

**ANNEE 2023**

**N°146**

**LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES  
FACE AUX DEMANDES DE TRANSITIONS MÉDICALES DE GENRE :**  
Étude qualitative explorant les pratiques et les représentations  
des médecins généralistes en France

**THESE**

Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon  
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le  
12 octobre 2023 à 18h

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Camille Gélín  
Né(e) le 18/01/1993  
À Dijon

## **AVERTISSEMENT**

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à la disposition de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagiat, reproductions illicites encourrent une poursuite pénale.

De juridiction constante, en s'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans son propre document, l'étudiant se rend coupable d'un délit de contrefaçon (au sens de l'article L.335.1 et suivants du code de la propriété intellectuelle). Ce délit est dès lors constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.

**ANNEE 2023**

**N°146**

**LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES  
FACE AUX DEMANDES DE TRANSITIONS MÉDICALES DE GENRE :**  
Étude qualitative explorant les pratiques et les représentations  
des médecins généralistes en France

**THESE**

Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon  
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le  
12 octobre 2023 à 18h

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Camille Gélín  
Né(e) le 18/01/1993  
À Dijon

**Doyen :**  
Assesseurs :

**M. Marc MAYNADIÉ**  
M. Pablo ORTEGA-DEBALLON  
Mme Laurence DUVILLARD

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

			<b>Discipline</b>
M.	Jean-Louis	<b>ALBERINI</b>	Biophysiques et médecine nucléaire
M.	Sylvain	<b>AUDIA</b>	Médecine interne
M.	Marc	<b>BARDOU</b>	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	<b>BASTIE</b>	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	<b>BAULOT</b>	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Christophe	<b>BEDANE</b>	Dermato-vénéréologie
M.	Yannick	<b>BEJOT</b>	Neurologie
M.	Moncef	<b>BERHOUMA</b>	Neurochirurgie
Mme	Christine	<b>BINQUET</b>	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Mathieu	<b>BLOT</b>	Maladies infectieuses
M.	Philippe	<b>BONNIAUD</b>	Pneumologie
M.	Alain	<b>BONNIN</b>	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	<b>BONNOTTE</b>	Immunologie
M.	Olivier	<b>BOUCHOT</b>	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaid	<b>BOUHEMAD</b>	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Benjamin	<b>BOUILLET</b>	Endocrinologie
M.	Alexis	<b>BOZORG-GRAYELI</b>	Oto-Rhino-Laryngologie
Mme	Marie-Claude	<b>BRINDISI</b>	Nutrition
M.	Alain	<b>BRON</b>	Ophtalmologie
Mme	Mary	<b>CALLANAN (WILSON)</b>	Hématologie type biologique
M.	Patrick	<b>CALLIER</b>	Génétique
Mme	Catherine	<b>CHAMARD-NEUWIRTH</b>	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	<b>CHARLES</b>	Réanimation
M.	Jean-Christophe	<b>CHAUVET-GELINIER</b>	Psychiatrie d'adultes, Addictologie
M.	Nicolas	<b>CHEYNEL</b>	Anatomie
M.	Alexandre	<b>COCHET</b>	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	<b>CORMIER</b>	Urologie
M.	Yves	<b>COTTIN</b>	Cardiologie
M.	Charles	<b>COUTANT</b>	Gynécologie-obstétrique
Mme	Catherine	<b>CREUZOT-GARCHER</b>	Ophtalmologie
M.	Frédéric	<b>DALLE</b>	Parasitologie et mycologie
M.	Alexis	<b>DE ROUGEMONT</b>	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	<b>DEVILLIERS</b>	Médecine interne
Mme	Laurence	<b>DUVILLARD</b>	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Olivier	<b>FACY</b>	Chirurgie générale
Mme	Laurence	<b>FAIVRE-OLIVIER</b>	Génétique médicale
Mme	Patricia	<b>FAUQUE</b>	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	<b>FRANCOIS-PURSSELL</b>	Médecine légale et droit de la santé
Mme	Marjolaine	<b>GEORGES</b>	Pneumologie
M.	François	<b>GHIRINGHELLI</b>	Cancérologie
M.	Charles	<b>GUENANCIA</b>	Physiologie
M.	Pierre Grégoire	<b>GUINOT</b>	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Frédéric	<b>HUET</b>	Pédiatrie
Mme	Agnès	<b>JACQUIN</b>	Physiologie
M.	Pierre	<b>JOUANNY</b>	Gériatrie
M.	Philippe	<b>KADHEL</b>	Gynécologie-obstétrique
M.	Sylvain	<b>LADOIRE</b>	Histologie
M.	Gabriel	<b>LAURENT</b>	Cardiologie
M.	Côme	<b>LEPAGE</b>	Hépatogastroentérologie

M.	Romarc	<b>LOFFROY</b>	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	<b>LORGIS</b>	Cardiologie
M.	Jean-Francis	<b>MAILLEFERT</b>	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	<b>MANCKOUNDIA</b>	Gériatrie
M.	Sylvain	<b>MANFREDI</b>	Hépatogastroentérologie
M.	Laurent	<b>MARTIN</b>	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	Pierre	<b>MARTZ</b>	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	David	<b>MASSON</b>	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	<b>MAYNADIÉ</b>	Hématologie – transfusion
M.	Marco	<b>MIDULLA</b>	Radiologie et imagerie médicale
M.	Thibault	<b>MOREAU</b>	Neurologie
Mme	Christiane	<b>MOUSSON</b>	Néphrologie
M.	Paul	<b>ORNETTI</b>	Rhumatologie
M.	Pablo	<b>ORTEGA-DEBALLON</b>	Chirurgie Générale
M.	Pierre Benoit	<b>PAGES</b>	Chirurgie thoracique et vasculaire
M.	Jean-Michel	<b>PETIT</b>	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Christophe	<b>PHILIPPE</b>	Génétique (Disponibilité du 01/06/2023 au 31/05/2024)
M.	Lionel	<b>PIROTH</b>	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	<b>QUANTIN</b>	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	<b>QUENOT</b>	Réanimation
M.	Patrick	<b>RAT</b>	Chirurgie générale
M.	Patrick	<b>RAY</b>	Médecine d'urgence
M.	Jean-Michel	<b>REBIBOU</b>	Néphrologie
M.	Frédéric	<b>RICOLFI</b>	Radiologie et imagerie médicale
M.	Maxime	<b>SAMSON</b>	Médecine interne
M.	Emmanuel	<b>SIMON</b>	Gynécologie-obstétrique
M.	Éric	<b>STEINMETZ</b>	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	<b>THAUVIN</b>	Génétique
M.	Benoit	<b>TROJAK</b>	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Gilles	<b>TRUC</b>	Oncologie-Radiothérapie
M.	Pierre	<b>VABRES</b>	Dermato-vénéréologie (Mission temporaire à Londres du 01/09/2023 au 31/08/2025)
M.	Bruno	<b>VERGÈS</b>	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	<b>ZWETYENGA</b>	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

## PROFESSEURS EMERITES

M.	Laurent	<b>BEDENNE</b>	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	Laurent	<b>BRONDEL</b>	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	François	<b>BRUNOTTE</b>	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Pascal	<b>CHAVANET</b>	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	Jean	<b>CUISENIER</b>	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	Jean-Pierre	<b>DIDIER</b>	(01/11/2021 au 31/10/2024)
Mme	Monique	<b>DUMAS</b>	(01/06/2022 au 31/05/2025)
M.	Serge	<b>DOUVIER</b>	(15/12/2020 au 14/12/2023)
M.	Maurice	<b>GIROUD</b>	(01/09/2022 au 31/12/2025)
M.	Patrick	<b>HILLON</b>	(01/09/2022 au 31/08/2025)
M.	Paul	<b>SAGOT</b>	(02/11/2022 au 31/10/2025)

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES

			Discipline Universitaire
Mme	Lucie	<b>AMOUREUX BOYER</b>	Bactériologie
Mme	Julie	<b>BARBERET</b>	Biologie et médecine du développement et de la reproduction- gynécologie médicale
Mme	Louise	<b>BASMACIYAN</b>	Parasitologie-mycologie
Mme	Shaliha	<b>BECHOUA</b>	Biologie et médecine du développement
M.	Guillaume	<b>BELTRAMO</b>	Pneumologie
Mme	Marie-Lorraine	<b>CHRETIEN</b>	Hématologie (Disponibilité du 17/04/2023 au 16/04/2024)
Mme	Vanessa	<b>COTTET</b>	Nutrition
M.	Damien	<b>DENIMAL</b>	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Valentin	<b>DERANGERE</b>	Histologie
M.	Jean-David	<b>FUMET</b>	Cancérologie radiothérapie
Mme	Ségolène	<b>GAMBERT</b>	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Françoise	<b>GOIRAND</b>	Pharmacologie fondamentale
M.	David	<b>GUILLIER</b>	Anatomie, chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
M.	Alain	<b>LALANDE</b>	Biophysique et médecine nucléaire
Mme	Stéphanie	<b>LEMAIRE-EWING</b>	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Anne-Sophie	<b>MARIET</b>	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Thomas	<b>MOUILLOT</b>	Physiologie
M.	Maxime	<b>NGUYEN</b>	Anesthésie réanimation
M.	Alain	<b>PUTOT</b>	Gériatrie (Disponibilité pour convenances personnelles)
Mme	Claire	<b>TINEL</b>	Néphrologie
M.	Antonio	<b>VITOBELLO</b>	Génétique
M.	Paul-Mickaël	<b>WALKER</b>	Biophysique et médecine nucléaire

## PROFESSEUR ASSOCIE DES DISCIPLINES MEDICALES

M.	Ludwig Serge	<b>AHO GLELE</b>	Hygiène hospitalière
M.	Victorin	<b>AHOSSI</b>	Odontologie
M.	Jacques	<b>BEURAIN</b>	Neurochirurgie
M.	Jean-Michel	<b>PINOIT</b>	Pédopsychiatrie

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme	Katia	<b>MAZALOVIC</b>	Médecine Générale
Mme	Claire	<b>ZABAWA</b>	Médecine Générale

## PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Clément	<b>CHARRA</b>	Médecine Générale
M.	Arnaud	<b>GOUGET</b>	Médecine Générale
M.	François	<b>MORLON</b>	Médecine Générale
M.	Rémi	<b>DURAND</b>	Médecine Générale
Mme	Anne	<b>COMBERNOUX-WALDNER</b>	Médecine Générale

## MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Jérôme	<b>BEAUGRAND</b>	Médecine Générale
M.	Benoit	<b>DAUTRICHE</b>	Médecine Générale
M.	Alexandre	<b>DELESVAUX</b>	Médecine Générale
M.	Olivier	<b>MAIZIERES</b>	Médecine Générale
Mme	Ludivine	<b>ROSSIN</b>	Médecine Générale

### MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme	Anaïs	<b>CARNET</b>	Anglais
Mme	Catherine	<b>LEJEUNE</b>	Pôle Epidémiologie

### PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Marianne	<b>ZELLER</b>	Physiologie
-----	----------	---------------	-------------

### PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme	Marceline	<b>EVRARD</b>	Anglais
Mme	Lucie	<b>MAILLARD</b>	Anglais

### PROFESSEUR CERTIFIE

M.	Philippe	<b>DE LA GRANGE</b>	Anglais
----	----------	---------------------	---------

### PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Mathieu	<b>BOULIN</b>	Pharmacie clinique
M.	François	<b>GIRODON</b>	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques
Mme	Evelyne	<b>KOHLI</b>	Immunologie
M.	Antonin	<b>SCHMITT</b>	Pharmacologie

### MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme	Amélie	<b>CRANSAC</b>	Pharmacie clinique
M.	Philippe	<b>FAGNONI</b>	Pharmacie clinique
M.	Marc	<b>SAUTOUR</b>	Botanique et cryptogamie

L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

## **COMPOSITION DU JURY**

Présidente :

Pr. BINQUET Christine

Membres :

Dr JULIEN Marie-Pierre

Dr BOREL Myriam

Dr MANCA Maria-Francesca

## SERMENT D'HIPPOCRATE

*Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.*

*Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.*

*Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.*

*J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.*

*Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.*

*J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.*

*Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.*

*Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.*

*Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*

*Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.*

*Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.*

*Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.*

*J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.*

*Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.*

## Remerciements

Merci aux membres du jury :

Merci Christine de présider ce jury, et de m'accompagner tout au long du parcours d'internat de santé publique.

Merci Marie-Pierre de me faire l'honneur de participer au jury de ma soutenance de thèse, d'apporter ton expertise sociologique concernant les transidentités. Merci également pour les échanges autour des différents montages de projets de recherche, en espérant pouvoir encore collaborer.

Merci Myriam et Maria-Francesca d'avoir accepté de m'accompagner dans la réalisation de ce travail, merci pour votre réactivité à toute épreuve, votre bienveillance dans les moments difficiles traversés durant cet exercice et vos remarques toujours constructives.

Merci à toutes et tous les collègues de stages, les co-internes, la team ORS bien entendu, les collègues de master/DEIS. Cynthia, un remerciement tout particulier pour toi qui crois en moi, pour toutes les discussions qui nourrissent mes réflexions et me poussent à chercher toujours plus loin.

Enfin, un immense merci à toutes les personnes merveilleuses qui m'entourent, avec qui je grandis, pour votre soutien indéfectible. Merci à toutes les personnes qui croient et luttent pour un monde meilleur, plus juste, solidaire, inclusif. Merci les bizarres, les queers, les inadapté·es, les créateur·rices de nouveaux chemins, les mauvaises graines.

*Ce corps-là vous dégoûte ? Ce corps-là, littéralement, vous emmerde.  
À rendre littérales les considérations les plus communes, les plus anciennes,  
les plus superstitieuses, ce qu'ils ont nommé beauté est affaire de loi.  
Il est des beautés légales et donc, d'autres, illégales, interdites.  
Bien sûr, la loi peut changer, on verra le canon d'hier condamné à la fraude.  
Mais toujours la loi sépare.  
Elle sépare le légitime du honteux, le public de la contrebande, l'évidence du caché.  
Les visages de cette enfance, les corps de ce pays sont pétris dans le mépris moderne.*

### **Les chants du placard,**

Luz Volckmann

*Le langage vit quand tu le parles.  
Fais-le entendre  
La pire chose qui puisse arriver aux mots c'est d'être inexprimés  
Qu'ils chantent dans tes oreilles et dansent dans ta bouche, et se tordent dans tes tripes.  
Qu'ils fassent que tout se serre et scintille  
N'aime pas l'idée de la vie plus que tu aimes la vie elle-même  
C'est OK de se sentir seul  
La plupart du temps tu l'es  
C'est à cela que sert la poésie*

### **Ces choses que je sais,**

Kae Tempest

# Table des matières

Table des figures et tableaux.....	12
Liste des sigles et abréviations.....	13
Introduction .....	15
Contexte de l'étude au prisme du cadre théorique d'analyse.....	17
I. Les Transidentités : des identités déviantes ?.....	17
Estimation du nombre de personnes concernées.....	17
Normes et Déviance.....	20
Représentations Sociales .....	25
II. La construction des savoirs et légitimités.....	28
Processus définitionnel.....	28
Implications pratiques .....	31
Démocratie en santé.....	33
III. Les relations de soin entre médecins généralistes et patient·es trans.....	36
Accès aux soins entravé, moins bonne santé .....	36
Les rôles au sein de la relation de soin.....	38
Relation de soin, de l'asymétrie au partenariat.....	42
IV. Synthèse .....	46
Justification de l'étude.....	46
Positionnement situé.....	46
Problématique et Objectifs de recherche .....	47
Méthodologie de l'étude.....	49
I. Entretiens .....	49
II. Critères d'inclusion et recrutement.....	50
III. Grille d'entretien.....	51
IV. Déroulé des entretiens .....	51
V. Méthode d'analyse .....	52
Résultats .....	53
I. Caractéristiques de participant·es aux entretiens.....	53
II. Représentations des personnes trans et de leurs pratiques .....	55
Manque de connaissance mais discours à priori non jugeant .....	55
Recherche d'explications aux transidentités .....	58
Regards sur les représentations sociales des transidentités .....	62
L'importance des réseaux trans .....	66

III. Pratiques de médecine générale avec les personnes trans.....	69
Des premier·ères patient·es trans à la multiplication des demandes .....	70
Du manque de formation initiale à l'investissement pour répondre aux besoins.....	73
Stratégies déployées face au doute .....	81
Facteurs pesant sur la prescription d'hormones .....	92
L'absence d'encadrement des pratiques, la menace de la plainte et les stratégies de protection .....	97
L'inscription dans une organisation des soins critiquée.....	104
IV. Parcours de médecins engagé·es dans l'accompagnement des transitions médicales de genre.....	108
Entourage personnel.....	108
Parcours particuliers au sein de la formation de médecine .....	109
Stratégies d'adaptation au cours de la carrière médicale.....	115
Forces et limites de l'étude .....	122
Conclusion.....	126
Bibliographie.....	129

## Table des figures et tableaux

Tableau 1 : Proportion de personnes trans adultes estimées à partir d'enquêtes.....	18
Tableau 2 : Proportion de personnes trans estimées à partir des données.....	19
Figure 1 : Vécu des personnes trans face aux professionnel·les de soin (PS).....	37
Tableau 3 : Caractéristiques des informateur·rices.....	53

# Liste des sigles et abréviations

ACCEPTESS-T : Actions Concrètes Conciliants : Éducation, Prévention, Travail, Équité, Santé et Sport pour les personnes Transgenres

AE : Autodétermination Éclairée

AFPS : Association de Formation pour le Partenariat de Soins

ALD : Affection Longue Durée

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ARS : Agence Régionale de Santé

CDPI : Chambre Disciplinaire de Première Instance

CEGIDD : Centre Gratuit d'information, de Dépistage et de Diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPEF : Centres de Planification et d'Éducation Familiale

CRSA : Conférences Régionales de la Santé et de l'Autonomie

CSSAC : Centre de Santé Sexuelle d'Approche Communautaire

CTS : Conseils Territoriaux de Santé

DMG : Département de Médecine Générale

DU : Diplôme Universitaire

EBM : Evidence Based Medicine

EST : Espace Santé Trans

FLIRT : Front de Libération Transfem

FPATH : French Professional Association for Transgender Health

HAS : Haute Autorité de Santé

INCa : Institut National du Cancer

LGBTQIA+ : Lesbiennes, Gays, Bisexuel·les, Transgenre·s, Queer, Intersexes, Asexuel·les et autres variantes de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

PF : Planning Familial

PrEP : Pre-Exposure Prophylaxis (Prophylaxie Pré-Exposition)

PST : Parcours Santé Trans

ReST : Réseau Santé Trans

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée  
SOFECT : Société Française d'études et de prise en charge de la transidentité  
TDS : Travailleur·euses Du Sexe  
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine  
WPATH : World Professional Association for Transgender Health

# Introduction

Les personnes trans<sup>1</sup>, qui s'identifient avec un genre différent de celui qui leur a été assigné à la naissance, sont confrontées à des défis sociaux, politiques et juridiques considérables (1) . Leurs expériences complexes et diverses ont été souvent marginalisées et ignorées, entraînant des conséquences néfastes sur leur bien-être et leur intégration sociale (2,3). Les politiques publiques, les législations et les débats sociétaux affectent les personnes trans, dont les droits ont connu des avancées, bien que de vastes défis persistent. Les rapports à la santé et au système de soin constituent un enjeu fondamental pour toute personne et en particulier pour les personnes trans, dont le bien-être dépend parfois de soins spécialisés (4), et pouvant être victimes de discriminations liées à leur identité de genre (3). Pour autant, il a été mis en évidence de grandes difficultés, souvent majorées par des obstacles socio-économiques, soulevant de nombreuses interrogations, que la recherche peine encore à s'approprier, bien qu'il s'agisse d'un enjeu majeur de santé publique. En effet, nous verrons que les personnes trans rencontrent des difficultés d'accès aux soins, des inégalités sociales de santé.

Plusieurs études se sont déjà intéressées aux expériences vécues par les personnes trans, cherchant par exemple à comprendre comment les normes sociales et les structures de pouvoir influencent la construction et la perception du genre (5). La focale est mise ici sur le domaine de la santé. Il est bien entendu primordial de donner la parole aux personnes concernées, de recueillir leurs vécus et d'analyser les situations par leur regard, et quelques études s'y sont déjà attachées (6–8). Une approche inédite est employée ici, celle de s'intéresser au point de vue des médecins généralistes, au cœur du réseau de soin et donc jouant un rôle central (9) dans l'accompagnement des personnes en transition médicale de genre<sup>2</sup>. En effet, leur appréhension de ces enjeux spécifiques et leur capacité à offrir des soins de qualité peuvent avoir un impact significatif sur la santé et le bien-être des personnes trans (4).

La sociologie offre un cadre analytique considérant les dimensions individuelles et collectives permettant de saisir les processus sociaux qui contribuent à éclairer, dans notre cas, les réponses que les médecins généralistes peuvent apporter aux demandes de transitions médicales de genre.

---

<sup>1</sup> Dans ce document et à l'instar du sociologue Emmanuel Beaubatie, le terme de "personnes trans" sera utilisé pour nommer les personnes ne se reconnaissant pas dans le genre qu'il leur a été assigné à la naissance, qu'elles soient binaires (femmes trans et hommes trans) ou non-binaires (qui s'identifient à des genres qui ne sont ni masculins ni féminins - elles peuvent être un mélange des deux, ou d'aucun des deux).

