. Coleman E, Radix AE, Bouman WP, Brown GR, de Vries ALC, Deutsch MB, et al. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *Int J Transgender Health*. 19 août 2022;23(sup1):S1-259.
3. Flora L. 11. Du patient « passif » au patient expert. In: Santé mentale : guérison et rétablissement [Internet]. Montrouge: John Libbey Eurotext; 2015 [cité 8 mai 2023]. p. 109-19. (L'Offre de soins en psychiatrie). Disponible sur: <https://www.cairn.info/sante-mentale-guerison-et-retablissement--9782742014224-p-109.htm>
4. Manuel d'écriture inclusive [Internet]. [cité 12 mai 2023]. Disponible sur: https://www.univ-tlse3.fr/medias/fichier/manuel-decriture_1482308453426-pdf
5. Une histoire de genres (Grand format - Broché 2021), de Lexie « aggressively_trans » | Marabout [Internet]. [cité 13 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.marabout.com/livre/une-histoire-de-genres-9782501149679/>
6. Larousse É. Définitions : transidentité - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 9 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/transidentit%C3%A9/188645>
7. Socio-démographie de la population Trans en France : enquête sur une population difficile à atteindre [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 18 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/actualites/rencontres-scientifiques/les-lundis/socio-demographie-de-la-population-trans-en-france-enquete-sur-une-population-difficile-a-atteindre/>
8. Muriel D. Parcours de transition des personnes transgenres. 2022;
9. Winter S, Diamond M, Green J, Karasic D, Reed T, Whittle S, et al. Transgender people: health at the margins of society. *Lancet Lond Engl*. 23 juill 2016;388(10042):390-400.
10. Rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans [Internet]. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 9 mai 2023]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-relatif-a-la-sante-et-aux-parcours-de-soins-des-personnes-trans>
11. Wahlen R, Brockmann C, Soroken C, Bertholet L, Yaron M, Zufferey A, et al. Adolescents transgenres et non -binaires : approche et prise en charge par les médecins de premier recours. *Rev Med Suisse*. 22 avr 2020;691:789-93.

12. Genderbread Person v4.
13. Duval E. Expériences et attentes de personnes trans en médecine générale. Partie 1, les freins à l'accès aux soins. 25 avr 2019;54.
14. Expériences et attentes de personnes trans en médecine générale. Partie 2 : les stratégies d'adaptation et les attentes [Internet]. [cité 6 avr 2023]. Disponible sur: <https://syntheses.univ-rennes1.fr/search-theses/notice.html?id=rennes1-ori-wf-1-12403>
15. marguerite-competences-vf_1550151136127-pdf.pdf [Internet]. [cité 12 mai 2023]. Disponible sur: https://sante.u-pec.fr/medias/fichier/marguerite-competences-vf_1550151136127-pdf
16. Réflexions sur le rôle, les missions et les attentes des médecins généralistes – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps [Internet]. [cité 24 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/reflexions-sur-le-role-les-missions-et-les-attentes-des-medecins-generalistes/>
17. Professionnels de santé au 1er janvier 2022 | Insee [Internet]. [cité 17 avr 2023]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012677#graphique-TCRD_068_tab1_departements
18. Inglebert J. Le médecin généraliste comme premier interlocuteur face aux questionnements sur l'identité de genre [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2021 [cité 9 mai 2023]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/3784/>
19. Suess Schwend A. Trans health care from a depathologization and human rights perspective. *Public Health Rev.* 19 févr 2020;41(1):3.
20. CIM-11 : des progrès réels, mais insuffisants, vers la dépathologisation des personnes transgenres - Commissaire aux droits de l'homme - www.coe.int [Internet]. Commissaire aux droits de l'homme. [cité 13 mai 2023]. Disponible sur: https://www.coe.int/fr/web/commissioner/view/-/asset_publisher/ugj3i6qSEkhZ/content/icd11-is-a-stride-toward-depathologisation-of-trans-people-but-more-is-needed
21. principes_fr.pdf [Internet]. [cité 9 mai 2023]. Disponible sur: http://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2016/08/principles_fr.pdf
22. ICD-11 [Internet]. [cité 12 mai 2023]. Disponible sur: <https://icd.who.int/fr>
23. Gómez-Gil E, Esteva de Antonio I, Fernández Rodríguez M, Almaraz Almaraz M, Hurtado Murillo F, Gómez Balaguer M, et al. [New care models for transgender people in the Spanish Health System: demands, controversies and reflections.]. *Rev Esp Salud Publica.* 16 nov 2020;94:e202011123.
24. Sexe, genre et santé - Rapport d'analyse prospective 2020 [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 17 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/>

sante.fr/jcms/p_3223570/fr/sexe-genre-et-sante-rapport-d-analyse-prospective-2020