<sup>2</sup> Le terme de "transitions médicales" sera employé pour désigner toutes demandes envers le système de soin en rapport avec les transidentités, notamment les prises d'hormones, les chirurgies, les demandes d'ALD (prise en charge à 100 % de ces actes).

Cette thèse a donc pour objectif d'explorer les expériences et les pratiques des médecins généralistes face aux transitions médicales de genre, en essayant de mettre en évidence leurs représentations des transidentités, de comprendre comment ils et elles construisent leur rôle professionnel, d'identifier les freins et leviers à une prise en charge adaptée, et enfin d'analyser les défis auxquels les médecins généralistes sont confronté·es lorsqu'ils et elles soutiennent les transitions médicales de genre.

Dans une première partie, le contexte bien particulier entourant ce sujet sera présenté et éclairé par des notions de sociologie, formant le cadre théorique de cette thèse. Nous verrons, entre autres, les injonctions contradictoires auxquelles sont confronté·es les médecins, les conséquences des luttes définitionnelles entre les systèmes juridiques, médicaux et démocratiques concernant les transidentités, les modalités de relations entre médecins et usager·ères du système de soin. Cela conduira à pouvoir formuler la problématique de recherche. La méthodologie utilisée sera ensuite décrite dans une seconde partie, puis les résultats dégagés de cette étude seront exposés, décrits de manière organisée, et analysés parfois en les rapprochant de la littérature existante. Enfin, la conclusion permettra de synthétiser les éléments saillants et donnera l'opportunité de distinguer les freins et leviers auxquels sont confronté·es les médecins généralistes dans ces situations.

# Contexte de l'étude au prisme du cadre théorique d'analyse

## I. Les Transidentités : des identités déviantes ?

La construction évolutive des définitions des transidentités a été un processus de longue haleine, qui sera détaillé dans la partie “II. La construction des savoirs et légitimités”, mais aujourd'hui, on s'accorde à dire qu'une personne trans est une personne dont l'identité de genre n'est pas en adéquation avec le genre qui lui a été assigné à la naissance (10,11), en opposition à une personne cis, en phase avec celui-ci. “La transition [de genre] peut être décrite comme l'ensemble de ce qu'une personne trans peut mettre en place afin de réduire l'écart entre sa perception d'elle-même et de ce qu'elle renvoie au monde” (12). Une transition de genre peut être sociale (et administrative), avec par exemple la revendication de nouveaux pronoms, le changement de prénom, la modification de ses papiers d'identité, le changement de vêtements ; et/ou médicale, avec entre autres la prise d'hormones (féminisantes ou masculinisantes) ; et/ou chirurgicales, avec des chirurgies de la silhouette, du visage, des cordes vocales, des organes génitaux externes, etc. (liste non exhaustive). Chacun de ces éléments sont facultatifs et relèvent de choix, décisions et possibilités personnelles.

### Estimation du nombre de personnes concernées<sup>3</sup>

L'estimation de la proportion de personnes trans en population générale peut porter sur l'auto-déclaration de l'identité de genre ou bien tenir compte uniquement des personnes suivant des thérapies médico-chirurgicales. Ces deux recensements apportent des résultats très éloignés. Ainsi, les estimations appuyées sur les auto-déclarations dans les enquêtes oscillent entre 0,3 et 4,5 % dans le monde (13) (tableau 1). Cette revue de littérature publiée en 2020 rassemble les études de bonne qualité et revues par les pair·es estimant la proportion de personnes trans en population générale. Pour pouvoir calculer les proportions, les critères d'inclusion comprenaient les définitions claires des personnes trans incluses et de la population au dénominateur. Dix-neuf articles publiés entre 2009 et 2019 ont ainsi été sélectionnés : 5 études examinaient les données de systèmes de soin et 14 utilisaient des données provenant

---

<sup>3</sup> Les termes “incidence” et “prévalence” sont évités car ils se réfèrent aux pathologies, or les transidentités ne sont pas considérées comme telles.

d'enquêtes en population générale (8 concernant des adultes et 6 concernant des enfants ou leurs parents).

Selon les études, ces proportions sont parfois plus élevées pour les personnes assignées hommes à la naissance, ou bien pour les personnes assignées femmes à la naissance. Par exemple, dans l'étude suédoise, 2,3 % des enquêté·es se sentent d'un genre différent, dont 2,1 % ont été assigné·es hommes et 2,5 % assigné·es femmes, alors que dans l'étude menée aux Pays-Bas, 1 % déclarait une incongruence de genre, dont 1,1 % avait été assigné·e homme et 0,8 % assigné·e femme. Les études s'appuyant sur les diagnostics médicaux et/ou les soins prodigués pour les transitions font part d'estimations bien moindres, comprises entre 3,5 et 75 pour 100 000 personnes (tableau 2). Cette différence est liée au fait qu'incontestablement toutes les personnes trans ne reçoivent pas de soins spécifiques en rapport avec leur transidentité, soit par choix soit par difficultés d'accès. En France, il n'existe à ce jour pas d'estimation du nombre ou de la proportion de personnes trans. Cependant, selon la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM), 9 000 personnes sont bénéficiaires de l'ALD au titre d'un diagnostic de transidentité ou dysphorie de genre en 2020 dont 3 300 admises dans l'année (4).

*Tableau 1 : Proportion de personnes trans adultes estimées à partir d'enquêtes*

Étude	Pays	Âge	Définition des « cas »	Année(s)	Population d'étude	Pourcentage
<a href="#">Åhs et al, 2018</a>	Suède	≥ 22 ans	Se sentir d'un genre différent	2014	50 157	<b>2,3</b>
<a href="#">Conron et al, 2012</a>	Massachusetts	18-64 ans	Auto-identification comme étant transgenre	2007-2009	28 176	<b>0,5</b>
<a href="#">Crissman et al, 2017</a>	États-Unis (19 États)	≥ 18 ans	Auto-identification comme étant transgenre	2014	151 456	<b>0,5</b>
<a href="#">Kuyper &amp; Wijsen, 2014</a>	Pays-Bas	15-70 ans	Incongruence de genre	2013	8 064	<b>1</b>
<a href="#">Lai et al, 2014</a>	Taiwan	1 <sup>ère</sup> année d'université (moyenne = 19,6 ans)	Dysphorie de genre auto-déclarée	2003-2004	5 010	<b>4,5</b>
<a href="#">Reisner, Conron et al, 2014</a>	États-Unis	23-28 ans	Auto-identification comme étant transgenre	2010	7 831	<b>0,3</b>
<a href="#">Van Caenegem et al, 2015</a>	Belgique	14-80 ans	Incongruence de genre	2011-2012	1 799	<b>0,6</b>
<a href="#">Tate et al, 2013 (3<sup>ème</sup> étude)</a>	Californie	18-71 ans	Auto-identification comme étant transgenre	2013	388	<b>3,1</b>

Source : Zhang et al, 2020 ; mise en forme Camille Gélín

Tableau 2 : Proportion de personnes trans estimées à partir des données de système de santé

Étude	Système de santé, Pays	Définition des "cas"	Année	État	Proportion (pour 100 000)
Blosnich et al., 2013	VHA system, US	Codes CIM-9 : 302.85 ou 302.6	2002		<b>13</b>
			2011		<b>23</b>
Kauth et al., 2014		Codes CIM -9 : 302.85, 302.6, 302.5	2013		<b>33</b>
Quinn et al., 2017	Kaiser Permanente, US	Diagnostics spécifiques à la transidentité ou Mots-clés dans les textes de dossiers de santé	2006	Californie du Nord	<b>17</b>
				Californie du Sud	<b>5,5</b>
				Georgia	<b>3,5</b>
			2014	Californie du Nord	<b>75</b>
				Californie du Sud	<b>44</b>
Georgia	<b>38</b>				
Dragon et al., 2017	Medicare, Us	Codes CIM-9 : 302.5x,302.6, 302.85	2015		<b>19</b>
Ewaldet al., 2019	Medicare, US	Codes CIM-9 : 302.5x, 302.6, 302.85	2010		<b>4,2</b>
		Codes CIM-10 : F64.1, F64.2, F64.8, F64.9, Z87.890	2016		<b>17</b>

Source : Zhang et al, 2020 ; mise en forme Camille Gélín

Plusieurs études mettent en évidence une augmentation de l’auto-déclaration et/ou des recours aux soins spécifiques liés aux transitions de genre, en particulier chez les adolescent·es et les jeunes adultes (14). Cette tendance est vérifiée en France, où la population bénéficiaire d’une ALD pour dysphorie de genre ayant perçu au moins un remboursement lié à l’ALD au cours de l’année considérée passe de 1,50/100 000 en 2013 à 14,09/100 000 en 2020, tout âge confondu (15). L’augmentation de la prévalence est la plus importante pour les mineur·es, avec une multiplication par 36,75 entre 2013 et 2020, bien que les effectifs soient bien plus faibles que pour les autres tranches d’âge : 294 mineur·es contre 6148 personnes âgées entre 18 et 35 ans en 2020. Il reste compliqué de distinguer s’il s’agit d’une authentique augmentation ou si celle-ci ne serait pas tout simplement liée à la meilleure acceptation sociale et la dépathologisation (voir partie II. La construction des savoirs et légitimités) facilitant les coming-out<sup>4</sup>, ainsi que la meilleure offre du système de santé (17).

Par ailleurs, historiquement, plus de personnes assignées hommes à la naissance accédaient à des transitions médico-chirurgicales de genre, quelles que soient les tranches d’âge. On assiste aujourd’hui à une inversion de cette proportion pour les adolescent·es.

<sup>4</sup> « Coming-out ("sortie du placard"): Déclarer à quelqu’un·e que l’on est trans (ou LGBTQIA+) et indiquer son genre. Une personne trans peut être amenée à faire son coming-out à plusieurs moments de sa vie, en fonction de ses proches/ami·e·s et de sa situation. » (16)

Par ailleurs, la dernière enquête Ipsos réalisée en février-mars 2023 dans 30 pays et interrogeant 22 514 personnes révèle qu'en France, 3 % se considèrent non cis-genre<sup>5</sup> (3 % également en moyenne dans les 30 pays, et 6 % pour la génération Z<sup>6</sup>) (18).

## Normes et Déviance

Pour appréhender les transidentités, nous utiliserons le concept de déviance, formulé par Howard Becker (19). En effet, nous verrons que les personnes trans peuvent être perçues comme déviantes par rapport aux normes de genre, et que l'approche de Becker permet de remettre en question cette vision normative et de reconnaître que la déviance n'est pas une caractéristique intrinsèque des individus, mais plutôt une construction sociale.

Dans son ouvrage *Outsiders*, publié en 1963 et traduit en français en 1985 (19), Becker propose une conception de la déviance novatrice : “les groupes sociaux créent la déviance en instituant des normes dont la transgression constitue la déviance” (20). Elle est donc due à la volonté de réglementer les comportements, et dépend du processus de fabrication et d'institution des normes sociales et juridiques, donc des cultures, des époques, du contexte socio-politique, etc.

Avec ce concept, il reprend et continue de développer la “théorie de l'étiquetage”, encore appelée “théorie de la désignation”, proposée par Edwin Lemert (21).

Leur conception de la déviance s'inscrit dans le courant interactionniste symbolique dont tous deux sont issus. La déviance est alors un produit de la société, découlant des interactions entre individus, entre individus et institutions, entre groupes sociaux.

Lemert distingue deux types de déviances : la déviance “primaire”, qui désigne le premier acte déviant opéré par un individu, et la déviance “secondaire”, induite par la mise à l'écart de la société en réponse à la déviance primaire.

### - Normes

La déviance apparaît donc vaste, floue, difficile à définir, mais en tous cas contraire aux normes, opposée à la conformité. Il semble donc préalablement nécessaire d'essayer de définir ce que sont les normes. Il existe des normes formelles et informelles. Les normes formelles sont juridiques, établies par les lois, que les systèmes judiciaires et policiers sont chargés de faire respecter. Les normes informelles sont des normes sociales, principalement issues de la

---

<sup>5</sup> Personnes ayant coché les cases : “Transgender”, “Non-binary/gender non-conforming/gender-fluid” ou “Differently from above and from male or female”

<sup>6</sup> Personnes nées en 1997 et après.

coutume, de la tradition. Elles sont variables selon les milieux sociaux et dans le temps. Elles sont de deux types : les normes incorporées, considérées comme naturelles, allant de soi, et les normes de sociabilité qui gouvernent nos relations avec autrui. Les normes sociales sont des règles implicites ou explicites établies par un consensus. “Tous les groupes sociaux instituent des normes et s’efforcent de les faire appliquer [...] les normes sociales définissent des situations et les modes de comportements appropriés à celles-ci : certaines actions sont prescrites (ce qui est “bien”), d’autres sont interdites (ce qui est “mal”)” (19). Les normes sont instituées par des groupes sociaux. Or, les sociétés sont constituées de différents groupes sociaux, qui n’ont pas forcément les mêmes opinions sur les normes dominantes. La décision sera finalement prise par un groupe dominant dans la société.

Les normes de genre sont inscrites dans ces deux types de normes. Elles sont formelles à travers l’état civil et le code civil qui structurent la société française : le code civil français fait du sexe à l’état civil un élément fondamental de l’identification de la personne (22), et l’identification du sexe y est définie comme binaire<sup>7</sup>. Elles sont aussi informelles en étant inscrites dans les mœurs, avec des comportements admis et surtout attendus selon son genre assigné.

La justification des normes de genre s’est généralement appuyée sur une hypothèse biologique et anatomique selon laquelle les humain·es sont divisés en deux groupes corrélés à deux sexes biologiques complémentaires et distincts, dans lesquels les personnes développent non seulement un rôle de genre, mais aussi une identité de genre spécifique (23). Le présupposé de la binarité des sexes et des genres est, tout comme ses implications, élevé au rang de norme, considéré comme universellement valable et influençant l’ensemble du système socioculturel. Les normes de genre, véhiculant les comportements associés à un rôle de genre, sont alors transmises dès le plus jeune âge via la famille, l’école et les groupes de pair·es. L’éducation genrée, binaire et attelée au genre assigné selon le sexe anatomique, a été considérée comme nécessaire pour un développement psychosocial sain. Ces normes pèsent ensuite de la même manière sur les adultes, inéluctablement plongé·es dans une épistémologie<sup>8</sup> de la différence sexuelle binaire, où l’on ne peut s’inscrire qu’en tant qu’homme ou femme. Cette assignation découle d’un diagnostic clinique posé au plus tard à la naissance et participe à un présumé maintien de l’ordre social.

Dans ce contexte, nous pouvons nous demander ce que font les transidentités et les personnes trans, par leur transgression des normes de genre, aux normes sociales et leur nécessaire

---

<sup>7</sup> Cour de cassation, arrêt du 4 mai 2017.

<sup>8</sup> Au sens de régime de production de la vérité, comme définit par Foucault.

catégorisation, et de manière plus générale à la société ? L'apparition du terme "genre" au milieu du 20<sup>ème</sup> siècle (24) rompt avec le naturalisme implicite contenu dans la notion de sexe, et propose un concept s'inscrivant dans un spectre, sortant de la binarité obligatoire. Les transidentités invitent à questionner de manière plus générale comment penser des catégories au sein de la société. Cependant les normes de genre (binaires) semblent résister au changement (sortie de la binarité) parce qu'elles sont diffuses et globalement invisibles, considérées comme « normales » et entretenues par un tissu de comportements, de croyances et d'institutions. Karine Espineira et Maud-Yause Thomas affirment à ce sujet : "Les normes de genre doivent leur pérennité au fait que le genre est pensé tantôt comme un prolongement du sexe pour les naturalistes, tantôt comme le fait de l'assignation – de genre selon le sexe –, comme un rôle de genre donné par la tradition, comme une donnée en soi pour les essentialistes, un câblage neurologique du cerveau, etc." (25).

#### - **Sanction et contrôle social**

Pour qu'une personne soit qualifiée de déviante, sa transgression des normes doit être identifiée et donner lieu à une sanction, pouvant aller d'une simple manifestation de réprobation (froncement de sourcils, rires moqueurs, etc.) jusqu'à une forme d'exclusion sociale. "Pour qu'une sanction existe, il faut qu'une idée préalable de ce que le comportement idéal devrait être habite l'esprit de celles et ceux qui sanctionnent, comme de celles et ceux à qui ladite sanction est infligée" (26). La transgression des normes juridiques appelle une sanction formelle, prévue dans une loi, un code ou un règlement. La sanction a également une fonction de prévention : l'exemple des sanctionné·es est censé dissuader les potentiel·le·s transgresseur·euses. Un contrôle social s'exerce donc inévitablement sur la déviance, à partir de sanctions.

L'acte de transgression peut être réalisé en toute discrétion. Les quelques personnes au fait de cet acte pourront jaser, il sera gardé comme un petit secret, étouffé, mais il sera plus rare qu'un châtiment soit envisagé. En revanche, un même comportement opéré en plein public sera plus prompt à déclencher un scandale, et l'opinion publique réclamera la punition. Ainsi, est jugé déviant ce que la population décide de mettre en lumière, le processus s'inscrit donc dans une relation. Les notions de responsabilité et de culpabilité mettent en jeu des représentations collectives, et en démontrent ainsi le caractère social. De plus, certains facteurs influencent la définition et la dimension de la déviance, comme le temps, les conséquences de la déviance, l'appartenance sociale de la personne déviante et de la potentielle victime de la déviance. Plus l'événement nous est temporellement proche et ses conséquences graves, plus il sera jugé

déviant. Les personnes appartenant aux classes plus populaires, les minorités sociales, seront plus facilement accusées que celles haut placées, détenant une réputation prestigieuse. De la même manière si la victime du comportement déviant appartient aux catégories sociales supérieures, la déviance sera plus aisément condamnée.

La société produit la déviance, et chaque personne sanctionnant les déviant·es agit comme un contrôleur·euse de l'ordre social, entretenant le procédé de sanction. De plus, il faut que celles et ceux qui font appliquer les lois, les contrôleur·euses sociaux, soient respecté·es, sinon tout le système est remis en question. Une partie du travail du contrôleur social consiste donc à contraindre les individus à le respecter lui-même.

Les conséquences de la transphobie sonnent comme des sanctions des comportements déviants des personnes trans, allant jusqu'à l'exclusion sociale. Dès l'enfance, celles et ceux dont le comportement ne correspond pas aux attentes liées à leur genre assigné sont souvent corrigé·es, sanctionné·es "pour leur propre bien" - comprenons ce "bien" comme étant défini par les autres. Les parents, en particulier, justifient souvent la diffusion des normes de genre traditionnelles par la crainte que les enfants "déviant·es" soient socialement ostracisé·es ou discriminé·es. Ainsi, les parents, et plus généralement toutes les personnes perpétuant ces normes en sanctionnant les comportements non conformes, agissent comme des stabilisateurs pour les systèmes d'exclusion et de discrimination. De surcroît, les personnes trans sont davantage exposées à des violences psychologiques, verbales, physiques ou sexuelles. La stigmatisation (Goffman, 1975) et les discriminations subies ont des répercussions délétères et durables sur leur santé, aussi bien physique que mentale. Celles-ci s'exercent également dans la sphère médicale, entraînant un important renoncement aux soins (27). Sanctionnées par la société, les identités trans sont bien déviantes. Cependant, les personnes trans peuvent ne pas accepter la norme selon laquelle on les a jugées : ils et elles ont leurs propres normes, valeurs, qui entrent en contradiction avec celle selon laquelle on les juge.

En médecine, le commun a défini le normal, et ainsi le rôle normatif de la nature est utilisé pour préserver l'ordre moral (28). La médecine participe à la contention et à la régulation des existences singulières dans les cadres de cette normalité, autrement dit à la fabrique et au maintien d'un ordre arbitrairement défini comme normal.

## - **Carrières de déviance**

Tout ce que les personnes déviantes ont en commun n'est que "l'étiquette" de déviant·e. Cet étiquetage provoque la carrière de déviance. Becker a créé un modèle prenant en compte la séquence ordonnée dans le temps du développement du comportement déviant, tel un processus, c'est la carrière de déviance qui s'installe. La première étape consiste à commettre un acte de transgression de la norme, qui souvent est fait de manière inconsciente. Ensuite, l'acte est reconnu par les autres comme étant déviant, ils et elles posent sur la personne l'étiquette de déviant·e. Cela entraîne un processus d'engagement, où la personne va maintenir le comportement, et ainsi développer des intérêts de déviant·e, en apprenant les codes, habitudes d'un groupe. Ce groupe forme une sous-culture, en ce qu'il se distingue par ses normes et valeurs du groupe culturel dominant. L'individu développe des intérêts communs avec ses nouveaux·elles semblables, et intègre pleinement la sous-culture. Il apprend à apprécier vraiment cet acte déviant au côté des personnes plus expérimentées dans cette sous-culture. Il acquiert alors un nouveau statut, et revendique sa nouvelle identité, en changeant de statut auprès de ses proches. Il s'identifie dans cette sous-culture, car au début la société l'a rejeté de la culture dominante en lui collant cette étiquette, et il a dû donc se créer une nouvelle identité adéquate à ce qu'il pense être. Enfin, en entrant dans le groupe déviant organisé, l'identité déviant·e se cristallise, fusionne avec le groupe, l'individu ne peut plus que s'identifier comme tel. Le groupe permet de rationaliser sa position de déviant·e, donne des justifications qui vont servir à neutraliser les restes de comportements conformistes et ainsi incite l'individu à maintenir sa ligne de conduite. La déviance devient plus réfléchie, structurée et cohérente. Il optimise son activité, en apprenant à mener sa conduite avec un minimum d'ennui, les difficultés à se soustraire aux normes ayant déjà été vécues par ses pair·es, des solutions ont été trouvées.