25. Guss C, Shumer D, Katz-Wise SL. Transgender and gender nonconforming adolescent care: psychosocial and medical considerations. *Curr Opin Pediatr.* août 2015;27(4):421-6.
26. Hayon R. Gender and Sexual Health: Care of Transgender Patients. *FP Essent.* oct 2016;449:27-36.
27. Turban JL, Winer J, Boulware S, VanDeusen T, Encandela J. Knowledge and attitudes toward transgender health. *Clin Teach.* 2018;15(3):203-7.
28. Rosa DF, Carvalho MV de F, Pereira NR, Rocha NT, Neves VR, Rosa A da S. Nursing Care for the transgender population: genders from the perspective of professional practice. *Rev Bras Enferm.* févr 2019;72(suppl 1):299-306.
29. Cosne M, Santé M. Santé des personnes transgenres 2021. Étude quantitative explorant la santé, l'accès aux soins et les discriminations vécues par les personnes transgenres en France en 2021. 2021;
30. Vernier C, Montpied A. Regards des personnes transidentitaires sur leurs parcours de soins : quelle place pour la médecine générale ? Étude qualitative par entretiens semi-dirigés. 3 avr 2019;212.
31. Bouabdillah M. Relation de soins entre le médecin généraliste et les personnes trans: catégorisation et facteurs influençant [Internet] [Thèse d'exercice]. [1969-2022, France]: Université de Rennes 1; 2022 [cité 17 avr 2023]. Disponible sur: <https://ged.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/e6405648-ee46-4465-8d17-15318f7dc02d>
32. Levoir T, Levoir C. Genre et santé: enquête qualitative auprès de médecins généralistes sur leurs représentations des disparités en santé entre les hommes et les femmes réalisée en 2019 dans les Pyrénées Atlantiques.
33. From GI Joe to GI Jane: Christine Jorgensen's Story [Internet]. The National WWII Museum | New Orleans. 2020 [cité 14 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.nationalww2museum.org/war/articles/christine-jorgensen>
34. « Identité Trans – Au delà de l'image » [Internet]. Netflix; 2020 [cité 14 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.netflix.com/title/81284247>
35. High Burden of Mental Health Problems, Substance Use, Violence, and Related Psychosocial Factors in Transgender, Non-Binary, and Gender Diverse Youth and Young Adults - PubMed [Internet]. [cité 9 mai 2023]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31485801/>
36. Thorne N, Witcomb GL, Nieder T, Nixon E, Yip A, Arcelus J. A comparison of mental health symptomatology and levels of social support in young treatment seeking transgender individuals who identify as binary and non-binary. *Int J Transgenderism.* 3 juill 2019;20(2-3):241-50.

37. Cheung AS, Leemaqz SY, Wong JWP, Chew D, Ooi O, Cundill P, et al. Non-Binary and Binary Gender Identity in Australian Trans and Gender Diverse Individuals. *Arch Sex Behav.* 1 oct 2020;49(7):2673-81.
38. Cocchetti C, Ristori J, Romani A, Maggi M, Fisher AD. Hormonal Treatment Strategies Tailored to Non-Binary Transgender Individuals. *J Clin Med.* 26 mai 2020;9(6):1609.
39. Koehler A, Eyssel J, Nieder TO. Genders and Individual Treatment Progress in (Non-)Binary Trans Individuals. *J Sex Med.* janv 2018;15(1):102-13.
40. Association TRANS SANTÉ France – FPATH – Vivre, comprendre et accompagner les transidentités [Internet]. [cité 13 mai 2023]. Disponible sur: <https://trans-sante-france.org/>
41. Hilário AP. (Re) Making gender in the clinical context: a look at how ideologies shape the medical construction of gender dysphoria in Portugal. *Soc Theory Health.* 1 déc 2019;17(4):463-80.
42. Linander I, Lauri M, Alm E, Goicolea I. Two Steps Forward, One Step Back: A Policy Analysis of the Swedish Guidelines for Trans-Specific Healthcare. *Sex Res Soc Policy.* 1 juin 2021;18(2):309-20.
43. Friconneau M, Archer A, Malaterre J, Salama F, Ouillade MC. Le patient-expert: Un nouvel acteur clé du système de santé. *médecine/sciences.* déc 2020;36:62-4.
44. La médecine face à la transidentité de genre chez les enfants et les adolescents – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps [Internet]. [cité 8 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/la-medecine-face-a-la-transidentite-de-genre-chez-les-enfants-et-les-adolescents/>
45. Alessandrin A. La notion de regret dans la clinique du changement de genre. *L'Évolution Psychiatr.* 1 avr 2019;84(2):277-84.
46. Feldman J, Brown GR, Deutsch MB, Hembree W, Meyer W, Meyer-Bahlburg HFL, et al. Priorities for Transgender Medical and Health Care Research. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes.* avr 2016;23(2):180-7.
47. European Union Agency for Fundamental Rights. A long way to go for LGBTI equality. [Internet]. LU: Publications Office; 2020 [cité 13 mai 2023]. Disponible sur: <https://data.europa.eu/doi/10.2811/582502>
48. COMPRENDRE LE MODÈLE DE STRESS MINORITAIRE - STRESS [Internet]. [cité 9 mai 2023]. Disponible sur: <https://fr.abeachreefmotel.com/understanding-minority-stress-model>
49. Meyer IH. Resilience in the study of minority stress and health of sexual and gender minorities. *Psychol Sex Orientat Gend Divers.* 2015;2:209-13.

50. Bockting WO, Miner MH, Swinburne Romine RE, Hamilton A, Coleman E. Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population. *Am J Public Health*. mai 2013;103(5):943-51.
51. Qu'est-ce qu'un safe place ? [Internet]. France Inter. 2022 [cité 8 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.radiofrance.fr/franceinter/podcasts/zoom-zoom-zen/zoom-zoom-zen-du-jeudi-15-septembre-2022-2264515>
52. Joseph A, Cliffe C, Hillyard M, Majeed A. Gender identity and the management of the transgender patient: a guide for non-specialists. *J R Soc Med*. avr 2017;110(4):144-52.
53. Author P, Bourns DA. Guidelines for Gender-Affirming Primary Care with Trans and Non-Binary Patients.
54. DE TIENDA Y DE ROBERT DE LAFREGEYRE B, LEROUX B. TRANSIDENTITÉS AUX ANTILLES, RENCONTRE ENTRE LES ATTENTES DES PATIENT·ES TRANSIDENTITAIRES ET LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES [Internet]. Faculté Médecine des Antilles et de la Guyane; 2023 [cité 30 avr 2023]. Disponible sur: https://docs.google.com/document/d/1TOCuZfHgQFznyGwY2UHsq7yVhNNTMTVh9ci9Yndxje0/edit?usp=drive_web&oid=114846692902787080385&usp=embed_facebook
55. Chrysalide-Guide5.pdf [Internet]. [cité 24 avr 2023]. Disponible sur: <https://chrysalide-asso.fr/wp-content/uploads/2019/10/Chrysalide-Guide5.pdf>
56. OUTrans-Hormones-et-parcours-trans.pdf [Internet]. [cité 13 mai 2023]. Disponible sur: <https://outrans.org/wp-content/uploads/2022/11/OUTrans-Hormones-et-parcours-trans.pdf>

VII. Annexes

A. Annexe 1 : Flyer diffusé pour le recrutement des personnes participantes

Vous êtes trans ? Vous êtes en questionnement de genre ?

Vous souhaitez améliorer votre prise en charge en santé via la médecine générale ?

Vous souhaitez davantage de lieux safes et de soignant.e.s safes ?

Si vous répondez oui à ces deux questions, vous pouvez changer les choses en prenant la parole dans notre étude.

Nous menons des entretiens individuels d'environ une heure, où l'expression est libre, autour de votre expérience en médecine générale.

Toutes les données sont anonymisées et détruites après la rédaction de la thèse.

Pour prendre la parole :
thesesoinsprimairesgenre@gmail.com

Nous sommes des femmes cisgenres, non directement concernées mais qui se positionnent en tant qu'alliées

ou 06 [redacted] **Juliane PAYET**
ou 06 [redacted] **Eugénie NOMINE**

Avis

à la communauté trans



The illustration shows a red hand holding a transgender flag (pink, white, and blue horizontal stripes) on a black pole. Below the hand, three diverse people are walking: a woman with dark skin and a ponytail, a woman with light skin and long hair, and a man with dark skin. They are all wearing or holding transgender flags.

B. Annexe 2 : Notice d'information à destination des personnes participantes

NOTICE D'INFORMATION

Eugénie NOMINE et Juliane PAYET jeunes chercheuses en médecine générale proposent de participer à une étude qualitative pour un sujet de thèse de Médecine Générale intitulée :

« Consultation idéale en médecine générale selon les patient.e.s trans ou en questionnement de genre sur leur parcours de transition »

Lisez attentivement cette notice. Sentez-vous libre de poser toutes les questions qui vous sembleront utiles. Après avoir obtenu les réponses satisfaisantes à vos questions et disposé d'un délai de réflexion suffisant, vous pourrez alors décider si vous voulez participer à cette étude ou non. Vous avez le droit de revenir sur votre décision à tout moment.

Objectifs de l'étude :

Explorer les attentes des patient.e.s envers la médecine générale à propos du parcours de transition

Déroulement de l'étude : Etude qualitative par entretiens enregistrés et anonymisés à la retranscription (les caractéristiques pouvant permettre une identification seront supprimées). La retranscription permettra une analyse puis une synthèse du travail : l'objectif étant de construire un modèle explicatif intégrant les points de vue des participant.e.s.