Les personnes trans, parce qu'elles transgressent les normes de genre, se voient apposées l'étiquette de déviant·e. C'est certainement dans ce contexte de rejet par la société, qu'a émergé le besoin de se retrouver en collectifs, véritables ressources d'existence et de stratégie d'éviction des sanctions sociales et morale pour les personnes trans. Cela sera développé dans la partie suivante, avec le rôle des personnes concernées dans les processus définitionnels.

Nous avons vu avec la théorie de l'étiquette que la déviance est définie par la désignation par autrui ; ainsi, pour la comprendre, il semble primordial de s'intéresser d'abord aux personnes qui définissent et font appliquer les normes plutôt qu'à celles qui les transgressent.

## Représentations Sociales

La notion de représentation sociale sera développée et explicitée ici pour ensuite être utilisée pour la compréhension des pratiques des médecins généralistes dans le cadre des transitions médicales de genre. En effet, les représentations sociales font référence aux connaissances, aux croyances et aux attitudes partagées au sein d'un groupe social sur un sujet spécifique. Dans notre contexte, on peut s'attendre à ce qu'elles jouent un rôle clé dans la construction des discours et des pratiques des médecins généralistes face à "la déviance de genre".

C'est Émile Durkheim qui a conceptualisé les représentations collectives qu'il définit comme une "[...] façon commune de perception, de connaissances, bien distinctes des représentations individuelles et qui recèle un savoir qui dépasse celui de l'individu moyen." (29). Durkheim considère que la nature humaine est composée de deux consciences : individuelle et collective. La conscience individuelle étant instable, trop liée à l'humeur, ne retient pas l'attention de l'auteur·rice, contrairement à la conscience collective, qui est partagée par les membres d'un groupe et porteuse de représentations collectives dépassant le savoir de chaque individu. Ainsi, les membres d'un groupe partagent des croyances, des valeurs et des normes communes qui influencent leur comportement et leur façon de voir le monde. Ces représentations collectives peuvent prendre de nombreuses formes, telles que des traditions, des croyances religieuses, des idéologies politiques, des normes culturelles ou des pratiques sociales. Les représentations collectives sont souvent transmises de génération en génération, et elles peuvent varier considérablement selon les cultures et les communautés. Elles peuvent également changer au fil du temps en réponse aux événements historiques, sociaux et politiques.

En outre, Durkheim soutient que les représentations collectives agissent comme des forces sociales qui régulent le comportement individuel et assurent la cohésion sociale. On retrouve donc le même rôle de contrôle social que celui explicité ci-dessus à propos des normes. En effet, les représentations ont un rôle normatif, elles guident les humain·es dans la manière d'appréhender le monde et d'agir en conséquence.

Dans son ouvrage "les représentations sociales" (30), Denise Jodelet prolonge les réflexions de Durkheim et présente une approche théorique et méthodologique des représentations sociales en tant que processus de construction de la réalité sociale. Elle définit les représentations sociales comme des systèmes de pensée partagés par les membres d'un groupe social, qui permettent de donner un sens à leur environnement et de comprendre leur place dans la société. Ces représentations sociales sont construites à partir des expériences individuelles et

collectives, et sont influencées par des facteurs tels que la culture, les médias, l'éducation et la communication. L'autrice examine également les fonctions des représentations sociales, notamment leur capacité à fournir un cadre de référence commun pour la communication et l'action, à faciliter la compréhension mutuelle entre les membres d'un groupe social, et à maintenir la stabilité sociale. "Il faut bien s'y [le monde qui nous entoure] ajuster, s'y conduire, le maîtriser physiquement ou intellectuellement, identifier et résoudre les problèmes qu'il pose." (30).

Ces représentations sociales forment donc un système entre des normes, des valeurs et des pratiques. Les pratiques sont l'expression des représentations qui elle-même expriment la pensée des individus. "Ces définitions partagées par les membres d'un même groupe construisent une vision consensuelle de la réalité pour ce groupe. Cette vision [...] est un guide pour les actions" (30). Les représentations collectives ont un impact important sur la façon dont les groupes interagissent avec le monde qui les entoure. Elles peuvent influencer les comportements individuels et collectifs, les choix politiques, les décisions économiques, et même les relations interpersonnelles. Les représentations agissent comme des liens sociaux qui unissent les individus et assurent la stabilité et la continuité de la vie en communauté. Ainsi, en comprenant les représentations collectives d'un groupe, il est possible de mieux comprendre leur comportement et leur perspective sur le monde.

Jodelet souligne également l'importance de l'étude des représentations sociales dans les domaines de la santé, en ce qu'elles permettraient de comprendre comment les individus perçoivent leur corps, leur santé, leur environnement et les causes des maladies. Cela peut aider les professionnel·les de la santé à mieux communiquer avec les patient·es, à adapter les messages de prévention et de promotion de la santé en fonction des croyances et des normes sociales des populations concernées. Cependant, nous étendons cette idée à son application aux représentations sociales des professionnel·les de santé eux·elles mêmes, dans la mesure où leurs perceptions des maladies et particulièrement des écarts à la norme, influencent également leurs comportements vis-à-vis de leur patientèle.

L'apport de l'approche de Jodelet semble essentiel dans cette étude pour deux raisons majeures. Premièrement, car elle lie les représentations aux pratiques. Ensuite, parce qu'elle oriente sa définition vers l'identité d'un groupe au lieu de la centrer sur un sujet, et les médecins généralistes forment bien un groupe caractérisé par une profession ; nous y reviendrons dans le paragraphe "Relation de soin se jouant à travers des rôles".

Les représentations sociales peuvent donc influencer la manière dont les groupes sociaux attribuent des étiquettes de déviance et réagissent aux conduites ou aux caractéristiques non conformes aux normes établies. Leur étude constitue un des éléments clés pour comprendre le fonctionnement de la société et le comportement de ses membres, ici des médecins généralistes dans leurs pratiques avec les personnes trans, étant donné le caractère social des processus de production des normes de genre.

Nous avons vu dans cette partie une manière d'appréhender les transidentités, via le cadre de la déviance et le rapport aux normes de genre, et mis en perspective par les représentations. Pour compléter cet horizon des transidentités, nous allons voir comment et par qui ces identités ont été définies au cours du temps, ainsi que l'impact que cet historique peut avoir sur les pratiques.

## II. La construction des savoirs et légitimités

La définition des transidentités se situe à la croisée des discours médicaux, des prescriptions juridiques et des pratiques sociales (31). Historiquement, et pour répondre aux demandes des personnes trans souhaitant accéder à des transformations physiques et administratives pour vivre pleinement le genre dans lequel ils et elles s'identifient, les institutions médicales et juridiques entreprennent de définir les transidentités, afin d'encadrer les pratiques et, comme nous l'avons vu, exercer un contrôle social. Les définitions médicales ont l'habitude de se fonder sur des caractéristiques physiques et biologiques. Or, l'identité de genre, autrement dit le sexe psychologique et social, n'est pas prédéterminée biologiquement ou génétiquement. Nous allons voir comment, où et avec (ou sans) qui se construisent les définitions dites légitimes, et ce qui en fait la légitimité, étant donné que ces processus influencent nécessairement les pratiques associées.

### Processus définitionnel

Le système juridique français fait de la désignation binaire du sexe des citoyen·nes, établie à la naissance à partir du sexe biologique externe (32), un aspect fondamental de leur état civil (22). Jusque dans les années 90, changer sa désignation de sexe à l'état civil était quasiment impossible, sauf à prouver une erreur d'assignation de sexe à la naissance, mais il n'existait aucune garantie permettant d'obtenir une nouvelle identité civile. En France, à la suite des pressions exercées par l'Union Européenne<sup>9</sup>, deux avancées majeures ont eu lieu en 2010. D'abord, les troubles de l'identité de genre ont été retirés de la liste des affections psychiatriques de longue durée par le décret n° 2010-125 du 8 février 2010. Ensuite, les demandes de changement de sexe à l'état civil ont été simplifiées par une circulaire de la direction des affaires civiles (n° civ/07/10 du 14 mai 2010) en n'exigeant plus l'ablation des organes génitaux, initialement requise par la Cour de cassation en 1992. En revanche, et paradoxalement, ce texte avait maintenu la nécessité de fournir la preuve du « syndrome transsexuel » et de l'irréversibilité de la transformation physique. Les liens entre médecine et justice restaient forts. Finalement, la loi de modernisation de la justice (J21) de 2016 démedicalise en partie la question, sans la déjudiciariser (Commission nationale consultative des droits de l'homme,

---

<sup>9</sup> Assemblée Parlementaire du Conseil de l'Europe (2010). Résolution n° 1728. Discrimination sur la base de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre.

Comité des ministres du Conseil de l'Europe (2010). Recommandation CM/Rec(2010)5 du Comité des Ministres de l'UE sur des mesures visant à combattre la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle ou l'identité de genre.

2022), avec une procédure devant le tribunal de grande instance ouverte aux personnes majeures et mineures émancipées. Il n'y a légalement plus besoin d'un diagnostic de dysphorie de genre ni d'une prise en charge médicale pour faire la demande de changement de sexe à l'état civil. Le demandeur ou la demandeuse doit désormais seulement démontrer bénéficier de la possession d'état du sexe revendiqué, c'est-à-dire être identifié-e dans le sexe revendiqué au sein de sa vie sociale.

Côté médical, le Manuel de Diagnostic et de Statistique des troubles mentaux (DSM-5), redéfinit en 2013 les « troubles de l'identité de genre » en « dysphorie de genre » (American Psychiatric Association, 2013). Ainsi, seule la souffrance engendrée par l'inadéquation entre sexe de naissance et identité de genre apparaît comme condition mentale pour laquelle un diagnostic est nécessaire. Ensuite, la Classification Internationale des Maladies (CIM-11) de l'OMS, votée en 2019, en vigueur depuis 2022, remplace le terme « transsexualisme » utilisé depuis les années 70, au profit de la dénomination « incongruence de genre », (HA6) située dans le chapitre « affections relatives à la santé sexuelle » (Organisation Mondiale de la Santé, 2019) (voir image 1).

*Image 1 : Capture d'écran de la définition de "l'incongruence de genre de l'adolescent ou de l'adulte" dans la Classification Internationale des Maladies 11ème version, en ligne<sup>10</sup>.*

## HA60 Incongruence de genre de l'adolescent ou de l'adulte

### Parent

Incongruence de genre

Afficher tous les ascendants 

### Description

L'incongruence de genre de l'adolescent et de l'adulte se caractérise par une incongruité marquée et persistante entre le genre auquel une personne s'identifie et le sexe qui lui a été assigné, ce qui conduit souvent à un désir de "transition", afin de vivre et d'être accepté comme une personne du genre ressenti, par le biais d'un traitement hormonal, d'une intervention chirurgicale ou d'autres services sanitaires visant à faire correspondre le corps de la personne, autant que souhaité et dans la mesure du possible, au genre ressenti. Le diagnostic ne peut être posé avant l'apparition de la puberté. Les comportements et les préférences qui varient en fonction du sexe ne constituent pas à eux seuls une justification pour poser le diagnostic.

### Termes exclus

- Troubles paraphiliques (6D30-6D3Z)

Dans la précédente version (CIM 10, 1992), on retrouvait le "transsexualisme" dans le chapitre intitulé "Troubles de l'identité sexuelle" (et il était précisé que ce trouble devait persister depuis au moins deux ans), dans la CIM 9 (1979) il faisait partie des "Déviations et troubles sexuels" et dans la CIM 8 (1965), dans le chapitre des "Perversions sexuelles".

<sup>10</sup> Disponible sur : <https://icd.who.int/browse11/1-m/fr#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f90875286>

Les enjeux de ces classifications tournent autour de la volonté de dépsychiatriser et de dépathologiser, dans le sens où les transitions de genre ne sont plus interprétées comme résultant d'une pathologie psychiatrique à soigner. En même temps, les parcours de transition reposent, pour certains, sur des traitements, et/ou des interventions chirurgicales qui doivent pouvoir trouver des réponses au sein de l'offre de soins. Ainsi, les évolutions des classifications soulignent le refus d'une démedicalisation dont dépend le maintien de la prise en charge des interventions chirurgicales et des soins (33,34) et le suivi des effets secondaires inhérents aux prescriptions hormonales et aux interventions chirurgicales.

Par ailleurs, les pratiques visant à modifier l'orientation sexuelle ou l'identité de genre d'une personne, dites "thérapies de conversion", sont interdites en janvier 2022.<sup>11</sup>

Les diagnostics et systèmes de classification ont pathologisé et stigmatisé celles et ceux dont les corps, les identités, les désirs ne correspondaient pas aux normes sociales et il semblerait que cette histoire impacte encore les manières de penser le genre des médecins. En effet, l'évolution des normes sociales, par définition, est un processus long, bien que, comme nous l'avons vu, les avancées législatives tendent à la dépathologisation des identités transgenres. Ainsi, de nombreuses personnes trans, encore récemment, se sont vu·es demander un certificat psychiatrique pour entamer un parcours de transition médicale. Le 29 novembre 2022, l'association "*Stop homophobie*" dépose une plainte contre le médecin-conseil national de la CNAM (Caisse Nationale d'Assurance Maladie) pour discrimination en raison de l'identité de genre d'une personne. En effet, celui-ci avait exigé un certificat psychiatrique pour accorder le remboursement des soins liés à la transition de genre. Depuis, le directeur en charge du réseau médical de la CNAM, a adressé une consigne le 12 décembre à toutes les caisses primaires d'assurance maladie stipulant que "Il n'y a pas lieu de réclamer la production d'un certificat psychiatrique" pour la prise en charge des parcours de transidentité (35).

Ajoutons à ces avancées législatives qu'il n'y a pas de positionnement sur la conception normative de la binarité obligatoire que les personnes trans et notamment non-binaires réprouvent.

Comme l'ont montré les historien·nes de la médecine (36) ce ne sont pas tant les progrès techniques qui font progresser les savoirs et savoir-faire, que le cadre politique qui favorise ou contraint le développement de certaines pratiques et techniques. Les savoirs sur les questions

---

<sup>11</sup> LOI n° 2022-92 du 31 janvier 2022 interdisant les pratiques visant à modifier l'orientation sexuelle ou l'identité de genre d'une personne. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045097703>

trans se sont construits, depuis un siècle, au gré de recherches et d'expérimentations empiriques, entre spécialités médicales (psychiatrie, endocrinologie, gynécologie, urologie, chirurgie esthétique, médecine générale) ; entre médecine hospitalière et médecine de ville ; entre associations de patient·es marginalisé·es et médecins ; ou entre médecin et patient·e dans le suivi et dans l'intimité du cabinet. Ces savoirs et savoir-faire ont été institutionnalisés de différentes manières selon les acteur·rices : publications scientifiques ou militantes ; écrites, vidéos ou podcast sur internet ; témoignages ; recommandations d'associations militantes ou médicales ; recommandations d'institutions publiques. Ils sont donc situés et ont des légitimités distinctes (recherche scientifique, expérience professionnelle, expérience personnelle, expertise, etc.).

L'institution médicale, aux côtés de l'institution juridique, semble s'octroyer le monopole de la définition des identités trans, en se présentant comme la seule instance capable de statuer sur les identités personnelles des personnes, et donc accorder l'accès aux soins requis. Georges Canguilhem critique les tentatives de recension, description et classification systématique des faits de la vie humaine avec pour finalité de ramener l'organisme déviant à l'état normal. Il démontre que les notions de normal et de pathologique ne peuvent être définies sans se référer à des normes d'appréciation subjectives. Ainsi, le diagnostic médical se référant à la science n'est pas davantage objectif que celui fondé sur l'écoute des patient·es, lequel·les fondent leurs définitions sur les limitations de leurs possibilités d'existence (37).

## Implications pratiques

Ces affrontements dans les enjeux définitionnels se répercutent sur l'offre de soin pour les personnes trans, avec un manque de recommandations à destination des professionnel·les. Le système de santé français offre une couverture universelle à tous·tes les citoyen·nes, quels que soient leur âge et leur situation économique. Les personnes qui cherchent à se faire accompagner médicalement du fait d'une incongruence de genre ont accès aux hôpitaux publics et privés, et bénéficient de services de santé comprenant des soins préventifs et des "services liés au changement de sexe" ou à la "chirurgie de réassignation sexuelle" dans le cadre du régime des maladies de longue durée appelé "affection de longue durée (ALD)". En 2009, la Haute Autorité de Santé (HAS) française a suggéré que les soins médicaux soient dispensés par une équipe médicale pluridisciplinaire, et recommandait un diagnostic et une évaluation du "trouble de l'identité sexuelle", suivie d'une expérience en vie réelle, puis une hormonothérapie, suivie d'une chirurgie (38). S'en est suivie la constitution d'équipes

pluridisciplinaires hospitalières dans plusieurs grandes villes de France, regroupées au sein de la Société Française de prise en Charge de la Transidentité (SoFECT), créée en juillet 2010. Celles-ci accordaient la prise en charge et le suivi des personnes trans requérantes après discussions en réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP), afin de “mutualiser leurs incertitudes et de pallier le déficit d’appuis scientifiques ou de fondements moraux auxquels s’adosse habituellement leur activité” (39). Cependant, de nombreuses associations “rejet[ent] la SOFECT / FPATH<sup>12</sup> comme organisme légitime pour la prise en charge de [nos] transitions” et réclament sa dissolution (40). Celle-ci est finalement dissoute en mars 2020 par son président en raison d’une “inadéquation grandissante au sein même de la SoFECT entre sa raison d’être, son fonctionnement, la réalité des parcours transidentitaires et les conditions d’accueil et de prise en charge par certains établissements ou professionnels de santé” (41). La French Professional Association for Transgender Health (FPATH) est alors créée, renommée ensuite Trans Santé France, affichant la volonté de travailler avec les personnes transgenres et les associations qui les représentent.

Un récent rapport, demandé par le ministère des Affaires sociales et de la Santé, propose “de renouveler 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 professionnel·les de santé de premier recours, un travail en réseau et un repositionnement du rôle de la psychiatrie” (4). Parallèlement, les recommandations internationales de bonnes pratiques de la WPATH (World Professional Association for Transgender Health), pour aider les prestataires de soins de santé, en cas d’incongruence de genre, ont récemment été mises à jour (42). Elles donnent plus de place au médecin généraliste dans l’accès au traitement d’affirmation de genre pour les adultes et dans l’accompagnement de la transition sociale des mineur·es, à condition qu’ils et elles justifient d’une formation spécifique en psychiatrie et autour de l’incongruence de genre. Les directives cliniques de la Haute Autorité de Santé française sont actuellement en cours de rédaction et leur publication est annoncée pour septembre 2023 (43). En les attendant, les professionnel·les du soin peuvent se retrouver décontenancé·es par un cadre de prescription inadapté : les prescriptions de traitements hormonaux se font hors autorisation de mise sur le marché (AMM), ce qui dissuade nombre de généralistes et d’endocrinologues de s’impliquer, et, face aux difficultés d’accès aux endocrinologues, les personnes trans se tournent parfois vers des médecins généralistes, encore

---

<sup>12</sup> French Professional Association for Transgender Health : autre nom de “Trans Santé France”, anciennement la SOFECT

peu nombreux à prescrire. Or, ces dernier·ères ne peuvent pas être primo-prescripteur·rices de testostérone, principal traitement masculinisant. Ce faisant, les médecins peuvent se retrouver dans des situations où leurs pratiques ne sont pas encadrées par les référentiels français et redoutent ainsi d’être mis·es en cause. Par exemple, en 2021, la Chambre Disciplinaire de Première Instance de Bretagne de l’Ordre des Médecins (« CDPI ») déboute le Conseil Départemental de l’Ordre des Médecins de sa plainte contre une gynécologue qui avait prescrit des hormones à une jeune femme trans de 20 ans, après une mobilisation de soutien de la part de confrères et consœurs et d’associations trans (44).

La régulation des pratiques revient alors au Conseil National de l’Ordre des Médecins, qui a pour mission de sanctionner les médecins “déviant·es”, via sa chambre disciplinaire de première instance, usant d’avertissements, de blâmes, d’interdiction d’exercice avec ou sans sursis de la médecine, jusqu’à la radiation définitive du tableau de l’Ordre, entraînant une interdiction d’exercer en France. L’ordre des médecins est l’institution “qui assume un rôle moral, administratif, consultatif, juridictionnel et de conciliation”, “assure également un rôle d’instance disciplinaire pour les médecins qui ne respecteraient pas les principes de la déontologie” (45).

## Démocratie en santé

Bruno Latour, sociologue et philosophe français connu pour ses travaux sur la sociologie des sciences et la théorie de l’acteur-réseau, a développé une perspective critique sur le pouvoir du savoir scientifique, remettant en question l’idée traditionnelle selon laquelle la science est une entreprise objective et impartiale (46). Selon Latour, le pouvoir du savoir scientifique ne réside pas simplement dans sa capacité à produire des faits objectifs, mais aussi dans sa capacité à influencer les discours, les politiques et les actions de la société. Il soutient que la science est un processus socialement construit et que les connaissances scientifiques sont forgées à travers des interactions complexes entre les scientifiques, les instruments, les théories et les institutions. À travers la critique de la dichotomie traditionnelle entre la nature et la culture, il affirme que le savoir scientifique ne peut pas être séparé de son contexte social, politique et culturel. Les scientifiques ne sont pas des observateur·rices neutres, mais plutôt des acteur·rices engagé·es dans des réseaux de relations complexes. Le savoir scientifique est donc influencé par des facteurs sociaux tels que les intérêts, les valeurs, les normes et les pressions politiques. De plus, Bruno Latour expose que le pouvoir du savoir scientifique réside également dans sa capacité à catégoriser et à classer le monde. La science établit des distinctions entre les faits pertinents et

non-pertinents, les croyances légitimes et non-légitimes, les acteur·rices fiables et non-fiables. Ces catégorisations ont des implications politiques et sociales importantes, car elles déterminent quelles voix sont entendues, quelles perspectives sont prises en compte et quelles décisions sont prises. Finalement, l'idée de la science en tant qu'autorité neutre et objective est remise en question : le pouvoir du savoir scientifique est dépeint comme socialement construit, influencé par des facteurs culturels et politiques, et jouant un rôle central dans la façon dont la société comprend et agit dans le monde.

Dès lors, l'inclusion des personnes concernées, tant dans la recherche que dans l'élaboration des politiques publiques (ici, de santé) apparaît indispensable, en reconnaissant la force et la valeur des savoirs communautaires<sup>13</sup> et expérientiels<sup>14</sup>. Le rapport de la HAS de 2020 intitulé « Sexe, genre et santé » (47) va dans ce sens, avec dix “Propositions pour améliorer la prise en compte du sexe et du genre à toutes les étapes de la construction des politiques de santé”, comme par exemple “Intégrer le sexe et le genre dans la conception des politiques publiques” et “Construire la mise en œuvre avec les populations concernées” (47). Les politiques publiques étant justifiées par des données et savoirs reconnus, un des enjeux actuels est donc de développer la recherche intersectorielle, interdisciplinaire, multisectorielle et multidisciplinaire et participative. Arnaud Alessandrin dépeint l'émergence des “trans studies”, inaugurant le “passage d'objet de recherche à sujet de recherche” pour les personnes trans : dans les études trans le sujet fut historiquement un sujet médical, sans les personnes trans, avant d'être saisi par les sciences humaines et sociales, travaillant avec les personnes trans, pour finalement être construites par les personnes trans elles-mêmes, façonnant alors une remise en question des savoirs légitimes (48).

Ces considérations s'inscrivent dans le champ de la “démocratie en santé”, définie par l'Agence Régionale de la Santé comme la “démarche associant l'ensemble des acteurs du système de santé dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé, dans un esprit de dialogue et de concertation” (49). Premièrement introduit sous le terme de “démocratie sanitaire” en 1989 lors des États généraux du cancer et de la santé, puis repris par Bernard Kouchner dans le

---

<sup>13</sup> Les savoirs communautaires sont des connaissances partagées et transmises au sein d'une communauté ou d'un groupe de personnes. Ces savoirs sont souvent ancrés dans la tradition, la culture et les valeurs d'une communauté spécifique, et transmis par le biais de pratiques et de normes sociales. Ils sont collectifs et se développent dans un contexte social spécifique.

<sup>14</sup> Les savoirs expérientiels sont fondés sur l'expérience personnelle et individuelle d'une personne et acquis par l'observation, l'interaction directe avec le monde et les événements vécus par une personne au cours du temps. Ils sont souvent subjectifs et peuvent varier d'une personne à l'autre en fonction de leurs expériences individuelles.

cadre du projet de Loi sur les droits des malades de 2002<sup>15</sup>, la démocratie sanitaire continue son essor, avec par exemple la création des Conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA) en 2009 et Conseils territoriaux de santé (CTS) en 2016, principales instances de concertation et d'expression de l'ensemble des acteur·rices du domaine de la santé, y compris des représentant·es des usager·ères.

Les personnes trans, suite à leurs mobilisations, ont joué un rôle majeur par leurs revendications dans les avancées législatives (50,51) et par leur investissement dans l'information de leurs pair·es (52,53) et jusque dans les formations des professionnel·les du soin<sup>16</sup>. Alors que la question transidentitaire n'est plus nouvelle, même si elle reste marginale, les recommandations appellent au développement des formations médicales, mais celles existantes actuellement en France font largement défaut : presque absentes du cursus initial et timides dans la formation continue<sup>17</sup>. Lorsqu'elles existent, elles sont surtout à l'initiative d'individus impliqué·es dans la prise en charge et dans le cadre hospitalier. Alors, depuis 30 ans, pour pallier le manque de formation et d'information, les associations de personnes trans multiplient la diffusion d'informations (comme les répertoires de médecins non transphobes), de témoignages de parcours, d'explications sur les droits. La circulation de l'information est non seulement un facteur d'amélioration de la qualité des soins mais aussi d'autonomisation pour les personnes en transition (4). En se replaçant au cœur du système de santé, l'individu redevient maître·maîtresse de son genre, maître·maîtresse de son devenir. Cependant, sur le terrain, le "patient expert" n'est pas toujours bienvenu·e car il·elle est un facteur de fragilisation de l'autorité médicale (54).

Nous avons abordé l'implication ou non des personnes concernées dans les processus définitionnels, ainsi que dans la recherche et la création des politiques de santé. Cette même question de l'inclusion sera appliquée à l'interaction entre médecins et usager·ères du système de soin.

---

<sup>15</sup> Légifrance. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. [site internet] Dernière mise à jour des données de ce texte : 01 janvier 2016 [consulté le 4 juin 2023]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT00000227015/>

<sup>16</sup> Par exemple, l'association Transcende située à Besançon réunie des personnes trans et des professionnel·les de santé. Ils et elles organisent une journée de formation sur l'accompagnement de la transidentité en soins primaires à destination des médecins généralistes le 15 décembre 2023. Voir : <https://www.helloasso.com/associations/transcende/evenements/pre-inscription-accompagnement-de-la-transidentite-en-soins-primaires>

<sup>17</sup> À notre connaissance, deux Diplômes Universitaires sont proposés aux professionnel·les de santé : le Diplôme Inter-Universitaire «Accompagnement, soins et santé des personnes transgenres» par les universités de Paris, Lille, Lyon, Marseille (<https://trans-sante-france.org/formations/>) et le Diplôme Universitaire de prise en charge de la transidentité (DUTrans) par la faculté de médecine Sorbonne Université (<https://www.dutransidentite.fr/>).

### III. Les relations de soin entre médecins généralistes et patient·es trans

Les questions posées dans cette thèse mènent nécessairement à la considération de la relation entre médecins généralistes et personnes trans, s'inscrivant plus largement dans la relation de soin. Nous ferons dans un premier temps un état des lieux des difficultés rencontrées par les personnes trans quant à leur accès au système de soins, ainsi que sur leur état de santé, illustré par quelques données. Ces données donneront un cadrage des problématiques rencontrées et nous verrons qu'elles sont très liées à cette relation entre professionnel·les de santé et usager·ères du système de soin. Nous aborderons quelques considérations ayant trait à cette relation, notamment les rôles portés et leur incidence sur les attentes qu'un groupe peut avoir envers un autre, quelques éléments de communication, et d'une manière plus large les modèles dans lesquels la relation de soin peut s'inscrire en général.

#### Accès aux soins entravé, moins bonne santé

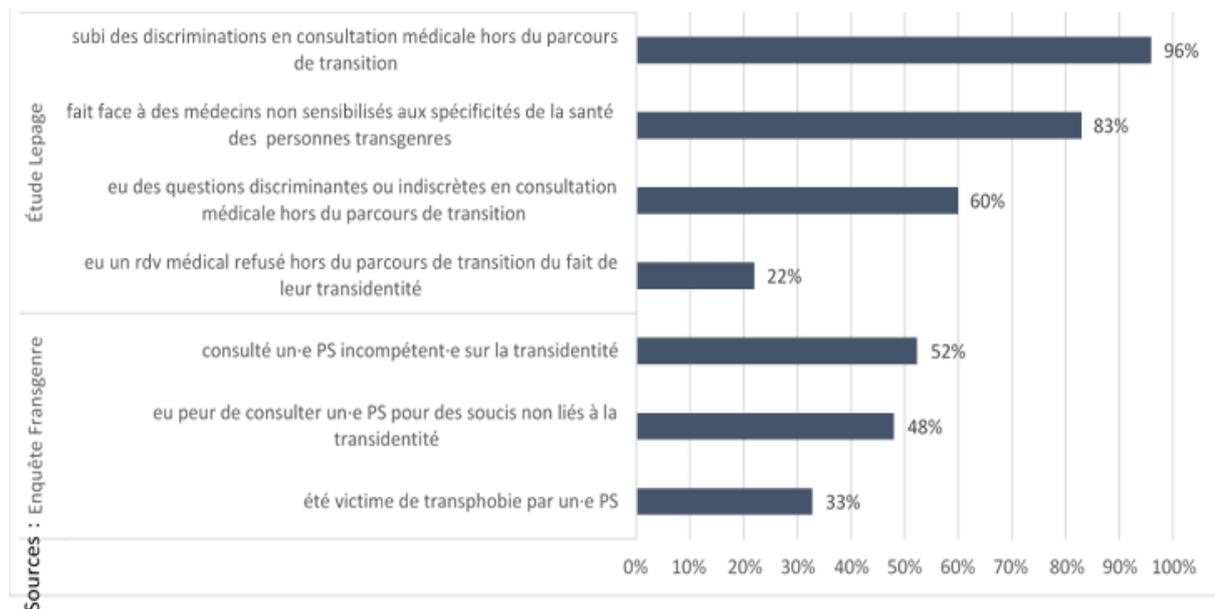
Les quelques enquêtes sur la santé des personnes trans en France et dans le monde montrent les difficultés rencontrées par ces personnes pour accéder aux soins et pour être reçu·es et traité·es de manière appropriée, notamment pour des raisons en rapport avec les transidentités, engendrant une perte de confiance envers différent·es acteur·rices de santé et un renoncement important (6,55,56). Ces considérations semblent encore plus marquées pour les personnes non-binaires (57). L'offre de soins française apparaît insuffisante pour répondre à leurs demandes, allant de délais de prise en charge très longs jusqu'à des refus de prise en charge. L'accès aux soins se heurte également à des freins divers, notamment des propos ou comportements transphobes de la part du corps médical, provoquant parfois des prises en charge à l'étranger (58), ou encore une auto-médication procurée via internet (59,60).

Dans sa thèse d'exercice de médecine générale (61), Tristan Lepage réalise une étude descriptive des discriminations subies en consultation médicale par les personnes trans en dehors du parcours de transition. Son questionnaire récolte 135 réponses, et les résultats sont sans appel : presque la totalité rapporte avoir subi des discriminations en consultation médicale, allant jusqu'à se voir refuser une prise de rendez-vous médical hors parcours de transition du fait de leur transidentité pour 22 % d'entre elles et eux.

L'association Fransgenre, espace d'entraide et de convivialité en ligne, luttant pour les droits des personnes transgenres et intersexes, et notamment contre la transphobie dans le milieu

médical, réalise chaque année une enquête auprès de ses membres pour recenser les discriminations subies. En 2022, 503 personnes ont répondu, parmi lesquelles environ la moitié ont consulté un·e professionnel·le de santé incompetent·e sur la transidentité et ont eu peur de consulter un·e professionnel·le de santé pour des soucis non liés à la transidentité (figure 1) (62).

Figure 1: Vécu des personnes trans face aux professionnel·les de soin (PS)



Sources : Etude Lepage 2022, Enquête Fransgenre 2022 ; mise en forme Camille Gélín

Avec une approche qualitative, Théo Bazantay s’intéresse dans sa thèse aux représentations des personnes trans sur la médecine générale. Dans l’étude, les personnes trans partagent la représentation que la majorité des médecins généralistes ne connaissent pas le sujet de la transidentité, avec comme principales problématiques en consultation le mégenrage<sup>18</sup> et l’essentialisation<sup>19</sup>, entraînant une anxiété anticipatrice liée au recours aux soins et la crainte du rejet et du refus de soin de la part des médecins (63).

En complément, Margaux Cosne montre dans sa thèse que 74,7 % (N = 565) des personnes trans déclarent avoir subi de la transphobie, et parmi elles, 50,3 % l’ont subi dans des lieux de soins et 45,1 % évitent ces lieux en raison de la transphobie. Parmi les 245 personnes déclarant avoir subi de la transphobie de la part de professionnel·les médicaux, 47,1 % l’ont subi de la part d’un·e médecin généraliste. Elle a également mis en évidence une moins bonne santé perçue pour les personnes trans : “Si légèrement plus de personnes parmi les interrogé·e·x·s

<sup>18</sup> Mégenrage = fait de ne pas utiliser les pronoms choisis par la personne

<sup>19</sup> définie comme “le fait de réduire un individu à une seule de ses dimensions, en l’occurrence à la transidentité”

s'estimaient en « Mauvais ou très mauvais » état de santé, le nombre de personnes s'estimant en « Bon ou très bon » état de santé était bien inférieur à celui de la population générale". Les résultats concernant la santé mentale sont très inquiétants : 21 % des participant·es avaient déjà souffert d'anorexie, 31,8 % de boulimie, 75 % de dépression, 78 % de troubles anxieux, etc. (64). De plus, 22 % des personnes de l'échantillon concernées par le dépistage du sein étaient à jour de leur dépistage, contre 48 % dans la population générale. De la même manière, seulement 42 % des personnes concernées par le dépistage du cancer du col utérin étaient à jour pour ce dépistage, alors que d'après les données de Santé Publique France, 58 % l'étaient en population générale pour la période 2017-2019 (65) . Dans le guide de l'INCa à destination des professionnel·les de santé, il est précisé que leur rôle est d'"Informer les femmes sur le programme de dépistage organisé du cancer du col, proposer de réaliser ou de prescrire le dépistage" et, bien que faisant partie d'un programme de dépistage national organisé depuis 2018, il est spécifié que "La réalisation ou la prescription du dépistage par les professionnels de santé en charge du suivi gynécologique des femmes (gynécologues, médecins généralistes et sages-femmes) constituent actuellement le principal mode d'entrée dans le programme." (66). Les recommandations ne ciblent pas les personnes trans et uniquement le terme de "femme" est utilisé dans tous les documents officiels. Ainsi les médecins généralistes ne sont pas sensibilisé·es aux spécificités des personnes trans (64).

Ces situations reportées sont d'autant plus dommageables que les personnes trans subissent également des discriminations dans la vie quotidienne, menant souvent à des difficultés matérielles et sociales renforçant l'éloignement du système de soin, et que les problèmes de santé mentale et sexuelle sont sur-représentés (4). En effet, une méta-analyse d'études nord-américaines estime une prévalence moyenne des idées suicidaires dans la population trans de 47 %, et celle des tentatives de suicide de 27 %. Ces taux étaient encore plus élevés parmi les personnes non-blanches, ayant les plus faibles revenus et de moindres niveaux d'éducation (67).

## Les rôles au sein de la relation de soin

Face à au cadrage des pratiques flou développé ci-dessus, sans recommandations formelles en France ni formations initiales adéquates, on peut se demander comment les médecins généralistes reçoivent les demandes potentielles de personnes trans et comment ils et elles investissent leur rôle.

Les médecins généralistes forment un groupe constitué des diplômé·es de médecine générale et font partie des premier·ères interlocuteur·rices des patient·es. Cependant le rôle des médecins

généralistes est ambigu et segmenté par la variété de leurs pratiques (68). Talcott Parsons, sociologue fonctionnaliste, problématise la profession médicale dans sa fonction essentielle de contrôle social. Outre l'apprentissage des connaissances et compétences techniques, les futur·es médecins sont formé·es aux attitudes et valeurs qui leur permettront d'exercer correctement. "La profession médicale se trouve définie comme un ensemble de valeurs, d'idées, de façons de faire standard sinon formatées, et de normes qui caractérisent le contenu du rôle du médecin" (69). Il s'agit là d'une véritable initiation à leur nouvelle culture, à l'apprentissage de leurs rôles sociaux établis dans une structure sociale. Pour les interactionnistes, au contraire, l'initiation n'est pas perpétuée par les anciennes sur les nouvelles générations. Cependant, les étudiant·es entrent à l'université avec les mêmes idées et objectifs et se trouvent ainsi face aux mêmes "négociations entre perspectives immédiates et projets à long terme" que leurs prédécesseur·euses (20). La culture, se formant alors dans les mêmes conditions, est répétée à l'identique.

Même si ces deux théories s'opposent sur la manière dont elles se développent et se transmettent, la socialisation des médecins passe toujours par l'inculcation de valeurs et l'apprentissage d'un rôle à jouer pour être accepté·e dans son statut.

Henri Mendras (70) définit le statut comme la place d'une personne dans la structure sociale, déterminée par des critères tels que l'occupation professionnelle, l'éducation, la classe sociale, la position économique, etc. De ce statut découlent des rôles à jouer. Il s'agit de grilles intellectuelles permettant de rendre compte de la réalité. Selon une analyse microsociologique, les individus sont dans des rapports définis par la situation et doivent se répondre pour jouer leur rôle et remplir leur position. Le rôle est distingué des rôles associés, ces contre-rôles qui forment ensemble un champ de rôles. Le rôle se trouve défini par les attentes des autres rôles (associés), et s'efforce de répondre à leurs attentes. Celles et ceux qui jouent à faire le contraire de ce qui est attendu d'elles et eux, les "déviant·es", ne remettent pas pour autant en question le schéma des attentes puisqu'ils et elles se définissent contre ces attentes et donc par rapport à elles. L'image idéale du rôle est finalement différente du rôle vécu. Le médecin "moyen" (dans la moyenne des médecins selon certaines caractéristiques) est différent du médecin "type", archétype idéal du médecin proposé par la société. De plus, un individu remplit toujours un grand nombre de rôles, dans chaque sphère sociale. Il est alors difficile de savoir dans quels cas ceux-ci sont indépendants ou non. Un rôle se situe dans un groupe d'appartenance, ou "engroupe" ; mais la façon de remplir le rôle est largement définie par des "hors-groupes", ou groupes de référence. Groupe d'appartenance et groupe de référence fixent les valeurs et les

normes en fonction de séquences de rôles de ce type. Alors, pour qu'un rôle évolue, il faut que les acteur·rices concerné·es opèrent un glissement par leurs comportements, affectant les données du consensus (71).

Le statut, toujours selon Mendras, correspond au jeu des différents rôles sociaux remplis par un individu, autrement dit il se définit par la recombinaison des rôles et des positions exercés dans la société.

Alors que les préférences normatives des praticien·nes sont censées être scientifiquement armées (72), quelle est l'importance concrète de l'identité statutaire dans le quotidien d'un·e médecin ? Quelle place pour les valeurs personnelles ? Il s'agira par la suite dans cette thèse de questionner la socialisation professionnelle des médecins, transmettant aux individus un ensemble de normes, codes, règles, valeurs communes. Ainsi, l'identité professionnelle pourra être envisagée comme support de sens donné à leurs actions, à leur vie : "l'homme est un animal identitaire : c'est naturellement un chercheur et un créateur de sens." (73). Les parcours personnels des médecins seront explorés, à la recherche de facteurs explicatifs des comportements vis-à-vis des personnes trans.

Il peut y avoir conflit entre les différents contre-rôles. L'individu doit trouver le juste comportement répondant à la fois aux attentes de tous·tes. Par exemple, les médecins généralistes ont un devoir de réponse aux attentes et besoins de leurs patient·es (dans le respect des lois et recommandations de bonnes pratiques) ; ici, leur permettre d'effectuer leur transition de genre dans les meilleures conditions. Ils et elles sont également soumis·es au contrôle par les pair·es et doivent répondre aux attentes de leurs confrères et consoeurs, qui pourraient être, par exemple de la part de médecins spécialisé·es dans ce domaine, de ne pas répondre à ces demandes et de les orienter vers elles et eux. Pèse également l'Ordre des Médecins qui, selon les départements, peut juger négativement de telles prises en charge.

Les rapports entre rôles sont essentiellement dissymétriques. Cela se retrouve notamment dans la relation médecin-patient·es. Il existe un déséquilibre de pouvoir entre praticien·nes et patient·es. Le·la médecin est celui ou celle qui connaît : il·elle est, avec son équipe, celui ou celle qui peut valider les dires du·de la patient·e, s'il y a ou non "incongruence de genre". On dépend de lui·elle pour l'accès aux hormones et à l'ALD pour leur remboursement, ainsi que pour le suivi. Les patient·es sont dans une dépendance objective au·à la praticien·ne, à son interprétation, ses préférences. Le pouvoir de A (le·la praticien·ne) sur B (le·la patient·e) se mesure classiquement à tout ce que ne ferait pas B en l'absence de A (74).

Les médecins sont bel et bien au cœur de l'accompagnement des personnes trans dans leurs parcours de transition, avec des rôles spécifiques, et des attentes marquées de la part des personnes trans.

Dans sa thèse (64), Margaux Cosne montre que "85% des personnes trans interrogées avaient ou envisageaient d'avoir un accompagnement médical de leur transition, dont la moitié l'envisageait en cabinets médicaux privés, impliquant une partie de la prise en charge et de la coordination des soins par un·e médecin généraliste." Aussi, parmi les personnes accédant à un traitement hormonal, sur prescription, 73% des ordonnances provenaient de médecins généralistes, et la demande d'ALD était faite par un·e médecin généraliste dans plus de 9 cas sur 10. Les autres rôles qu'ont déjà les médecins généralistes auprès de la population trans identifiés par les répondant·es sont le soutien psychologique, la prise en charge des "problèmes du quotidien" comme pour le reste de la population, et l'orientation vers des professionnel·les de santé correspondant à leurs besoins.