Votre participation : Entretien sur le sujet avec une des investigatrices, avec enregistrement audiovisuel, qui consiste en une discussion en lien avec votre expérience de la médecine générale quant à votre questionnement de genre. Cela demandera de dégager du temps et conduira à évoquer des expériences personnelles et parfois intimes. Les participants disposeront d'un espace de libre expression dépourvu de jugement de la part de l'investigatrice.

Précautions particulières : Afin d'assurer la confidentialité des informations personnelles, ni le nom, ni aucune autre information qui permettrait une identification directe ne seront saisis dans les documents définitifs. La retranscription se fera sur un ordinateur protégé par un mot de passe et sera placée dans un dossier chiffré par un logiciel approuvé par l'Agence nationale de la sécurité des systèmes d'informations conformément aux bonnes pratiques recommandées par la CNIL.

Traitement informatique des données personnelles : Le traitement de vos données à caractère personnel se fera conformément au Règlement Général sur la Protection des Données, règlement n° 2016/679.

Destinataire des données : Les données personnelles recueillies ne seront consultées que par Eugénie Nominé et Juliane Payet et leur directeur de thèse: Dr Julien Artigny (médecin généraliste).

Par ailleurs, il est possible que ce travail de recherche fasse l'objet, dans un second temps, d'une publication sous forme d'article dans une revue internationale pour améliorer la connaissance scientifique sur le sujet étudié. Les résultats de la recherche pourraient également être diffusés dans des colloques professionnels à visée pédagogique.

Durée de conservation des données : 5 ans, selon éventuelle publication

Si vous avez des questions au sujet du recueil, de l'utilisation des données personnelles ou pour exercer vos droits, vous pouvez contacter les investigatrices à l'adresse mail suivante : thesesoinsprimairesgenre@gmail.com.

Si malgré les mesures mises en place, vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez déposer une réclamation auprès de l'autorité de contrôle de la protection des données compétente dans votre pays de résidence, la CNIL pour la France : <https://www.cnil.fr>.

C. Annexe 3 : Formulaire de consentement

Consultation idéale en médecine générale selon les patient.e.s trans ou en questionnement de genre sur le parcours de transition

Investigatrices : Eugénie Nominé et Juliane Payet dans le cadre d'un projet de doctorat sous la direction du Dr ARTIGNY Julien.

Promoteur de l'étude : Faculté de médecine générale Rangueil/CHU de Toulouse

Je, soussigné(e),(nom, prénom), atteste avoir pris connaissance de la notice d'informations. Je comprends le but et la nature du projet de recherche et je consens librement à participer à la recherche intitulée « *Consultation idéale en médecine générale selon les patient.e.s trans ou en questionnement de genre sur le parcours de transition* ». Je suis satisfait(e) des explications et précisions que les chercheuses m'ont fournies, le cas échéant, quant à ma participation à ce projet.

En cas de participant.e mineur.e :

Je, soussigné(e),(nom, prénom), détenant l'autorité parentale pour(nom, prénom), atteste avoir pris connaissance de la notice d'informations. Je comprends le but et la nature du projet de recherche et je consens à ce qu'il.elle participe, librement à la recherche intitulée « *Consultation idéale en médecine générale selon les patient.e.s trans ou en questionnement de genre sur le parcours de transition* ». Je suis satisfait(e) des explications et précisions que les chercheuses m'ont fournies, le cas échéant, quant à la participation à ce projet.

Fait à, le/...../.....

Signature :

D. Annexe 4 : Avis d'enregistrement au registre des thèses



Université PAUL SABATIER – TOULOUSE III
Facultés de Médecine de Toulouse
DEPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE MEDECINE GENERALE (DUMG)
Faculté de médecine de Toulouse – Ranguel 133 route de Narbonne
31062 TOULOUSE Cedex

Pr Pierre BOYER

Directeur NTIC – Numérique

DPO-78344

DUMG Toulouse

pierre.boyer@dumg-toulouse.fr
dpo@dumg-toulouse.fr

Je soussigné **Pr Pierre Boyer**, DPO du département universitaire de médecine générale de Toulouse, certifie que :

Mme PAYET Juliane

- a satisfait aux obligations de déclaration des travaux de recherche ou thèse concernant le Règlement Général de Protection des Données
- a été inscrite dans le TABLEAU D'ENREGISTREMENT RECHERCHE ET THESES - Déclaration conformité CNIL du DUMG de TOULOUSE (133 route de Narbonne 31 062 Toulouse CEDEX) à la date du 01/12/2021 sous le numéro : **2021PJ24**

Fait à Toulouse, le 02/04/2023

Pr. BOYER



Université PAUL SABATIER – TOULOUSE III
Facultés de Médecine de Toulouse
DEPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE MEDECINE GENERALE (DUMG)
Faculté de médecine de Toulouse – Ranguel 133 route de Narbonne
31062 TOULOUSE Cedex