Dans sa thèse d'exercice en psychiatrie réalisée en 2020 (75), Jenny Pitts mesurait l'expérience des usager·ères de la transition médicale en France. Sur 168 participant·es ayant consulté au moins un·e professionnel·le pour une transition médicale, 63,1 % ont consulté un·e médecin généraliste en premier, 53,6 % un·e psychiatre, 35,1 % un·e endocrinologue. Ces professionnel·les exerçaient en cabinet libéral pour 79.2 % d'entre elles et eux. De plus, Pitts montre que "les consultations initiales en cabinet libéral ont été associées à une moins bonne expérience des soins dans sa globalité. En particulier, le/la médecin généraliste a été associé·e à une moins bonne expérience de l'accès et de la coordination."

De la même manière, Jane Inglebert étudie dans sa thèse (76) la place du·de la médecin généraliste dans les questionnements de genre. Sur 315 personnes trans ou en questionnement sur leur identité de genre ayant répondu, 36,2 % en ont parlé en premier à leur médecin traitant·e, qui est donc le·la premier·ère interlocuteur·rice de santé, devant les psychiatres pour 20 % des participant·es.

Une autre thèse d'exercice réalisée par Marion Caroff expose les stratégies d'adaptation et les attentes des personnes trans en médecine générale : "Même si le·la médecin traitant·e n'est pas systématiquement identifié·e comme acteur·ice principale des parcours de transition, pouvoir y avoir recours en termes de suivi et/ou d'initiation d'un traitement hormonal notamment lorsqu'il·elle fait partie d'un réseau de santé trans reste une attente récurrente." (77).

Une autre thèse, qualitative cette fois, étudie les représentations sociales des personnes trans de la médecine générale. Il est montré que le rôle des médecins généralistes est considéré comme central dans le parcours de soin, et que les savoir-être (écoute, empathie, recueil du consentement) des médecins semblent plus importants aux yeux des personnes trans que les savoirs faire (63).

Bien entendu, les médecins généralistes peuvent être confronté·es aux transidentités même en dehors du parcours de transition, de la même manière que pour le reste de la population, ce qui nécessite le devoir d'offrir un accueil bienveillant et respectueux des personnes et donc de connaître à minima les spécificités de cette population. Maud Garnier et Sarah Ollivier étudient dans leur thèse d'exercice de médecine générale les motifs de consultation des médecins généralistes par les personnes trans (78). Elles rapportent que pour les 320 personnes ayant participé à l'enquête quantitative, les motifs de leur dernière consultation auprès d'un·e médecin généraliste étaient en lien avec la transition pour 48 % d'entre elles, et sans lien avec la transition dans 50 % des cas. Cette consultation a fait l'objet d'un mégenrage dans 27 % des cas, bien que celui-ci n'ait pas été reporté comme malveillant dans la majorité des cas. Dans la partie qualitative de cette thèse, les autrices mettent en évidence les "problèmes rencontrés lors de la consultation en médecine générale", à savoir (par ordre de fréquence) : le mégenrage, le manque de connaissance au sujet de la transidentité, une remise en question/jugement, une curiosité mal placée, un refus de prise en charge ou de prescription, des regards des patient·es en salle d'attente, une propension du médecin à rattacher tout symptôme à la transition (79).

Nous verrons dans les résultats comment les médecins interrogé·es pensent leur rôle auprès des personnes trans, ainsi que la manière dont ils et elles se représentent les attentes des patient·es à leur égard.

### Relation de soin, de l'asymétrie au partenariat

La consultation de médecine générale met en relation au moins deux protagonistes jouant leurs rôles (voir ci-dessus), et, de par leurs statuts distincts, la relation a toutes les chances d'être asymétrique. Cette consultation peut devenir le terrain d'enjeux spécifiques, de rapports de pouvoir. Par exemple dans le cas d'une personne trans consultant son ou sa médecin généraliste/traitant·e dans le but d'obtenir quelque chose qu'elle a déjà identifié, elle peut craindre que le·la médecin fasse obstacle, d'autant plus que la décision qui le ou la concerne touche à une dimension particulièrement importante de son avenir dans une société où l'identification transgenre peut engendrer violences et rejets.

Le modèle délibératif dans la relation entre médecins et patient·es ou du moins usager·ères du système de soin se réfère à une approche de prise de décision médicale reposant sur une communication ouverte et collaborative entre le médecin et l'usager·ère. Dans ce modèle, ces deux protagonistes échangent des informations, discutent des options de traitement ou d'accompagnement de soin, de leurs implications, et finalement prennent une décision éclairée ensemble (80).

Ce modèle se distingue du modèle paternaliste, dominant jusque dans les années 90, où le médecin était considéré presque comme un dieu, à qui tout le monde obéissait sans remise en question. Cette "toute puissance" se justifiait par le savoir qu'ils étaient seuls à posséder. À cette époque, la médecine ne s'était pas encore (autant) féminisée (parité maintenant atteinte dans les jeunes générations), bien que le processus était déjà enclenché (81,82).

Après être passé par les modèle informatifs puis interprétatifs, toujours vers plus d'autonomie des personnes, actuellement en France les relations de soin devraient relever du modèle délibératif, dans lequel le·la médecin joue un rôle de facilitateur·rice en fournissant des informations médicales pertinentes, en évaluant les risques et les avantages des différentes options de traitement ou d'accompagnement, et en guidant les usager·ères dans la compréhension de ces informations. L'usager·ère, de son côté, est encouragé·e à exprimer ses préférences, ses valeurs et ses attentes, ainsi qu'à poser des questions pour clarifier tout aspect de sa condition médicale.

En travaillant ensemble, au sein d'un cadre d'échange bienveillant et non directif, le·la médecin et le·la patient·e peuvent explorer les différentes options de traitement disponibles, discuter des avantages et des inconvénients de chaque option, ainsi que des implications potentielles sur la qualité de vie de la personne concernée. Cette approche favorise la participation active des usager·ères dans le processus décisionnel, en prenant en compte leurs préférences individuelles et expériences personnelles.

Le modèle délibératif reconnaît que chaque personne est unique et que ses besoins et ses préférences peuvent varier. Il met l'accent sur le respect de l'autonomie des usager·ères, en leur permettant de s'exprimer totalement et de participer activement aux décisions qui concernent leur santé. Ainsi, les décisions qui découlent de ce processus sont plus personnalisées et conduisent à une meilleure adhésion des personnes aux plans de soins choisis.

Dans sa thèse, Bazantay montre que la relation de confiance avec les médecins généralistes est primordiale pour les personnes trans, d'autant plus pour aborder des questions intimes, et que

cette relation est “mal vécue quand elle s’accompagne d’une relation d’autorité, voire de paternalisme. Elle est de meilleure qualité quand cette relation est vécue comme horizontale. Ninon : « Il ne faut pas que j’aie chez un médecin en me sentant intimidé, en me disant qu’il a le savoir ultime sur mon corps, alors que moi je vis dedans tous les jours. Évidemment, il sait des choses que moi je ne sais pas. Mais s’il se met à ne pas croire ce que moi je lui dis sur mon ressenti, alors, bah, la relation n’est plus d’égal à égal et plus d’humain à humain, elle est juste de médecin à objet médical. ». ” (63).

Finalement, ce modèle partenarial semble le plus approprié pour des consultations médicales respectueuses des personnes, et le chemin indispensable pour rejoindre les objectifs du système de santé : la meilleure santé, au sens large, des populations. Cependant, sa bonne mise en œuvre est tributaire du temps disponible pour les consultations de médecine générale, qui durent en moyenne 18 minutes (83), pouvant être un des facteurs principaux de sa mise en échec.

C’est dans ce sens que toutes les associations trans réclament l’autodétermination des personnes trans, comme par exemple Trans Santé France avec ses 11 propositions pour une autodétermination éclairée : “ L’association TRANS SANTÉ France considère que c’est aux personnes concernées de définir par elles-mêmes leur genre (un sujet socioculturel et non médical) et de prendre, en responsabilité et en connaissance de cause, les décisions de prise en charge médicale d’affirmation de leur genre. C’est ce que nous appelons l’Autodétermination Éclairée (AE)” (84).

Les recommandations de la WPATH de 2022 vont dans le même sens et insistent sur ce principe éthique fondamental (42), établissant le principe d’autonomie comme clé d’un accompagnement adapté aux intérêts des patient·es.

Un élément fondamental de la relation entre médecin et patient·es est la communication. Sylvie Fainzang, dans son ouvrage “*La relation médecins-malades : information et mensonge*” (85), examine les dynamiques de communication entre les médecins et les patient·es, en mettant en lumière les différents enjeux et dilemmes auxquels ils et elles sont confronté·es, en se concentrant sur les questions d’information et de mensonge. Cette approche est très éclairante dans notre contexte, car pour les personnes trans, accéder aux traitements nécessite de se présenter avec un profil médical, psychologique et social indiscutable et acceptable pour le corps médical : “les individus sont ainsi amené·e·s, ne serait-ce que par stratégie, à apprendre à se montrer conformes et respectables” (86). D’autant que les rendez-vous sont rares et l’attente peut se compter en mois notamment pour l’accès aux spécialistes. Cette adaptation affichée aux normes médicales peut alors apparaître comme une duplicité et engager les

soignant·es dans une course aux preuves de l'authenticité de la transidentité, dans sa conception binaire, comme nous avons pu le montrer ci-dessus. Sylvie Fainzang explore l'information médicale, dans un premier temps celle délivrée par les médecins, puis par les patient·es. En effet, si les médecins peuvent être amené·es à mentir à leurs patient·es, ou à ne pas divulguer toute la vérité, les patient·es peuvent également mentir ou dissimuler des informations les concernant. Que ce soit par peur d'être stigmatisé·es, par crainte des conséquences négatives potentielles d'une révélation, ou pour obtenir un traitement. Fainzang souligne que le mensonge des patient·es peut-être un indicateur de la difficulté de la relation médecin-patient·e, ainsi que des attentes et des pressions auxquelles les patient·es sont confronté·es. Elle met en évidence le besoin d'établir un environnement de confiance et de compréhension mutuelle, sécurisé, afin de favoriser une communication ouverte et honnête entre les patient·es et les médecins.

Dans sa thèse d'exercice de médecine générale, Margaux Cosne montre que parmi les 488 personnes déclarant avoir un·e médecin traitant, 15,5 % ne l'ont pas informé·e de leur transidentité. Pour autant, parmi les personnes l'ayant informé·e, seulement 2,2 % déclarent que le·la médecin n'accepte pas leur transidentité ou pensent qu'ils ou elles ne l'acceptent pas. D'après l'autrice, les personnes trans changent de médecin quand celles et ceux-ci font preuve de transphobie. De plus, elle montre bien que comme "les personnes trans doivent « convaincre » les médecins de leur capacité à entrer dans un parcours de transition médicale, pousse certaines personnes à avoir un discours stéréotypé et à dissimuler leurs difficultés, leurs inquiétudes ou la réalité de leur vécu". En effet, 38.9 % (n=137) ont répondu avoir déjà caché une information à leur médecin dans le but d'obtenir une prescription d'hormones, et parmi elles, 47,5 % ont caché un mal-être psychologique (64).

Au-delà de ce modèle de relation délibératif, le "modèle de Montréal" franchit encore une étape dans la participation des patient·es dans la prise en compte des savoirs expérientiels. En plein développement au Québec, ce modèle "s'inscrit dans un continuum d'engagement et de participation des patients qui peut s'appliquer dans l'ensemble des milieux", offrant aux patient·es la possibilité de s'impliquer dans l'ensemble des décisions qui les concernent, tant dans la formation des professionnel·les du soins, que dans la recherche, l'organisation des soins, etc (87). Cela implique de considérer les usager·ères du système de soins comme "expert[·es] de l'organisation des soins" (88).

## IV. Synthèse

### Justification de l'étude

La bonne connaissance et compréhension de ce contexte aussi riche que complexe, mêlant de nombreux acteur·ices, enjeux, disciplines, est un prérequis indispensable pour appréhender les problématiques qui y sont liées. Cette première partie, éclairant la situation actuelle des personnes trans à travers une histoire impactant le présent, et notamment les difficultés rencontrées face au système de soin, a généré la nécessité de poursuivre les études portant sur cette thématique. Pour résumer, ce besoin se justifie par les arguments suivants :

- Un cadrage des pratiques flou, invoquant sur certains points des injonctions contradictoires (voir pp 31-33)
- Une population souvent discriminée, ayant des difficultés d'accès aux soins, avec une confrontation à la possible transphobie des médecins généralistes (voir pp 37-39)
- Une population en moins bonne santé que la population générale (voir pp 37-39)
- La nécessité du médecin généraliste, au cœur des parcours de soin (voir pp 42-43)
- L'amélioration du bien-être suite à l'accès à une transition médicale et/ou chirurgicale lorsque cela est souhaité (4,64,75,89).
- L'absence d'étude questionnant les médecins généralistes sur leur rapport aux transidentités (75). À notre connaissance, seulement trois études se sont intéressées au point de vue des professionnel·les de santé. Une par questionnaire seulement au sein d'un CHU (90), une thèse d'exercice qui s'intéressait seulement aux psychiatres (91), et une thèse d'exercice interrogeant des binômes médecins généralistes - personnes suivies (seulement 5 médecins ont participé) (79). De plus, une thèse conclut sur la nécessité de réaliser une étude sur les représentations des médecins généralistes au sujet de l'accompagnement de la transition afin de compléter son travail (63).

### Positionnement situé

Pour traiter d'un sujet au cœur de débats sociaux parfois houleux, il semble nécessaire de préciser d'où vient et où se situe le regard apposé. La neutralité est parfois présentée comme inhérente à la méthode sociologique, or un regard totalement neutre n'existe pas, car tout vécu influence nécessairement tout être humain (92). Suite à ce constat, il semble qu'un prérequis au travail de déconstruction et de détachement est d'être honnête avec ce positionnement personnel.

Ce travail est né d'un parcours personnel, tout d'abord d'échanges avec des proches trans. La réflexion a ensuite été développée par la participation à des événements en lien avec les transidentités et les études de genre, des lectures, des discussions au sein de l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) avec des sociologues, et la rédaction et le dépôt de projets de recherche en lien avec les transidentités.

Ainsi, le point de vue situé est celui d'interne en santé publique, donc proche du groupe étudié (médecins), mais aussi de personne militant pour les droits des personnes LGBTQIA+. Cette position a déterminé la problématisation, la façon de mener le terrain, les choix méthodologiques et théoriques dans l'analyse des contenus.

Cette double appartenance a été facilitatrice pour certains niveaux : accès au terrain simplifié par le statut de médecin et langage partagé, mais en plus, la proximité avec la communauté trans a permis de discuter des réflexions, et d'obtenir des contacts de médecins ayant accompagné des proches.

Ce positionnement, à l'articulation de ces deux champs (la médecine de santé publique et le militantisme) a pu être une ressource pour le recrutement et l'appréhension du contexte. Mais concernant l'analyse, cette position a nécessité un travail de mise à distance, d'interrogation de ses propres partis pris et représentations. Ce cheminement s'est déroulé tout au long de l'avancée de la recherche, et a conduit à la mise en exergue des difficultés du passage d'une posture militante à celle de sociologue néophyte.

## Problématique et Objectifs de recherche

Au vu du contexte et des concepts explicités ci-dessus, ce travail interroge les pratiques des médecins généralistes en réponse aux demandes de transitions médicales de genre. L'exploration des pratiques conduit à questionner les expériences, les représentations, les rôles, les freins et les leviers liés à la confrontation aux transidentités dans le cadre du soin.

L'objectif principal de ce travail est d'explorer et d'analyser les pratiques des médecins généralistes à l'égard des patient-es trans, notamment dans la situation particulière de la demande de transition médicale de genre.

Des objectifs secondaires ont également été définis :

- Mettre en évidence les représentations des médecins généralistes sur les transidentités, que ce soit sur ces identités en elles-mêmes ou sur les parcours de transition et besoins

spécifiques en santé. On se demandera alors : comment les médecins généralistes perçoivent-ils et elles les transidentités ? Quels sont leurs préjugés et leurs connaissances sur les parcours de transition ? Quels facteurs peuvent influencer ces représentations ? Comment ces perceptions et attitudes influencent-elles la qualité des soins prodigués ?

- Identifier les freins et leviers à une prise en charge adaptée des personnes trans, c'est-à-dire jugée satisfaisante par les personnes concernées.
- Comprendre comment ces médecins construisent leur rôle professionnel et comment ils et elles négocient les défis spécifiques liés à la prise en charge des personnes trans.
- Analyser les défis et les opportunités auxquels les médecins généralistes sont confronté·es lorsqu'ils et elles soutiennent les transitions médicales de genre, comme des problématiques liées au diagnostic, à la prescriptions d'hormones, à la coordination des soins avec d'autres professionnel·les de santé spécialisé·es, ainsi que la prise en compte des besoins spécifiques en matière de santé mentale des personnes trans.

La recherche en santé publique appuyée par la sociologie de la santé offre un cadre analytique pertinent pour examiner les interactions entre les médecins généralistes et leurs patient·es trans. En tenant compte des dimensions sociales, culturelles et institutionnelles, nous pourrions étudier comment les normes de genre, les stéréotypes, les pratiques médicales et les politiques de santé influencent les interactions et les prises de décision cliniques.

# Méthodologie de l'étude

Ce travail est fondé sur une méthode qualitative, reconnue incontournable lorsqu'il s'agit d'étudier des sujets complexes ou impliquant des enjeux sociaux, d'analyser des représentations et des pratiques en tentant d'explicitier des processus de décision et leurs déterminants. Cette recherche fait suite à une première étude exploratoire réalisée dans le cadre d'un mémoire de master de sciences sociales qui s'appuyait sur cinq entretiens avec des médecins et d'une observation à la chambre disciplinaire du Conseil Régional de l'Ordre des Médecins.

## I. Entretiens

Des entretiens semi-directifs ont été réalisés, suivant la méthode décrite par Jean-Claude Kaufmann dans *L'entretien compréhensif* (92). Cette méthode ne présente pas seulement un outil de recueil de données, mais s'inscrit dans une véritable démarche de recherche : la sociologie compréhensive. Il s'agit de réaliser d'incessants allers-retours entre le terrain et la théorisation, de tester différentes hypothèses, qui seront sans cesse déconstruites et reconstruites, jusqu'à la saturation de l'analyse. L'étude présentée ici est exploratoire et donc n'a pas vocation à atteindre la saturation. En revanche, la problématique et la grille d'entretien ont été modelées tout au long de la passation des entretiens et de l'avancée de l'étude.

L'entretien compréhensif en tant qu'outil est également adéquat ici, sachant que le sujet abordé peut être délicat pour certaines personnes, que la majorité des professionnel·les ne sont pas formé·es à ces questions, et qu'on s'attend à mettre en évidence des propos transphobes plus ou moins conscients. On parle de "transphobie ordinaire" lorsque des actes sont considérés transphobes par les personnes concernées mais non reconnus comme tels par les acteur·rices, comme par exemple le recours à des questions intrusives, le mégenrage, etc (93). La méthode exposée par Kaufmann préconise de valoriser les discours, aller dans le sens des enquêté·es, dans le but de maximiser les chances de délier les langues et de faire émerger des propos qui pourraient être retenus.

Comme le recommande Kaufmann, l'informateur·rice est considéré·e comme producteur·rice actif·ve de social, dépositaire de savoirs importants, à saisir de l'intérieur par le biais du système de valeur de l'individu, ce qu'il nomme intropathie. L'objectif est de sortir des généralités qui donnent l'illusion d'une communication parfaite (politesse et refus de s'engager) et d'entrer en sympathie avec l'informateur·rice tout en saisissant ses structures intellectuelles. Finalement,

l'engagement de l'enquêteur·rice entraîne l'engagement de l'enquêté·e, c'est ce qu'on appelle l'engagement réciproque, qu'il faut enclencher le plus vite possible.

## II. Critères d'inclusion et recrutement

Les critères d'inclusion à cette étude étaient les suivants :

- être médecin généraliste ou interne en médecine générale
- exercer ou avoir exercé sur le territoire français
- être majeur·e et avoir donné son consentement oral ou écrit pour participer.

Quatre des cinq entretiens réalisés pour le mémoire de master ont été réutilisés ici, et un a été évincé car l'enquêté était un chirurgien siégeant au conseil de l'ordre, ne respectant donc pas les critères d'inclusion.

Une attention particulière a été portée sur la constitution d'un panel aux profils aussi variés que possible (94), en termes de genre, d'expérience (durée d'exercice de la médecine et expériences de prises en charge de personnes trans), de lieu d'exercice (urbain, semi-rural, rural) et de génération. La méthode de recrutement a été l'interconnaissance, le bouche à oreille (prémisse de méthode "boule de neige") (95), la sollicitation via un canal du ReST (Réseau Santé Trans), ou via la CPTS 21 avec un post sur la page Facebook. Présentant un possible biais de sélection, une autre méthode a été utilisée dans le but de recruter spécifiquement des médecins défavorables aux transitions médicales de genre ou portant des représentations négatives sur les transidentités. Ainsi, les médecins associé·es à des commentaires de personnes trans relatant des expériences négatives sur les listes tenues par les associations ont été spécifiquement contacté·es. Malheureusement, cette méthode n'a abouti à aucun recrutement pour l'étude.

Les différent·es participant·es ont été sollicité·es par mail ou par message entre les mois de décembre 2022 et août 2023. Ils et elles connaissaient la thématique de l'étude, à savoir les prises en charges par les médecins généralistes des personnes trans, ainsi que son contexte, s'inscrivant dans le cadre d'un mémoire de master 1 de Sciences Sociales pour les 4 premiers, et d'une thèse d'exercice en Santé Publique pour toutes et tous.

### III. Grille d'entretien

Une première grille d'entretien a été créée pour le premier entretien qui se voulait exploratoire. Celui-ci était réalisé avec une médecin fortement impliquée auprès des personnes trans et très au fait des problématiques et enjeux actuels, les questions étaient alors très larges, vouées à se laisser guider par l'informatrice.

Ensuite, une grille très complète a pu être élaborée pour les entretiens suivants, suivant les recommandations de Jean-Claude Kaufmann. Celle-ci a été pensée pour couvrir toutes les particularités dérivées de la diversité des profils, notamment s'il s'agissait de médecins ayant déjà été confronté·es à des demandes de transitions de genre (questions sur les pratiques vécues, expérimentées) ou non (questions sur une projection de pratiques). Il s'agissait ensuite de choisir les thèmes ou sous-thèmes abordés en fonction des discours des personnes, ainsi que du temps disponible.

À chaque thème correspondait une première question la plus large possible, puis des relances ou l'abord de spécificités sous-thématiques prenaient la forme de questions ouvertes, claires et précises.

### IV. Déroulé des entretiens

Trois entretiens se sont déroulés par téléphone, quatre par appel vidéo, deux au cabinet de médecine générale, deux dans un endroit neutre. Ils ont duré entre 32 minutes et 90 minutes (moyenne de 54 minutes), et ont toujours débuté par le recueil du consentement oral pour les quatre premier·ères informateur·ices et écrits pour toutes et tous les autres. Le temps disponible était demandé pour prioriser les thèmes abordés. Les entretiens ont été enregistrés sur un dictaphone vocal numérique, puis retranscrits intégralement, c'est-à-dire que la totalité des paroles des participant·es ont été écrites, en conservant les pauses, les hésitations et les émotions exprimées, notées entre parenthèses. Quand cela était nécessaire à la compréhension, des précisions entre crochets ont été ajoutées. La plupart des verbatims sont associés à la personne l'ayant prononcé, en précisant entre parenthèses à la fin de la citation le numéro de l'entretien (par exemple : (E1)). Toutefois, certains verbatims sont anonymisés afin de préserver l'anonymat : lorsque pour sa bonne compréhension le verbatim contient des éléments permettant d'identifier la ville concernée, que le discours était dénonciateur ou accusateur, ou que l'enquêté·e demandait explicitement que certains propos soient anonymisés. De plus, tous les mots permettant d'identifier les enquêté·es ont été remplacés par la catégorie de mot

correspondant, entre des astérisques (par exemple : \*ville\*, \*nom\*, etc). Enfin, les enregistrements audios ont été définitivement supprimés, conformément à la méthodologie de référence MR004 de la CNIL (96). La déclaration de conformité de l'université de Bourgogne à cette méthodologie est enregistrée auprès de la CNIL au numéro 2225430.

## V. Méthode d'analyse

L'analyse des entretiens répond à la technique de l'analyse thématique de contenu. Cette méthode permet d'identifier, de catégoriser et de comprendre les différents thèmes ou sujets abordés dans les entretiens, afin de dégager des patterns et des significations. Les premières lectures des entretiens ont ainsi permis de bien s'en imprégner afin de développer une compréhension globale des idées exprimées, mais surtout de réaliser un travail systématique de synthèse des propos et de regroupement en catégories ou sous-thèmes. Un tableau a ainsi été conçu grâce à l'outil Excel, regroupant tous les sous-thèmes émergeant de chaque entretien en ligne, et les organisant en thématiques cohérentes et significatives. Chaque ligne était illustrée dans les cases en colonne avec les idées majeures accompagnées de verbatims, avec une colonne par entretien. Garder des colonnes distinctes pour chaque entretien était primordial étant donné que les discours pouvaient être très différents en fonction du profil de la personne répondant et que cette information ne devait pas être perdue car elle pouvait être explicative.

Cette approche systématique a facilité l'organisation et l'interprétation des résultats et a permis de mettre en évidence des similarités, des différences et des schémas récurrents dans les discours des participant-es, matérialisée dans la dernière étape de rédaction à partir de ce tableau. La phase de rédaction a débuté par des copies, thèmes par thèmes, qui ont été classés au fur et à mesure en sous-parties. Enfin, il restait inéluctablement la phase de rédaction en elle-même, à partir des verbatims et premiers commentaires associés dans le tableau. Tout au long de ce processus, de nombreux remaniements ont été nécessaires, comme des modifications des catégories, de leurs noms, de leurs places dans l'arborescence, et de leurs contenus.

# Résultats

## I. Caractéristiques de participant·es aux entretiens

Les caractéristiques principales des médecins ayant participé aux entretiens sont présentées dans le tableau 3. La diversité des profils visée a bien été respectée pour la majorité des caractéristiques, hormis pour l'âge. En effet, la majorité des répondant·es ont entre 25 et 35 ans (7/11), et une seule a plus de 45 ans. Concernant le genre, quatre sont des femmes cisgenres, six des hommes cisgenres, une personne Gender-Fuck. Les enquêté·es exercent plus souvent en milieu urbain, même si la taille des villes est très variable. La quasi-totalité des répondant·es sont blanc·hes.

Le rapport aux transidentités était par ailleurs diversifié, permettant de répartir les participant·es en deux groupes : celles et ceux qui accompagnent beaucoup de personnes trans (n=5), et celles et ceux qui n'en ont que très peu ou jamais rencontrées (n=5). Un enquêté pourrait se trouver entre les deux, sensibilisé aux enjeux des personnes trans par des proches concernés et réalisant sa thèse sur la thématique mais n'ayant pas encore rencontré de personne trans dans sa pratique professionnelle.

Tableau 3 : Caractéristiques des informateur·rices

N°	Genre	Lieu / type d'exercice	Tranche d'âge (en années)	Rapport aux transidentités*	Mode de recrutement	Temps entretien (min)
1	F	Cabinet libéral <i>Urbain</i>	35-45	+++	Médecin d'un·e proche trans	42
2	F	Cabinet libéral <i>Rural</i>	25-35	0	Interconnaissance	45
3	H	Remplaçant en TOM <sup>20</sup>	25-35	+ <sup>21</sup>	Via informatrice n°2	55
4	H	Cabinet libéral <i>Périurbain</i>	45-55	+ <sup>22</sup>	Médecin d'un proche trans	42
5	H	Interne	25-35	+ <sup>23</sup>	Via association	32

<sup>20</sup> Territoire d'Outre-Mer

<sup>21</sup> Rencontre de deux personnes trans pendant l'internat

<sup>22</sup> Une personne trans accompagnée dans sa transition médicale de genre

<sup>23</sup> Proches trans, Thèse d'exercice à propos des transidentités

<b>6</b>	Gender Fuck	Cabinet libéral <i>Urbain</i>	35-45	+++	Évènement concernant la recherche sur le genre	90
<b>7</b>	H	Interne	25-35	0	Connaissance	62
<b>8</b>	F	Maison de santé <i>Rural</i> DMG	25-35	++ <sup>24</sup>	Via informateur n°7	64
<b>9</b>	F	Cabinet libéral <i>Urbain</i> DMG	35-45	++	ReST	60
<b>10</b>	H	Centre de santé d'approche communautaire (LGBTQIA+ et TDS <sup>25</sup> ) <i>Urbain</i> DMG	25-35	+++	ReST	69
<b>11</b>	H	Cabinet <i>Urbain</i>	25-35	+	CPTS 21	32

\* 0 : l'enquêté·e n'a jamais rencontré de personnes trans (professionnellement ou personnellement)

+ : connaissances de quelques personnes trans (voire détails en notes de bas de page)

++ : suivi entre 20 et 50 personnes trans

+++ : plus de 50 personnes trans suivies

<sup>24</sup> Une personne trans suivie depuis 2 ans, thèse d'exercice à propos des transidentités

<sup>25</sup> Travail du Sexe

## II. Représentations des personnes trans et de leurs pratiques

### Manque de connaissance mais discours à priori non jugeant

Les médecins n'ayant pas ou ayant peu été confronté·es aux transidentités étaient très souvent sur la réserve quand il s'agissait de définir les transidentités. À la question “c'est quoi pour vous les transidentités ?”, un·e médecin·e répond que “*C'est trop dur ce genre de question j'ai toujours peur de dire une connerie (rires)*” (E2). Le lexique du doute, de l'hésitation, de la supposition a été utilisé à maintes reprises par la majorité de ces enquêté·es : “*j'imagine que*”, “*je sais pas, je pense que*”, “*à mon avis, à mon sens*”, “*peut-être que*”, “*si j'ai bien compris*”, “*je te dis j'ai peut-être des fausses idées sur la question hein*”, “*c'est que mes idées à moi, peut-être que c'est complètement faux*”, etc. Un·e médecin·e précise que, n'ayant pas reçu de formation sur cette thématique, il·elle répond à la question “*au niveau de tout le monde*” (E4), et non en tant que médecin. Un·e médecin·e se raccroche quant à elle à ce qui est connu, pour en faire des déductions. Par exemple, pour savoir si les personnes non binaires appartiennent bien au groupe des personnes trans, elle se réfère à l'étymologie : “*si on prend j'imagine la racine étymologique de transidentité, ça veut dire qu'on n'est pas dans la bonne case non plus, donc peut-être que oui ça rentre*” (E2).

Leurs représentations viennent souvent en premier lieu des médias généralistes :

*“En général, c'est plutôt dans les médias, dans les journaux un peu généralistes comme Le Monde par exemple, mais dans les médias médicaux, j'en vois jamais parler, après je m'en sers pas énormément, mais je regarde juste sur Le Quotidien du médecin éventuellement et... je crois pas avoir vraiment vu de sujets là-dessus en fait. Sinon c'est beaucoup le côté divertissement, je sais pas, le cinéma, beaucoup le cinéma en fait ou les séries... Qui m'ont sensibilisée en fait à la question”* (E7)

*“la première fois où je me suis rendu compte de l'impact, c'était dans la série Hippocrate, il me semble”* (E9)

Autrement, plusieurs médecins interrogé·es ont précisé ne pas avoir à juger les demandes des personnes trans, les décisions qui les concernent ne tenant qu'à leurs choix personnels :

*“ils sont maîtres de leur vie. Ils font ce qu'ils veulent hein. Franchement heu... voilà, ils font ce qu'ils veulent.”* (E11)

Un enquêté justifie même cette posture avec sa position de personne cis-genre :

*“C'est un peu difficile parce que moi-même, dans ma posture, en tant que cis : d'un côté, je ne me sentirais pas trop à l'aise pour dire... pour juger sa volonté.” (E5)*

De la même manière, concernant la notion de binarité, même si les médecins interrogé·es ne maîtrisent pas très bien ce concept, ils et elles finissent par révéler que cela ne change pas leur approche. Dans leur première définition des transidentités, presque tous et toutes les enquêté·es ont soulevé spontanément la question de la binarité de genre, souvent vue comme un spectre, un gradient, sur lequel on peut se positionner à n'importe quel endroit ou bien même totalement en dehors, en laissant la possibilité de changer au cours du temps :

*“ [...] après, ben il doit y avoir plein de gradients entre des gens qui... j'ai entendu des gens qui se disent par exemple pas sexué ou non binaire c'est ça... enfin des gens qui veulent pas se définir et puis des gens qui se définissent comme l'opposé de ce qu'on avait défini pour eux au début quoi.” (E4)*

Une enquêtée donne un exemple de personne trans binaire et précise *“si on veut être binaire” (E2)*. Cette perception rejoint en effet une position défendue par les personnes trans et les associations, de pouvoir s'autodéterminer dans la binarité ou en dehors de celle-ci. Au vu de ces quelques entretiens, aucune différence de jugement ou représentation n'a pu être mise en évidence concernant les personnes trans binaires ou non-binaires :

*“comme on se base sur les attentes de la personne, eh bien j'ai envie de dire, même si ... eh bien c'est elle qui va te dire si c'est suffisant ou pas suffisant, donc j'ai envie de dire qu'elle soit non binaire ou trans finalement ça ne change rien, elle s'arrêtera là où elle voudra s'arrêter. Je le vois comme ça en fait.” (E9)*

Ainsi, il est apparu que la plupart des médecins reconnaissent la diversité des parcours de transitions des personnes trans. On peut cependant questionner ce résultat avec le biais de désirabilité sociale, conduisant les individus à ne montrer que leur facette la plus socialement acceptable : cela peut avoir lissé les discours (97). Tous·tes les médecins interrogé·es ont manifesté que les demandes de transitions médicales relèvent d'un choix personnel et donc ne concernent pas toutes les personnes trans, bien qu'il ait été mentionné que cela devait quand même en concerner *“une grande partie”*. Or, d'après la comparaison des chiffres des enquêtes exploratoires en population générale avec ceux des services de soin, une très faible part des personnes s'auto-déclarant trans accède à des transitions médicales (13).

*“il n’y a pas toujours un désir de transformation physique [...] En fait il doit y avoir autant de demandes que de personnes [...] je pense que le traitement hormonal ça touche une grande partie des personnes trans parce qu’il y a quand même un réel désir de changement” (E2)*

Le rapport HAS de 2009 (38), qui sert encore de socle de référence pour nombre de médecins en France, préconise que ces prises en charge suivent un parcours avec des étapes obligatoires (voir p 22 à 24), une approche extrêmement critiquée par les associations trans. Cette vision n’a pas été retrouvée parmi les médecins interrogés, l’un d’eux indique à propos de la transidentité : *“ça n’a rien à voir avec un stade, enfin c’est pas gradué quoi, c’est pas une échelle (rires)” (E2)*. De la même manière, concernant le fait d’arrêter la prise d’hormones (qui est pourtant présentée médicalement comme un “traitement à vie”) :

*“c’est un choix très personnel. C’est-à-dire que si c’était important pour lui au moment où il a commencé et que c’était comme ça qu’il fallait qu’il passe à l’étape suivante, ce n’était pas incohérent” (E3)*.

La notion d’étape se réfère ici davantage aux étapes de la vie - associées au cheminement dans son rapport à la transidentité - plutôt qu’à une étape obligatoire de parcours médical.

Les parcours sont majoritairement considérés comme longs, coûteux (sur les plans psychologique et économique), fastidieux, expliquant en partie que tout le monde n’entame pas de transition médicale.

*“Dans les articles que j’avais lus, la plupart des gens ne font pas de transition hormonale ou chirurgicale, de ce que j’en ai compris. Et ça ne me surprend pas, parce que ce sont des parcours méga lourds, peut être que ça coûte de l’argent” (E3)*

*“c’est un parcours qui est long [...] c’est pas facile [...] je crois qu’il faut prouver un certain nombre de trucs enfin juste aberrant (concernant le changement d’état civil) [...] d’un point de vue médical t’as quand même beaucoup d’évaluation psychologique, t’as un suivi, notamment si tu veux aller à l’opération, donc t’as un sacré suivi quand même avant l’intervention, je me demande s’il n’y a pas 1 an de suivi un truc comme ça quand même, donc c’est assez long je pense” (E2)*

La complexité du parcours de transition apporte pour certain·es la preuve que les demandes sont justifiées, et donc que la transidentité est “vraie” et pas sous l’influence de “la mode”.

*“Il n’y gagne rien, il ne va pas gagner d’argent avec ça, ça coûterait plutôt de l’argent. Y a pas beaucoup...enfin c’est plutôt des traitements, à mon avis, pas très faciles à suivre, donc il y a pas de raison qu’il le fasse par gaieté de cœur” (E4).*

Par ailleurs, des médecins notent la particularité de certaines demandes, notamment des mélanges de différentes hormones, des modifications de posologies très fréquentes, des alternances entre augmentations et diminutions de doses. Ces pratiques sont rapportées au fait d’être une personne non-binaire.

*“la personne-là qui me demande un peu des salades ... enfin des associations de traitement bizarres, à diminuer, à chaque fois augmenter, enfin voilà ... c’est beaucoup moins carré pour moi, je pense aussi moins carré dans sa tête, mais sans jugement hein” (E9)*

Les médecins vont souvent laisser une certaine autonomie aux personnes pour l’adaptation des posologies hormonales, et la partie “L’accompagnement par les associations et les personnes concernées” permettra d’approfondir les mécanismes à l’œuvre dans cette manœuvre accordée aux personnes trans.

## Recherche d’explications aux transidentités

Certain·es médecins manifestent un besoin de compréhension, avec un souhait d’attribuer une “origine” aux transidentités, d’expliquer leur survenue, en faisant appel à divers registres. Ce besoin a pu être repéré dans les premières phrases de réponses à la question relative à la définition des transidentités, ou dans des propos spontanés, distinguant la part d’inné et d’acquis ou se rapportant à la biologie. Ces réflexions peuvent être justifiées par le fait d’être médecin :

*“C’est vrai qu’en tant que médecin on se dit « Bah tiens, voilà, est-ce que c’est plutôt génétique ou éducatif ? » [...] en tant que médecin, j’ai envie d’y coller du génétique hein, mais en fait j’en sais foutrement rien” (E4).*

*“ [...] avec le développement du cerveau et le cerveau qui va vite [...]” (en parlant de la période de l’adolescence) (E3).*

Un médecin témoigne « avoir besoin d’une explication médicale, scientifique » questionnant jusqu’à l’existence des transidentités et des personnes trans elles-mêmes :

*“Après je pense qu’il doit y en avoir des vrais, tu vois comme tout, parce qu’on ne sait pas tout quoi dans la médecine. On ne sait pas tout, jusqu’au jour où on trouvera peut-être la cause [...] dans la médecine on ne sait pas tout, on découvre plein de choses au*

*fur et à mesure du temps... donc un jour, peut-être qu'on découvrira que... il y a peut-être un changement... peut-être... hormonal et que ce changement hormonal fait que ben, ils se ressentent plus hommes que femmes.” (E11)*

En outre, l'énoncé *“on n'est pas dans le bon corps” (E2)* est employé. Miquel Missé, sociologue trans espagnol, compare ce discours à un mythe, diffusé notamment par les discours médicaux, auquel le marché a une réponse à apporter par le changement corporel (hormones et chirurgie). Selon lui, ce mythe largement véhiculé *“empêche de penser au poids des normes sociales”*. En opposition, il cherche à *“construire, sur des bases non essentialistes, qui ne soient pas biologiques et qui ne reposent pas sur l'inné, un autre récit sur l'identité trans”*. (98)

Dans cette volonté explicative, les médecins ont pu user de la comparaison avec l'orientation sexuelle. En parlant de l'homosexualité : *“Il y a sûrement des facteurs influençant par l'éducation, mais moi je crois pas, c'est pas mon avis en tout cas. Donc le transgenre je pense que j'y attribue la même chose, probablement quelque chose qui ressemble” (E4)*. Un médecin reconnaît qu'à une époque, il aurait pensé que l'identité de genre était directement liée à l'identité sexuelle, mais ses représentations ont sensiblement évolué :

*“Ça fait plus longtemps qu'on entend parler des LGBT mais en restant plutôt sur le versant attirance sexuelle, alors que le côté transidentitaire, c'est quelque chose de plus récent. Et c'est vrai qu'avant j'aurais peut-être mis un peu dans le même panier, alors que maintenant c'est plutôt dans mon esprit deux sujets différents. Même si intimement liés dans de nombreuses situations.” (E3)*

Cependant, la distinction avec l'orientation sexuelle est bien marquée, même si les interrogé·es usent beaucoup de cette comparaison, notamment quand ils et elles n'ont jamais rencontré de personnes trans, leur permettant de s'appuyer sur des situations vécues et connues. On retrouve l'idée véhiculée d'une communauté LGBTI semblable, homogène, étant *“dans le même panier” (E3)*. Cet amalgame peut s'analyser sous le prisme de la déviance, dans une société fondée sur des normes hétérosexuelles et cisgenres, comme nous l'avons abordé dans la première partie. Les personnes non hétérosexuelles et non cis-genres sont liées par leurs déviances. Monique Wittig dans *“La pensée straight” (99)* montre bien le lien qui unit ces deux types de normes. Dans un premier temps, elle conceptualise le *“système politique hétérosexuel”*, comme fonctionnement social fondé sur la division binaire et sexuée des êtres humains (selon des critères biologiques, permettant au passage de naturaliser cette idéologie), qui implique une division binaire sociale, avec des rôles sociaux distincts et prédéfinis et une orientation obligatoirement hétérosexuelle. Elle explique que le genre est construit dans le

regard du sexe opposé, et conclut donc que “la-femme”<sup>26</sup> n’a de sens que dans le système de pensée et le système économique hétérosexuel où le masculin est dominant. Les lesbiennes “ne sont pas des femmes”, car elles échappent au regard des hommes validant leur identité (de femmes). De plus, il semble que l’amalgame opéré entre identité de genre et orientation sexuelle par les professionnel·les est aussi dû à la méconnaissance des luttes des personnes subissant des discriminations, qui sont amené·es à se regrouper dans la cause LGBTQI+, pour affronter en allié·es un système de normes regroupant sexes, genres et sexualités (100).