Pr Pierre BOYER

Directeur NTIC – Numérique

DPO-78344

DUMG Toulouse

pierre.boyer@dumg-toulouse.fr

dpo@dumg-toulouse.fr

Je soussigné **Pr Pierre Boyer**, DPO du département universitaire de médecine générale de Toulouse, certifie que :

Mme NOMINE Eugénie

- a satisfait aux obligations de déclaration des travaux de recherche ou thèse concernant le Règlement Général de Protection des Données
- a été inscrite dans le TABLEAU D'ENREGISTREMENT RECHERCHE ET THESES - Déclaration conformité CNIL du DUMG de TOULOUSE (133 route de Narbonne 31 062 Toulouse CEDEX) à la date du 01/12/2021 sous le numéro : **2021NE23**

Fait à Toulouse, le 02/04/2023

Pr P. BOYER

E. Annexe 5 : Le guide d'entretien et son évolution

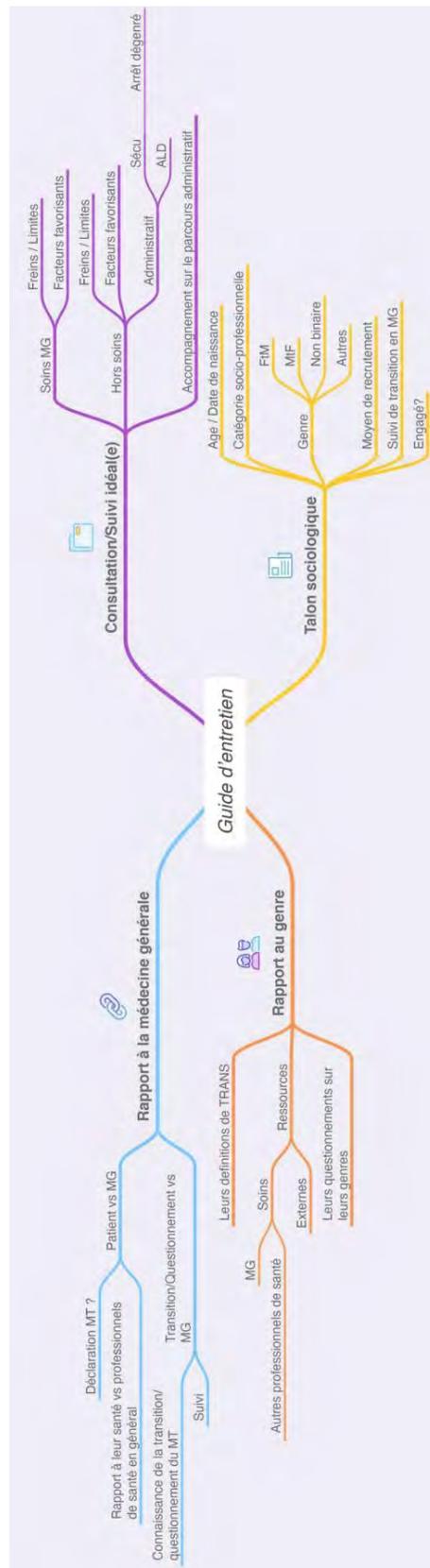


Figure 5. Première version du guide d'entretien

Les évolutions du guide d'entretien apparaissent en gras.

Date et lieu :

[Présentation personnelle]

[Donner fiche d'information et de consentement]

[Début enregistrement]

Comment peut-on vous genrer ?

[Définir et poser la question du questionnement de genre/transition pour faciliter le codage]

Question brise-glace :

Avec vos mots, comment expliqueriez la transidentité/être trans à quelqu'un que vous croisez dans la rue ?

Grands thèmes :

Connaitre le rapport au genre

- Est-ce que vous vous êtes déjà posé des questions sur votre genre ?
- Quelles questions vous vous êtes posées intérieurement ?
- *Si l'expression "parcours de transition" ou équivalent n'émerge pas : est-ce que pour vous on peut parler de parcours de transition ? Si non, comment le nomme-t-on ?*
- Est-ce que vous pouvez nous parler de votre "parcours de transition" ou équivalent ?
- Vers qui avez-vous eu l'idée de vous tourner ?
 - ressources de soins ? Quel professionnel de santé ?
 - ressources sociales / famille / asso ?
- **Autodétermination ?**
- **Interroger la non binarité ?**
- **Place du pronom dans la vie quotidienne ?**
- **Comment êtes-vous genré quand vous allez chez le médecin ? Comment le médecin peut-il savoir vous genrer ? Utilisation du langage épïcène ?**
- **Revendication de la qualification transgenre**

Connaitre le rapport du patient avec la médecine générale

- Quelle est l'idée de la médecine générale dans votre santé ? = **C'est quoi un médecin généraliste pour vous ?**
 - Dans votre parcours de transition actuellement ?
 - Avez-vous un.e médecin traitant ?
 - Est-il.elle au courant de votre souhait ou de votre transition ?
 - Pourquoi ? Si suivi / "parcours de transition" ou équivalent, par qui ?
 - Etes-vous en relation avec d'autres professionnel.le.s de santé, si oui, lesquels ?
- **Caractéristiques du soignant est-il important ? (âge/genre)**
- **Comment gérer les discordances entre attentes du patient et propositions du soignant?**
- **Rapport à la réversibilité/irréversibilité des soins ?**
- **Instrumentalisation du soignant ?**

Connaitre les freins et limites

- Est-ce que vous considérez votre "expérience personnelle" comme idéale?
 - Si oui, sur quels critères ?
 - Si non, qu'est-ce que vous auriez souhaité différemment ?
- Quelles difficultés avez-vous rencontrées ?
- A quoi ressemblerait la consultation idéale chez votre médecin généraliste ?