Les questionnements sur l’origine des transidentités mènent souvent à l’idée selon laquelle les transidentités se manifestent dès le plus jeune âge :

*“J’ai quand même l’impression que c’est peut-être pas inné mais que ça arrive très très tôt puisqu’on entend des enfants de 7, 8 ans, donc avant l’imprégnation hormonale sexuée importante de l’adolescence, qui déjà expriment des différences sur leur vision de ça donc ça doit être très tôt” (E4)*

En effet, les personnes interrogées, notamment celles qui côtoient le moins les personnes trans, ont évoqué le fait que pour elles, les questions relatives à la transidentité émergent tôt dans l’enfance puis se développent progressivement : *“pour moi ça fait partie un peu du développement de la petite enfance” (E3)*. Ce propos a été également nuancé avec l’idée que si tout le monde n’est pas amené à remettre en question son identité de genre, les questions sur son rapport au genre, *“on se les pose tous à un moment donné” (E3)*, par exemple avec la prise de conscience de son appartenance à un groupe selon le genre assigné.

La période de l’adolescence, en tant que moment propice à *“se poser plein de questions sur la vie, et notamment sur qui on est, qu’est-ce qu’on est, et puis en fait comment on se définit soi-même, et puis comment la société définit les gens et comment on rentre plus ou moins dans un profil” (E3)*, est présentée comme cruciale dans le renforcement de ces interrogations. Des enquêté·es déclarent que les personnes consultant un·e médecin pour accéder à une transition de genre poursuivent ces réflexions *“depuis longtemps” (E1)*.

Le cheminement des personnes trans est présenté en deux situations opposées. Un cas de figure simple, *“une évidence depuis l’enfance”*, et un plus compliqué, celui de la personne *“mal à l’aise”* mais ne comprenant pas l’origine de ses souffrances, découvrant ensuite les transidentités et réalisant être concernée (E1). Nous reviendrons sur l’importance de la notion

---

<sup>26</sup> Expression utilisée par l’auteurice pour dénoncer l’injonction pour les femmes à répondre à tous les critères stéréotypés de “la femme parfaite”, bien entendu cis-genre et hétérosexuelle, entre autres.

de durée de ressenti de transidentité pour justifier l'accès aux soins dans la partie "La permanence de la réflexion".

En outre, l'appartenance ou non au champ de la pathologie est souvent discutée, avec des avis divergents. On identifie à travers l'âge des enquêtés un possible effet générationnel dans cette réflexion.

Une enquêtée se reprend après avoir utilisé le terme "*sous-diagnostiqué*" pour évoquer le nombre de personnes concernées et le remplace par "*sous-représenté*" (E2), et un médecin précise : "*moi je trouve pas ça une maladie, c'est pas... il y a rien de grave, ou quoi que ce soit...*" (E11). Un autre aborde le sujet au cours de l'entretien :

*"c'est une pathologie au sens où c'est une souffrance pour le patient [...] au point où il est prêt à subir des choses quand même pas drôles je suppose hein ? Les traitements hormonaux c'est pas toujours facile. Je transfère par rapport à ce que je connais d'autres traitements hormonaux. La chirurgie, bah c'est quand même sûrement lourd, il doit y avoir des inquiétudes, des angoisses et il en est à ça pour... donc oui. Oui c'est une pathologie, donc à partir du moment c'est une pathologie, c'est normal qu'il soit remboursé"* (E4)

Ce témoignage reflète un point de vue sous-jacent, potentiellement partagé par le plus grand nombre : pour être remboursé, un acte médical doit être lié à une pathologie.

Le lien avec la santé mentale peut également être fait. Le mal-être (présupposé) de la personne trans est alors interprété en tant que conséquence négative de la transidentité :

*"ils ne peuvent pas être bien, comme ils ne sont pas bien dans leur corps ils ne peuvent pas être bien dans leur tête"* (E2)

*"C'est des personnes qui se sentent pas forcément bien dans leur peau, dans la société"* (E3).

Cependant, ces tentatives d'accroches aux registres biologiques, médicaux, pathologiques, accompagnées des réflexions sur le moment de l'émergence des questionnements sur l'identité de genre ne font pas l'objet d'échanges avec les personnes concernées :

*"c'est des choses qui m'intéresseraient (trouver une explication), mais c'est des choses dont on serait pas allé poser la question, comme dans la sexualité comme ça, en tant que médecin, je serais intéressé de savoir. Pourquoi les gens sont homosexuels ? Mais ça braque vite, donc je me permettrais pas de poser la moindre question parce qu'ils*

*auraient l'impression que je veux les juger ou les changer ou les guérir. Moi, j'ai aucune de ces intentions. [...] je suis pas là pour assouvir une curiosité (en disant ne pas demander à ses patient.es homosexuel-les d'où ça vient) [...] je pense que ça doit pas être évident de faire des.. des études, facilement sur ça, sans braquer les gens" (E4)*

On voit également ici se dessiner des présupposés sur les manières de réagir des personnes trans, qui seraient fréquemment sur la défensive. Dans ce sens, un enquêté révèle, à propos d'une situation dans laquelle il s'est excusé auprès d'une personne pour l'avoir mégenrée : *"Il n'y avait pas d'animosité, a priori, ou de déception comme a priori il peut y avoir dans pas mal de situations dans les articles que j'avais eu l'occasion de lire."* (E3)

Lucile Girard Monneron, docteure en éthique médicale, dira à ce sujet : *"Au regard de cette prise en charge particulière, il est important, en tant que soignant, de prendre en compte la dimension de l'incompréhensible qui est en nous afin de ne pas faire porter à la personne notre part de jugement [...]. À trop chercher l'explication objective de l'état de la personne trans, ainsi que sa demande de soin, on la force à l'auto-justification et à chercher des discours « convaincants » qui s'éloignent de sa propre histoire. Il y a alors dans cette relation une atteinte au respect de l'autre dans son discours."* (101).

## Regards sur les représentations sociales des transidentités

Au cours des entretiens, les médecins ont pu s'exprimer sur leur vision des représentations sociales sur les transidentités.

La première idée avancée stipule que les médecins sont aussi *"comme tout le monde"*, *"tous pareil à juger"* (E4), et donc ayant des pensées directement liées aux représentations sociales, même si l'accès à une formation pourrait permettre de s'en détacher :

*"Les médecins sont des gens comme tout le monde quoi donc en fait ils... sauf si on leur en parle pendant la formation, les informations qu'il ont c'est les idées reçues de tout le monde, les fantasmes, les on-dits, les voilà, comme tout le monde quoi [...] la reconnaissance sociale qui est la même chez les médecins que chez les autres heu, que chez les personnes lambda" (E1)*

Dans ces représentations sociales de sens commun, les transidentités sont présentées comme inquiétantes :

*"en ce moment il y a beaucoup de débats, de discussions avec des gens qui sont quand même assez offensifs contre la question des prescriptions chez les mineurs [...] ça reste*

*quelque chose qui reste quand même un peu heu... un peu inquiétant pour pas mal de gens je pense” (E1)*

Les rapports entre jeunes peuvent, dans cette perspective, accentuer les difficultés d'acceptation de la transidentité. La période de l'adolescence est représentée comme une période de confrontation aux regards d'autrui qui tend à être douloureuse, ou du moins pénible, et qui obligerait à l'adoption d'un certain conformisme :

*“sociétalement parlant c'est peut-être pas la chose la plus simple à accepter, surtout avec des jeunes qui sont des fois pas très tendres entre eux, comme je pense on l'a beaucoup été” (E3)*

Même si un autre enquêté vante justement les mérites d'une jeune génération plus ouverte :

*“c'est une qualité de la jeunesse d'être beaucoup plus tolérante que nous” (E4)*

Face à des adolescent·es ayant un niveau de conscientisation élevé, les médecins les plus réceptifs aux remises en question du genre assigné envisagent que le travail de sensibilisation doive s'opérer envers les parents, qui tendent à se montrer plus réticents. Il faudra alors aussi prendre en compte les trajectoires, les contextes sociaux, etc. pour entendre aussi les résistances des parents :

*“ [...] vu que dans la société c'est en train d'évoluer. Par exemple, les personnes trans sont de plus en plus médiatisées etc. Donc en fait, les jeunes, très jeunes la plupart, quand je recevais des ados trans, à chaque fois, c'était hyper drôle parce que le problème, c'était les parents. Mais dans le sens où je discutais avec les ados et j'étais là, « bon ok, là on a un niveau de conscientisation et de politisation qui est équivalent à, je sais pas, celui d'une personne de trente-cinq ans ». Et puis derrière y a les parents qui ramaient. Du coup j'étais là « Bon ok le souci c'est faut éduquer les parents, allez, on y va. »” (E6)*

En effet, l'ouverture aux enjeux des transidentités a été à maintes reprises attachée à un effet générationnel, permettant à certain·es de ne pas se sentir concerné·es par ces prises en charge.

Une médecin engagée dans les soins des personnes trans définit sa pratique en opposition aux “vieux croonies”, à ceux qui ne sont “pas les plus progressistes” (E1).

La maîtresse de stage d'un enquêté “au final a conclu que c'est peut-être quelque chose de générationnel donc elle s'y intéressait pas trop, elle se sentait pas trop à l'aise” (E5). Une médecin raconte que ses confrères et consoeurs exerçant dans son secteur sont “plutôt des vieux

*médecins en fin de carrière, je me plante peut-être, mais je pense que c'est des médecins qui n'y connaissent rien et qui ne sont pas du tout formés à ces questions” (E8).*

*“il y a des médecins, je pense, qui à mon avis ne veulent pas entendre parler... ils les envoient un peu... Je pense que, à mon avis, ça existe ! Ça existe. Surtout chez les vieux médecins je pense.” (E11)*

La même remarque a été formulée concernant les spécialistes, notamment les psychiatres : *“Les pédopsychiatres de \*ville\* ont l'air d'être assez vieille école [...] encore à faire de la vieille psychanalyse” (E5).* Il est sous-entendu ici que la *“vieille école”* correspond à une approche pathologisante des transidentités.

Autrement, une différence entre le milieu urbain et rural a été évoquée, quand un médecin explique le fait de n'avoir jamais reçu de personne trans dans sa patientèle ni d'en avoir rencontré dans sa vie personnelle par sa situation géographique dans *“un tout petit bled”*, où il y aurait *“beaucoup de tabous autour de ça et de non-dit”*, ajoutant que selon elle, *“c'est plus facile dans une grande ville d'en parler que dans un petit patelin où tout le monde se connaît” (E2).*

Malgré tout, une évolution certaine et *“positive”* des représentations sociales des transidentités est amplement notée par ces médecins : *“les gens sont de plus en plus ouverts” (E2).* Un médecin observe que ses propres représentations ont évolué avec les représentations sociales :

*“[...] à l'époque qu'on voulait pas le voir, que ça nous mettait mal à l'aise, et c'est possible, hein. Moi, mon attitude par rapport à la sexualité et l'homosexualité par exemple (parce que transgenre c'est arrivé il y a peu de temps, mais dans ma vie, j'entends) a changé, c'est-à-dire quand j'étais beaucoup plus jeune j'avais dans l'idée qu'il fallait être tolérant, pas les embêter. Mais j'avais dans l'idée que c'était quand même pas normal. Qu'est-ce que je mettais derrière le mot normal à l'époque, j'en savais rien. Je savais pas, mais pour moi, c'était quand même pas la nature. Et puis bah maintenant je me dis mais soigner un infarctus, c'est pas la nature non plus, hein ? Le mot nature, il n'y a rien derrière” (E4)*

Il explique son changement d'opinion grâce au fait *“de voir, de rencontrer et de fréquenter des homosexuels” (E4).*

Aussi, les médecins rapprochent l'augmentation de la visibilité trans à des *“questionnements récents” (E3)*, *“de plus en plus connus” (E1)*, et supposent que cela peut conduire à une augmentation des demandes de transitions de genre, augmentation qui les conduirait à être de

plus en plus sollicité·es. Ils et elles connectent directement la demande sociale de transition à une médicalisation des parcours, qui les impliqueraient en tant que médecins :

*“je pense que c’est des situations qui vont être de plus en plus fréquentes et courantes, aussi parce que la parole se libère, et que bah tu vois c’est des sujets qu’on n’entendait pas parler il y a 10 ans en fait tout simplement. Enfin moi quand j’étais au lycée la transidentité, bah je savais pas ce que c’était et j’entendais personne en parler, et maintenant c’est un sujet hyper fréquent et t’en entends parler, donc on va être amené de plus en plus à avoir des patients avec ce genre de demande” (E2)*

Cependant, il a été formulé que cela reste marginal : *“des choses qui sont pas les plus courantes, mais qui sont peut-être plus fréquentes qu’à une époque et qui ont un impact fort” (E3).*

À l’instar des discours dominants, la constitution d’un phénomène de *“mode LGBTI”* a pu être évoquée, en questionnant la part d’influence par les pair·es, tout en s’interrogeant sur l’inconvenance de ces discours.

*“on en discute un peu, même entre co-internes, qu’il y a peut-être une partie phénomène de mode. Je sais pas si c’est bien de dire ce genre d’expression, mais pour tout te dire, c’est ce qui me vient à l’esprit, là” (E3)*

*“comme il y a un phénomène actuellement de....de... on en parle beaucoup plus... donc il y a un phénomène de mode, donc il y a des gens qui sont vraiment dans ces démarches-là. (Il donne l’exemple de filles de 17 ans qui se revendiquent bisexuelles alors qu’elles n’ont jamais eu de rapport sexuel ni avec filles ni avec garçon) [...] c’est pas pour minorer le fait qu’il y a des personnes qui ont des convictions et qui savent. C’est pour dire, il y avait aussi un phénomène pour la jeunesse de vouloir banaliser ça, accepter ça et donc quasiment le revendiquer [...] j’exagère un peu parce que je pense pas qu’à ce stade là, ça puisse être un phénomène de mode”. (E4)*

Ici encore, l’argument de la mode permettrait de départir les *“vraies”* personnes trans des *“fausses”*, autrement dit celles qui sont influencées par leurs pair·es :

*“je pense qu’il y a un effet sociologique via les réseaux sociaux, via plein de choses. Mais ça existe vraiment. Je pense qu’à mon avis ça existe les transgenres, je pense qu’il y a vraiment des vrais [...] Je pense qu’il y a des gens qui sont vraiment transgenres mais y a des phénomènes... je pense que c’est un phénomène sociologique, y a des gens peut-être qui tombent dedans mais qui peut-être, qui n’auraient peut-être pas dû tomber dedans.” (E11)*

Ainsi, pour certain·es médecins, il y aurait une mode LGBTQIA+ qui entraînerait plus de personnes que d'ordinaire, parmi lesquelles seules celles qui entreprennent les démarches médicales seraient exemptées de cette influence. Ce discours reflète l'impact des représentations sociales des soignant·es, qui peuvent influencé·es par les médias (voir p 48).

Cependant tous·tes les enquêté·es ne tiennent pas ce discours. En remettant les choses dans leur contexte et peut-être en étant plus proches des personnes concernées, certain·es considèrent que l'augmentation de la demande est corrélée à une meilleure lisibilité de l'offre et une meilleure acceptation sociale :

*“il n'y a pas plus de personnes trans, mais comme il y a plus de visibilité, et bien forcément il y a plus de demandes, et donc c'est aussi à nous de nous adapter en termes de prise en soins, prises en charge” (E10)*

### L'importance des réseaux trans

Les médecins interrogé·es ont fait part de leur conscience de l'intérêt majeur des réseaux de soutien trans, pour maintes raisons. S'agissant d'une thématique très spécifique que les médecins en général semblent mal maîtriser, ces réseaux permettent d'abord de s'informer :

*“je pense que c'est des gens qui vont rechercher de l'aide auprès de personnes qui pourraient se poser les mêmes questions” (E2)*

*“je pense que c'est (réseau trans) très très important, j'ai l'impression que les personnes trans elles fonctionnent beaucoup justement sur ce genre de réseaux, heu, ouais elles échangent beaucoup d'informations sur plein de choses, sur les traitements, sur les effets des traitements, la façon de les prendre, sur les professionnels de santé à voir, ceux qui sont à éviter, les trucs qu'il faut dire ou qu'il faut pas dire, sur les démarches juridiques, les papiers, les écueils à éviter, les choses comme ça, comme ils savent qu'ils peuvent pas aller voir n'importe qui, ils sont obligés de passer par ce genre de réseau pour... voilà pour éviter de se prendre des refus, des violences” (E1).*

Sachant que de nombreux·ses médecins peuvent avoir des comportements inappropriés à leur égard, les usager·ères utilisent ces réseaux pour chercher des médecins pouvant répondre à leur besoin de manière adaptée.

*“ils vont chercher un psy sympa pour faire un certificat, ils vont chercher un endoc sympa pour faire un certificat, voilà sachant que nous par exemple sur la région de \*Ville\* un endoc<sup>27</sup> qui fait ça il y en a un” (E1)*

Les médecins engagé·es auprès des personnes trans constatent que la majorité des personnes les consultant les ont choisi après s’être renseigné·es sur “les réseaux internet, les réseaux associatifs, le bouche-à-oreille” (E1), où les usager·ères s’échangent des informations sur les professionnel·les ayant pu répondre à leurs besoins de manière adaptée, et inversement. À travers ces témoignages, on retrouve la perception de la carrière de déviance des personnes trans (voir p 15) où les personnes trans apprennent à éviter les difficultés et à se soustraire aux normes et violences ayant déjà été vécues par ses pair·es.

De plus, ces réseaux sont vus comme permettant de pallier les manques d’informations des médecins :

*“sachant que le patient il est déjà allé sur internet avant [...] heureusement maintenant bah il y a quand même plus de moyens de s’informer [...] ils sont bien plus au courant que nous de tout ça, parce que évidemment, ils se renseignent par des groupes de parole enfin, par différentes choses donc, ils sont très très au courant” (E2)*

*“je l’ai laissé se débrouiller tout seul, hein, parce que là, il savait déjà plus que moi, il avait déjà son réseau [...] Il m’avait donné des indications qui lui avait été transmise par des associations, sur les trucs qui étaient pas mal à mettre” (E4)*

Nous avons vu que la déviance est définie par les autres, les membres de la société qui apposent cette étiquette ; la qualification d’un comportement sous ce prisme dépend donc des normes sociales dans un environnement donné. Par exemple, une drag queen<sup>28</sup> dans un bar LGBTQIA+ n’est pas considérée comme déviante, elle est tout à fait à sa place, mais dans une banque elle serait jugée comme telle (102). L’étude des représentations des médecins généralistes concernant les transidentités développée dans cette partie n’a pas été associée t, dans les mots employés, avec des éléments que nous pourrions rattacher directement à la notion de déviance ou au fait d’être en dehors des normes. L’association à la déviance a seulement été effleurée concernant la notion de non-binarité : *“c’est un petit peu ce qui va casser les codes” (E3)*. Ces résultats sont certainement liés au biais de désirabilité et à la dimension de l’étude, mais s’ils étaient confirmés par des études plus amples et robustes, on pourrait supposer que l’espace de

---

<sup>27</sup> endocrinologue

<sup>28</sup> Drag Queen = “personne masculine qui interprète un personnage féminin avec des traits exagérés”. Définition “vivre-trans” [en ligne] Disponible sur : <https://vivre-trans.fr/lhistoire-des-drag-queens/>

la consultation médicale se situe « entre la banque et le bar LGBTI », comme un espace neutre dans lequel le processus d'étiquetage ne pourrait se réaliser ou s'exprimer. Cette supposition semble tout de même peu probable, dans un contexte où le·la médecin a un rôle de contrôleur·euse social·e (69), où le prisme de la médicalisation et de la pathologisation assoit une rhétorique de la déviance, et où les médecins généralistes apparaissent très peu formé·es sur les transidentités.

### III. Pratiques de médecine générale avec les personnes trans

Ici sont présentés les retours d'expériences que des médecins généralistes ont eues avec des personnes trans, ou bien des projections sur la pratique qu'ils ou elles pourraient avoir lorsqu'ils et elles rencontreraient une personne trans. Dans ce cas, ces projections sont souvent appuyées sur leurs pratiques dans d'autres situations similaires ou les confrontant à des problématiques semblables<sup>29</sup>.

Tout d'abord, les médecins interrogé·es considèrent leur rôle auprès des personnes trans égal à celui qu'ils et elles ont pour tous·tes leurs patient·es, à savoir : proposer un accueil bienveillant, être à l'écoute (voire un peu psychologue), réaliser un bon interrogatoire pour bien cibler les besoins, assurer le suivi global des personnes, s'occuper de la partie administrative (ALD dans le cas des transidentités), orienter vers les "bon·nes" spécialistes (celles et ceux qui sauront répondre aux besoins des patient·es et pour lesquels les retours des patient·es sont positifs), assurer le suivi sur les consignes des spécialistes. On peut donc considérer ce rôle comme *"Central. Indispensable. Irremplaçable"* (E3).