[Imaginer la consultation du début (à la prise de rendez-vous) à la fin]

- Qu'est ce qui peut être un frein ou un facteur favorisant ?
 - **Indices dans le cabinet ?**
 - **Quand et comment faire apparaître l'identité de genre dans les antécédents ?**
 - Prise de RDV
 - Accueil par secrétariat
 - La salle d'attente
 - Toilettes
 - Introduction avec médecin
 - **Question de suivi des dépistages dans le cadre de prévention**

- **La dysphorie de genre peut-elle être dépistée ?**
- Par rapport à votre propre parcours, qu'est-ce que vous souhaiteriez pour autrui ?

Talon sociologique	
Age/ Date de naissance	
Catégorie socio-professionnelle	
Sexe/ transition	
Moyen de recrutement	
Suivi de transition en MG	Oui/non
Engagement militant ?	Oui/non

[Question éventuelle sur les thèmes à améliorer]

[Avez-vous quelque chose à ajouter?]

[Vécu de l'entretien]

[Remerciements]

[Fin enregistrement]

F. Annexe 6 : Extrait d'un entretien (entretien 4 ?)

[...]

Chercheuse : Est-ce qu'on peut parler de parcours de transition pour toi ?

Participant.e : Oui. Enfin de parcours médical de transition.

C : Parcours médical de transition. Comment tu décrirais ton parcours ?

P : Euh, ohla (*rire nerveux*). Alors déjà il a commencé par cinq ans de « je n'aurai sans doute pas besoin de changer mon corps parce qu'après tout j'arrive très bien à dealer avec ». Euh, c'est cinq années-là, euh... Se passaient très bien mais il manquait toujours quelque chose, donc euh voilà. Et en fait, c'est de fil en aiguille euh ben que deux discussions principalement avec deux personnes que j'apprécie énormément, que je me suis dit « j'pourrai me laisser l'opportunité de pouvoir refuser après avoir démarré », euh tu vois ? Je pourrai enclencher le processus tout en me disant que si je veux arrêter à un moment T, j'arrête. Et en effet, y a rien dans la loi qui m'interdirait d'arrêter, du coup pourquoi ne pas profiter de cette occasion là pour tester. Euh, la trans-, euh tu vois, un parcours médical. Et euh... et au bout de deux mois d'essai, et beh clairement, j'ai pas envie d'arrêter (*rire franc*). Je suis très bien dans ce parcours et je pense le continuer d'un point de vue euh du coup hormonal euh et, et on verra bien où ça nous mène mais j'ai pas de, j'ai pas un objectif, j'ai pas non plus envie d'arrêter et du coup je reste sur ma situation actuelle qui me va très bien.

C : Tu as parlé de ton vécu dans le parcours, en tout cas de faits très concrets dans ton parcours, qui c'est qui t'a aidé, ou qui t'a mis des bâtons dans les roues dans cette expérience ?

P : Alors, euh, je vais parler de ma mère mais s'il vous plait parler pas de Freud (*rire*)! Euh non mais clairement ma mère à un rapport à l'identité et à l'image qui est très poignant. Ce qui veut dire qu'il a fallu déjà que je me défasse de ce qu'elle m'a... inculqué comme image de soi qui doit être une image sociale parfaite, qui doit ne pas être entachée par quelconque, quelconque défaut et du coup il a fallu déjà que je me défasse de cette image pour euh reconnaître que j'étais une personne trans, c'est-à-dire qu'au début je me considérais comme une personne travestie euh dans un cadre privé, dans un cadre... érotico-romantique avec

quelqu'un. Euh... ce qui était, ce qui a pas duré très longtemps mais qui était très euh... culpabilisant quelque part, c'est-à-dire qu'il fallait cacher cette identité-là. Et ensuite je me suis rendu compte que non, il s'agissait de toute évidence d'une question de transidentité. Euh, cette question transidentité ça veut dire qu'elle pouvait être affichée d'un point de vue public et donc il fallait que je remette en cause tout ce que m'avait enseigné ma mère sur la question du paraître. Euh... Ensuite, euh, il a fallu du coup pour que je démarre la transition médicale que je mette encore plus à mal cette question d'image. Parce que là on parlait de quelque chose qu'on me vendait comme... irréversible. C'est-à-dire que une fois que j'aurai mes seins, à moins de faire une mastectomie, y a aucune raison que je n'ai plus mes seins et donc il fallait que j'arrive à me dire qu'on est sur de...l'irréparable quelque part. Euh... Et c'était un processus qui a mis du temps et qui était pas si, pas si complexe dans le sens où c'était évident au fur et à mesure où ça se passait. Donc ça c'était pour qui c'est qui a mis dans bâtons dans les roues. Et qui c'est qui a aidé, c'est euh... tous mes amis euh qu'il y avait autour de moi à ce moment-là. C'est-à-dire que j'ai toujours été super bien entouré, ben vu que je ne vois pas les personnes qui font des choses pas bien, je vois que les personnes qui font du bien et il y en avait beaucoup à ce moment-là. Euh, j'entends par-là, il y avait une ex avec qui je suis encore en rapport. Euh il y avait un ami que j'avais rencontré d'un cercle de groupe trans, euh, il y avait *Prénom* qui était mon binôme, voilà, il y a eu plein de personnes qui m'ont permis de franchir ces étapes facilement en fait...

C : Là tu m'as parlé que de gens hors milieu de soin.

P : Oui. Parce que de toute évidence j'avais jamais (*insiste sur le mot*) parlé de question trans à une personne du corps médical. Sachant que euh, pour moi le corps médical est un corps que je connais pour l'avoir vécu un peu de l'intérieur, euh comme je te disais au tout début, j'ai mon mentor qui était euh médecin, j'ai grandi entouré.e de médecin, pas forcément praticiens mais de médecins de formation donc je, je vois euh comment fonctionne le corps médical. Euh... et du coup euh, je suis désolé.e pour les « euh ». Euh, du coup il y a (*nom d'un médecin*), le médecin, et après le, oui, pour moi ma santé de tous les jours, j'étais jamais en rapport avec des médecins parce que j'ai pas spécifiquement de problèmes de santé, j'ai pas besoin d'aller voir un toubib, j'pense que sur 4 années consécutives

avant de démarrer ma transition médicale, j'ai dû voir deux fois le docteur et une fois pour un arrêt de travail. Parce que littéralement je ne vais jamais les voir, quoi, et ce qui n'est pas forcément bien mais qui était ma pratique à l'époque de, du, de, de la médecine quoi.

C : Si j'ai bien compris, dans l'enfance tu n'avais pas vraiment de médecin traitant parce que c'était ton mentor qui s'occupait de toi.

P : J'en avais un médecin traitant, mais on le voyait rarement (*rire*).

C : Donc pas de lien.

P : Oui.

C : Et après à l'âge adulte t'as jamais vraiment eu recours à la médecine.

P : C'est ça.

C : Est-ce que la médecine a pris une place dans le parcours de transition ?

P : Oui, parce que j'ai rencontré (*nom d'un autre médecin*) du coup (*rire complice*). Et du coup euh, en fait, vu que j'étais déjà dans une démarche de « je vais essayer euh d'avoir des hormones » du coup, c'était pas d'avoir un parcours, c'était je vais essayer d'avoir des hormones pour moi, pour euh faire une transition euh... Ah si, si, si, non je mens, j'ai été voir mon docteur une fois pour les questions de, j'avais fait un combo parce que la personne avec qui je sortais à l'époque avait euh été testée pour le papillomavirus et été testée positive et j'avais été le voir en mode je veux faire un test pour euh savoir si je peux contaminer quelqu'un d'autre, euh, et en plus de ça je t'annonce que je suis une personne trans et que j'aimerais bien avoir un parcours, euh du moins démarrer un parcours. Et euh, et je sais plus ce qui c'était passé, il avait fait la demande d'ALD parce que je lui avais donné tout le processus machin.

C : Dès la première consultation ?

P : Oui, c'était le médecin que je voyais depuis plus de dix ans, du moins, y avait pas de raison que... j'avais même été son secrétaire (*rire*). C'est vrai que j'ai fait ça aussi! Euh, et du coup voilà, il y avait pas de raison que ça soit pas fait, la démarche. Mais par contre, clairement, il comprenait pas, il y avait pas de... ça faisait pas sens. Euh, et... la CPAM avait déjà fait un refoi du coup. En me disant, euh y a pas euh,

j'ai toutes les traces d'ailleurs si besoin, y a pas de... y a pas de raison vu que vous n'avez pas fait un lien avec euh, chirurgien, endoc et ... psy ! Euh... et du coup j'ai fait, boh, ben ça se fera plus tard. (rire) Voilà. Et donc après j'ai rencontré Dr. Belamour (*nom d'emprunt choisi par la personne interviewée*). On a eu l'occasion de parler justement de ma volonté et euh, et on a dit qu'on prenait rendez-vous et du coup on a fait euh, la première de-, la seconde demande d'ALD, qui s'est aussi essuyée par un échec. Là où j'ai fait appel, qui s'est aussi essuyée par un échec. On a fait une autre demande! Et là on arrive à... j'avais déjà commencé les hormones, la, l'acceptation de l'ALD est arrivée le 25 décembre ou le 24 décembre 202..., ouais 202X, et j'avais des hormones depuis le 17 septembre.

C : Comment tu expliques ces refus ?

P : Oh, c'est la CPAM de ville A qui a toujours fait de la merde. Ça a été, ça a toujours été une catastrophe. Bon après j'ai pas aidé vu que clairement j'y suis allé en mode bourrin de « je veux pas vous donner un quelconque papier justifiant que je suis une personne trans ».

C : Le certificat de psy ?

P : Le fameux ! Euh le certificat de psy, mais il y avait aussi la demande d'avoir un endoc et un chirurgien et il est hors de question que je... que j'amène ces papiers-là, sachant qu'ils sont totalement en dehors des process officiels. J'entends par là, c'est totalement illégal de demander ça pour donner une ALD. Donc j'ai pas...

C : Ils ont fini par accepter ?

P : Ils ont fini par accepter mais il me semble que c'est parce qu'il y a eu un changement parce qu'il y a plein de personnes qui ont été acceptées à cette période-là. Donc je sais pas qui c'est qui a fait changer quelque chose là-haut mais il y a eu, euh, il y a eu de toute évidence un changement.

[...]

G. Annexe 7 : Grille COREQ

N°	Item	Guide questions/description
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? Par exemple : PhD, MD
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <i>Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche</i>
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques de ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche</i>
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? <i>Par exemple théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu</i>
Sélection des participants		
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? <i>Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige</i>
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? <i>Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel</i>
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?

Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? <i>Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail</i>
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? <i>Par exemple : données démographiques, date</i>
Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18.	Entretiens répétés	entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25.	Description de l'arbre de codage	auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? <i>Par exemple : numéro de participant</i>
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

NOMINE Eugénie, PAYET Juliane

Consultation idéale en médecine générale selon les personnes transgenres ou en questionnement de genre sur le parcours de transition. Etude qualitative par entretiens semi-dirigés

DIRECTEUR DE THÈSE : Dr Julien Artigny

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Toulouse, le 19 Juin 2023

Objectif : Partant du constat qu'il existe un défaut de prise en charge en médecine générale des personnes transgenres ou en questionnement de genre, cette étude donne la parole aux personnes concernées pour comprendre comment corréliser leurs attentes et l'amélioration des pratiques de médecine générale.

Méthode et résultat : Il a été réalisé une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés inspirée de la théorisation ancrée. Onze participant.es ont été recruté.es d'août 2021 à juillet 2022. Les freins à la prise en charge dans un parcours de transition sont en lien avec le stress minoritaire vécu lors de la rencontre avec le monde médical ainsi que la binarité du système de soin et de la société de manière plus générale. Le résultat principal révèle une ambivalence dans la perception du rôle du généraliste : il n'est pas toujours identifié comme possible intervenant par son manque d'expertise mais il existe des attentes relevant pleinement du champ de ses compétences. La formation des soignant.es avec l'appui des associations communautaires est souhaitée.

Conclusion : La médecine générale dans sa mission de prise en charge globale a sa place dans la coordination et le suivi des parcours de transition. Des recommandations nationales peuvent permettre une amélioration des pratiques par une meilleure connaissance de la transidentité, pour expliciter les champs de compétences de la médecine générale et la place de la prise en charge ambulatoire.

Ideal consultation in primary care according to trans person or gender questioning person on the transition path. Qualitative study by semi-directed interviews

Objective: Based on the observation that there is a lack of care in general medicine for transgender people or gender questioning people, this study gives a voice to the people concerned to understand how to correlate their expectations and the improvement of primary care practices.

Method and results : A qualitative study was carried out using individual semi-directed interviews inspired by grounded theory. Eleven participants were recruited from august 2021 to july 2022. The barriers to care in a transition path are related to the minority stress experienced with the medical world as well as the binarity of the care system and of the society more generally. The main result reveals an ambivalence in the perception of the general practitioner's role : he/she is not always identified as a possible intervener because of his/her lack of expertise, but there are expectations that are fully within his/her competences. The training of caregivers with the support of community associations is desired.

Conclusion: Primary care, in its mission of comprehensive care, has its place in the coordination and monitoring of transitional care. National recommendations can allow an improvement of practices by a better knowledge of transidentity, to clarify the primary care fields of competence and the place of ambulatory care.

Mots-Clés : *transidentité ; transgenre ; non-binarité ; médecine générale ; freins ; attentes ; ambivalence ; transidentity ; non binary ; primary care ; barrier ; expectation ; ambivalence*

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Faculté de Santé – 37 allées Jules Guesde - 31000 TOULOUSE - France