Notons également que les transitions médicales de genre sont considérées comme *"très très spécifique(s)"* (E2), impliquant pour la plupart des médecins interrogé·es (les moins formé·es ou expérimenté·es) de ne pas pouvoir les accompagner seul·e. Pour elles et eux, une grande part de ces transitions relèverait des spécialistes (de la même manière que l'accompagnement des troubles du comportement alimentaire, ou les suivis obstétricaux, etc), et nécessiterait, en plus de la formation, une certaine expérience :

*"moi, en tant que médecin généraliste, introduire un traitement comme ça etc [hormones], ce n'est pas du tout de mon domaine de compétences actuelles [...] j'aurai un rôle partiel mais je peux pas tout faire tout seul"* (E3)

Concernant les spécificités liées aux transidentités, une médecin engagée distingue l'idéal de la réalité, lié au manque de formation et donc d'implication de nombreux·ses médecins :

*"dans un monde idéal heu, le médecin généraliste pourrait être le, enfin, comme pour tout d'ailleurs, pourrait être le pivot de la transition, être le médecin qui coordonne qui oriente, et aussi le prescripteur, et, et heu voilà. Et dans la vraie vie bah on sait qu'il y*

---

<sup>29</sup> Les situations similaires correspondent à des situations de doute, où le·la médecin ne sait pas répondre à un·e patient·e. Les situations semblables correspondent à des situations d'anorexie (citées par trois enquêté·es) où le parcours est complexe, nécessitant une intervention pluridisciplinaire, ou des situations autour d'une chirurgie bariatrique, où se pose la question du rapport à la pathologie (car on ne peut accéder à un remboursement que sur la base de critères médicaux et psychologiques).

*a plein de médecins qui ne sont pas formés à ça qui du coup veulent pas prescrire, veulent pas heu, veulent pas en entendre parler, et surtout beaucoup qui sont pas formés.” (E1)*

## Des premier·ères patient·es trans à la multiplication des demandes

Les médecins rencontr·es ont décrit leurs premières rencontres en consultation avec des personnes trans comme étant arrivées par hasard, mais nous verrons que le degré de hasard est variable.

Ce que nous appellerons les “vrais” hasards se sont produits pendant des stages d'internat, aux urgences ou en cabinet libéral (E3, E5), en récupérant la patient·e d'un·e médecin partant à la retraite (E11) ou suite à la révélation de la transidentité d'un·e de ses patient·es suivi·e depuis la naissance (en tant que médecin de famille) qui entame une transition (E4). Lorsque que le motif de consultation n'est pas en lien avec la transidentité, celle-ci est alors révélée lors de l'appel en salle d'attente lorsque l'expression de genre ne correspond pas au genre inscrit dans le dossier, surprenant souvent les médecins. La révélation a aussi pu se faire en découvrant dans le dossier médical du·de la patient·e des termes spécifiques à la transition de genre comme “dysphorie de genre” ou “métaïdoïoplastie<sup>30</sup>” qui ont pu entraîner une recherche sur internet avant d'aller chercher le·la patient·e.

Les premières consultations avec des personnes trans ont également pu être incitées par un·e spécialiste impliqu·e dans ces prises en soin et cherchant un·e généraliste pour compléter le suivi, notamment dans le cas de troubles anxio-dépressifs associés. Les médecins ont alors accepté car se sentant compétentes dans cette prise en charge (E8, E9). Cette demande a dans un cas été ciblée sur une médecin dont le sujet de thèse concernait cette population :

*“[la médecin interrogée rapporte les paroles de sa collègue la sollicitant pour recevoir un patient trans en rupture de suivi :] « Écoute, il aurait vraiment besoin d'un suivi médical en fait. Et là, c'est compliqué de le faire retourner vers la médecine générale. Mais je vais essayer de lui parler de toi parce que comme tu connais un peu le sujet, ça peut peut être le motiver à revenir »” (E8)*

---

<sup>30</sup> La métaïdoïoplastie est une procédure chirurgicale des organes sexuels de transitions de genre masculinisantes.

*“donc je n’y connaissais rien du tout, mais alors du tout du tout du tout ! parce que pas formée et du coup je me suis dis oh et bien oui, pourquoi pas, de toute façon le syndrome ... la dépression je connais, c’est pas un problème” (E9)*

Enfin, des médecins ont également décrit des premières prises en charge de personnes trans non choisies, initiées par une demande de patient-es trans, alors même que ces médecins sont déjà engagé-es dans des parcours facilitant cette rencontre :

*“totalement par hasard heu, en fait c’est passé par le planning familial où je travaillais aussi à \*Ville\* et c’est une personne, un homme trans qui a appelé le planning en demandant s’il pouvait avoir un suivi gynéco là-bas [...] j’ai été désignée volontaire pour m’intéresser à la question et voilà” (E1)*

*“Les toutes premières personnes que j’ai vues, c’était au Centre du Planning Familial. Pour le coup c’était surtout des hommes trans qui me demandaient à stopper les règles et les saignements, parce que c’était extrêmement mal vécu, et on se posait beaucoup la question sur trouver une contraception, mais qui ne fasse pas forcément augmenter la taille de la poitrine qui pouvait être aussi mal vécu, et c’était mes premiers questionnements, je les ai eus pendant mon internat et pendant tout mon parcours en Planning familial.” (E10)*

Le fait que ces médecins travaillent déjà au Planning Familial (PF), “association militante féministe et d’éducation populaire” (103), montre qu’ils et elles portent des valeurs proches de celles portées par le planning familial, et que finalement il ne s’agit pas non plus d’un total hasard : l’appartenance au PF a construit cette désignation. Ces parcours atypiques qui ont mené à ces prises en soin sont détaillés dans la partie “V. Parcours de médecins engagé-es dans l’accompagnement des transitions médicales de genre”. En outre, ces parcours particuliers peuvent permettre de répondre plus facilement aux demandes, même sans avoir encore reçu de formation spécifique, comme ce médecin qui relate sa première prescription d’hormonothérapie :

*“au début je ne savais pas trop quoi faire et puis ensuite, en prenant un peu de recul, je me suis dit, des hormones j’en prescris tous les jours en Planning Familial” (E10)*

Ces premières rencontres ont souvent déclenché chez le·la médecin, à minima des questionnements, la réalisation de son manque de formation, et parfois l’envie de s’engager auprès de cette population, bien que cet engagement se fasse aussi souvent malgré soi, reflétant les besoins en santé des personnes trans.

*“j’ai commencé très progressivement, d’abord j’ai rencontré cette personnes on a fait le suivi gynéco et puis je l’ai pris en patient de médecine générale je me suis mise à faire le renouvellement de testo et puis très progressivement il m’a amené à me sentir suffisamment à l’aise pour faire des primo-prescriptions voilà ça c’est fait sur 3 ans quoi” (E1)*

On peut voir différentes vitesses dans ce parcours : un début *“très progressif”*, avec un patient suivi au planning familial sur le plan gynécologique, donc des consultations spécifiques, puis un suivi en cabinet libéral, on imagine que le patient était satisfait de l’approche de cette médecin et lui a demandé de devenir sa médecin traitante. Notons la place de l’usager qui *“l’a amenée à”*, qui est garant de son aisance, qui à priori l’a soutenue et accompagnée dans son apprentissage. Ensuite, une deuxième vitesse semble s’enclencher, à partir du moment où elle rédige ses primo-prescriptions de testostérone.

*“une fois qu’on fait les primo-prescription, là c’est, là pour le coup c’est exponentielle ça va très vite (rire) [...] le nombre de demandes et tout” (E1)*

Elle semble prise dans un engrenage malgré elle, au vu du nombre très restreint voire inexistant de médecins pratiquant ces prescriptions, l’information de ces pratiques circule vite, via les réseaux de soutien trans, les forums internet, les associations, le bouche-à-oreille.

Ces mécanismes d’affluence sont bien perçus par les médecins qui connaissent bien les enjeux des personnes trans :

*“[...] parce que je suis identifiée par l’asso qui est partenaire du coup et puis par le bouche-à-oreille très certainement quand même. Après oui, c’est bien sûr c’est parce qu’il y a peu de médecins primo prescripteurs, les délais...” (E9)*

Cette médecin décrit également la problématique de la relation de soin et la nécessaire alliance thérapeutique avec le·la médecin traitant·e, pouvant amener les patient·es à consulter d’autres médecins pour leurs besoins spécifiques liés à la transition médicale.

Conscient·es des besoins d’accès à des soins adaptés pour les personnes trans, des médecins ont cependant précisé qu’ils et elles ne pouvaient pas recevoir tous·tes les personnes trans, car exerçant dans des zones à faible démographie médicale, ils et elles devaient également répondre aux besoins de tous·tes les patient·es, notamment des personnes âgées. Ne prenant habituellement plus de nouveaux·elles patient·es, une médecin accepte tout de même d’accueillir en primo-consultation des personnes trans à condition que celles-ci résident sur son territoire, sachant qu’elle y est la seule à assurer ces suivis. Pour ce faire, les secrétaires

médicales sont au courant de cette exception qu'elles mettent en œuvre au moment de la prise de rendez-vous téléphonique.

*“les personnes qui prescrivent après elles sont référencées, et t'as parfois des gens qui font cent kilomètres pour venir les voir. Et cent kilomètres je suis gentille, parce que parfois c'est trois cents, quatre cents. Et ça pour moi, c'est impensable et c'est illogique avec ma problématique de territoire. Par contre, que des gens du territoire aient besoin de moi là dessus, je me dis ce serait idiot de les refuser, sachant que moi, je suis formée, enfin pas encore, mais le jour où je serais formée” (E8)*

Une enquêtée limite à deux nouvelles consultations par mois, d'autant plus que *“c'est quand même assez chronophage sur les premières consultations, et puis je les revois souvent assez vite après, donc ça fait plusieurs consultations quand même” (E9)*. Une stratégie dans cette situation consiste à essayer d'initier le traitement hormonal puis de rediriger vers les médecins traitant·es, s'il y en a.

### Du manque de formation initiale à l'investissement pour répondre aux besoins

Les médecins interrogé·es déclarent n'avoir jamais abordé les transidentités au cours de leur cursus initial. Seul un médecin, ayant reçu sa formation dans les années 90, rapporte en avoir probablement entendu parler, sans vraiment s'en souvenir, probablement en cours de chirurgie, mais cet enseignement était *“sûrement sommaire”* et *“pas sur l'ensemble d'un accompagnement de A à Z” (E4)*.

Un médecin déplore également ne pas avoir reçu une formation suffisante pour certains sujets, en plus des transidentités, pourtant considérés comme primordiaux (comme la sexualité, la mort, les violences), pour lesquelles il considère avoir un rôle essentiel, au moins de repérage et d'orientation :

*“des sujets où on a une place méga centrale mais qui sont des sujets très chronophages, très lourds en charge mentale, très spécifiques. Mais si nous on n'est pas là pour les repérer et orienter, il n'y a souvent personne d'autre.” (E3)*

Pour une médecin, la spécificité de la thématique peut justifier la non-formation et donc le refus de prise en charge pour des spécialistes, mais pas pour des médecins généralistes qui sont censé·es pouvoir au minimum réorienter les patient·es.

*“pour des médecins généralistes clairement je comprends pas [qu'il y ait des refus de recevoir des patient·es trans], par contre pour des spécialistes, tu vois par exemple des*

*endoc' qui veulent pas suivre des patients en transition ça me choque pas parce que c'est un truc quand même ultra spécialisé, et je peux comprendre qu'on soit pas forcément à l'aise parce qu'on n'est pas formé" (E2)*

Cependant, d'après elle, le·la spécialiste ou généraliste devrait finalement se former si la demande est forte, c'est-à-dire si de nombreuses personnes ont un besoin de soin auquel il ou elle ne peut répondre ; la demande crée ainsi le besoin de formation :

*"il arrive un moment où si tu commences à avoir dans tes patients plusieurs demandes bah en fait forme-toi et apprends, quoi! Moi je suis pas assez formée en addicto, j'ai plein de patients alcooliques parce que je travaille dans les vignes, bah en fait je vais me former, parce que il arrive un moment où même si t'es pas à l'aise tu peux pas leur dire allez voir mes collègues toutes les 5 min quoi." (E2)*

Pour d'autres médecins, cette spécificité permet aux généralistes de refuser ces prises en charges et de les reléguer aux spécialistes :

*"Après t'as le droit de refuser en tant que médecin ! Tu dis « Ben écoutez, non, moi c'est pas que je suis contre votre volonté, mais moi je ne sais pas... je ne pratique pas ça parce que... pas pour dire que j'ai pas envie de faire ça mais en gros, je ne veux pas pratiquer ça parce que c'est pas mon domaine. », point." (E11)*

Ce manque de formation évident engendre un manque de connaissance, de l'inconfort envers les demandes de transitions médicales de genre, ou une impossibilité à répondre aux demandes des personnes trans, pouvant aller jusqu'au refus de prise en charge. Puisqu'elle n'a pas encore pu participer à une formation, une médecin explique qu'elle ne fait pas de primo-prescription d'hormones, demande un suivi par un endocrinologue une fois par an et se contente de réaliser les renouvellements d'ordonnances (E8).

Si le sujet n'a pas été abordé au cours de la formation médicale, les médecins ont pu faire face à des situations de prises en charges de personnes trans inappropriées :

*"Alors on n'en a jamais parlé médicalement. Le seul truc que j'ai vécu en stage, c'est la transphobie en fait. J'ai entendu parler de patient trans, je crois que j'en ai jamais eu moi, mais je me rappelle en stage aux urgences où il y avait un patient ou une patiente, je ne sais plus qui avait été mis en box et je me rappelle les infirmières, il y avait des petites blagues" (E8)*

Les personnes interrogées n'étant pas déjà engagées dans ces prises en soins ont avoué ne pas du tout connaître la *“procédure”* pour l'utilisation des hormones dans le cas des transitions de genre. Face à une demande de prise en charge médicale, une médecin *“serai[t] bien embêtée (rires), parce qu[’elle] ne saurai[t] pas quoi faire”* (E2).

*“j’ai fait la demande (ALD) en lui disant que je ne savais pas du tout si ça serait pris en charge ou pas, parce que je ne connaissais pas”* (E4)

Un enquêté raconte avoir assisté en tant qu’interne à une consultation où la médecin qu’il assistait *“n’avait pas franchement d’outils à proposer”* (E3), ou une autre qui posait des questions intrusives pour assouvir sa curiosité sans pertinence médicale (E5).

Cette méconnaissance impacte aussi la communication avec les usager·ères, entraînant des situations de mégenrage, des confusions avec les pronoms retrouvées dans les entretiens ainsi que la non-utilisation des pronoms neutres, et enfin des difficultés avec le vocabulaire spécifique. Par exemple, quand il ne trouvait pas le terme *“orientation sexuelle”*, un médecin a répliqué : *“J’ai pas encore tous les mots corrects (rires)”* (E4).

Enfin, ces considérations sur le manque de formation et donc de confort ne concernaient pas les médecins engagé·es, jugeant leur niveau de connaissance *“assez satisfaisant”* (E1). Ces professionnel·le·s déplorent seulement le manque d'études scientifiques (notamment sur l'utilisation des hormones, qui limite la pratique de prescription), ou encore se sentent *“plutôt à l’aise”* (E5), ou ont *“l’impression qu’on ne fait pas du mauvais travail, que l’on fait du vrai accompagnement”* (E10).

En effet, Dufrasne et Vico montrent que *“Le/la médecin généraliste qui aura eu l’occasion de se former aux transidentités lors de son cursus ou plus tard dans sa carrière, sera également d’une grande utilité pour ses patient·e·s transgenres et aura même la possibilité d’assurer un rôle central clé dans sa prise en charge”* (104).

D’après plusieurs enquêté·es, cette absence dans le cursus relève plus d’une omission que d’une *“malveillance”* : *“j’ai pas senti au cours de mes études de malveillance par rapport à ça. C’était plutôt, pas de l’indifférence, mais pas de conscience de cela”* (E4). De la même manière, un médecin raconte n’avoir jamais pensé à cette demande potentielle avant d’y avoir été confronté : *“Dans mon parcours médical c’est pas du tout des questions que je me suis posées en premier et deuxième cycle. C’est plus déjà des situations et des questionnements de 3ème cycle”* (E3).

Des médecins engagé·es auprès des personnes trans considèrent cette absence de formation comme responsable de la non-implication des autres médecins dans ces prises en charge.

Ainsi, un souhait de formation a été émis par presque tous·tes les médecins, parfois justifié par la perspective de recevoir de plus en plus de demandes de ce type : *“si un jour il y a besoin de se former [autrement dit de répondre à une demande d'un·e de ses patient·es] je me formerai il n'y a pas de soucis”* (E2), et dans le but *“que n'importe quelle personne puisse aller n'importe où, sans être discriminée”* (E10).

*“Au moins l'aborder, parce que là, c'est comme si ça n'existait pas en fait, ça figure sur aucun titre, aucun... dans aucun programme en fait. Donc au moins l'aborder, dire que ça existe, que des patients ont ces demandes, comment les aborder. Et surtout, bah après, vers qui... Enfin, comment faire pour accompagner ces patients ?”* (E7)

Ce résultat s'accorde avec la littérature. En effet, dans sa thèse sur la place du médecin généraliste dans la prise en charge de la dysphorie de genre, Anne-Gaëlle Drapier obtient le résultat suivant : *“La nécessité d'une formation [concernant les accompagnements des personnes trans en médecine générale] des médecins généralistes était plébiscitée par 83 % des patientes et 85% des médecins”* (105).

Par ailleurs, le Plan national pour l'égalité, contre la haine et les discriminations anti-LGBT+ pour 2023-2026 (106) contient une mesure prévoyant de *“Former les professionnels de santé aux enjeux d'inclusion et de lutte contre la haine anti-LGBT+ en intégrant un module de formation aux enjeux d'inclusion des personnes LGBT+ et de lutte contre la haine anti-LGBT+ aux parcours d'études de santé”*. La mise en œuvre de cette mesure est prévue pour l'année scolaire 2025-2026. Notons tout de même que l'association de support trans *OuTrans* (107) déplore la non-inclusion des associations à l'élaboration de ce plan.

Les modalités de l'intégration de cette thématique au sein du cursus initial de médecine ont beaucoup été discutées au cours des entretiens, soit venant spontanément, soit suite à une question spécifiquement posée. Une synthèse des avis émis pour une formation optimale se présenterait en deux temps :

- 1) Une première sensibilisation durant l'externat, car tout·e externe peut rencontrer des personnes trans au cours de ses stages.

*“C'est un truc qu'il faut aborder dès l'externat, parce qu'en termes de prévalence, on a une population qui a une prévalence, on a une population on est quasiment sur du 2 à 3 % donc, ça n'aurait pas de sens de ne pas l'aborder”* (E10)

Cette intervention viserait notamment à permettre un accueil bienveillant sous la forme d'une initiation à la thématique :

*“Ne serait-ce que, à défaut d’en parler longtemps, je pense que c’est un sujet d’ouverture d’esprit, et en fait c’est mettre une graine dans la tête des étudiants” (E3)*

Il a été préconisé que cette intervention soit réalisée par des personnes concernées par les transidentités :

*“ce qui pourrait être hyper intéressant, c’est que ce soit fait, même par des personnes trans. Qu’il y ait une rencontre entre les personnes, les étudiants en médecine et les personnes trans, des assos ou autre [...] rester à un stade où on se rencontre, on discute, on parle des difficultés rencontrées et on sensibilise, je pense que ça, ça serait très utile” (E8)*

Ainsi, il a même été question de favoriser la rencontre d’étudiant·es avec des personnes trans le plus tôt possible afin de permettre aux étudiant·es de “voir ce qui ne va pas” en arrivant à l’hôpital, “avant d’avoir été déjà formaté” (E6). Cette considération concerne finalement toute personne pouvant être discriminée au sein du système de soin : “sur les minorités en général, dès qu’il y a des problématiques de discrimination, de choses comme ça dans l’accès aux soins, en fait, il faudrait qu’il y ait des enseignements là-dessus et/ou rencontre des gens concernés, pour mieux se rendre compte, pouvoir poser des questions aussi” (E8).

Dans la thèse de Lise Tecquert, les patient·es attendaient des médecins surtout une sensibilisation à leur condition plus qu’une formation approfondie (79).

- 2) Une intervention plus approfondie durant l’internat de médecine générale (qui pourrait associer d’autres spécialités potentiellement impliquées comme l’endocrinologie, la chirurgie esthétique, la gynécologie, etc).

*“au moins un cours d’hormonothérapie de 3 à 4 heures, ne serait-ce que d’avoir les bases ensuite, si les personnes ça ne les intéresse pas et bien tant pis elles passent à autre chose, on a tous eu des cours sur des trucs qui ne nous intéressaient pas, et on a pris ce que l’on avait d’apprendre, mais au moins pour des personnes qui s’y intéressent qu’il y ait une facilité d’accès à la prescription.” (E10)*

Il a cependant été précisé que l’apprentissage des internes se faisait majoritairement en stage, et que la formation ne suffisait pas à sensibiliser et entraîner un engagement pour les personnes trans : “Après si tu n’as pas envie, tu n’as pas envie” (E3).

Cette formation intégrée à l’internat de médecine générale permettrait aussi d’être déjà ancrée dans le territoire où les internes exercent et exerceront potentiellement, et serait donc l’occasion

de leur transmettre des ressources loco-régionales, comme des contacts d'associations ou de centres de référence.

Par ailleurs, il a été mentionné que la formation au cours de l'internat de médecine générale comportait déjà beaucoup d'objectifs de formation à atteindre, mais que cet objectif serait à intégrer à la phase socle. : *“la liste de choses qui devraient être abordées en 3e cycle, ils vont rajouter 3 ans les pauvres” (E4).*

En attendant que cette intégration dans les cours d'internat de médecine générale découle d'une directive nationale, celle-ci nécessiterait une implication et un intérêt des membres du département de médecine générale, et d'après les enquêté·es, celles et ceux-ci ne sont pas nécessairement sensibilisé·es à la question :

*“au département de médecine générale, je pense pas qu'on ait quelqu'un qui soit très intéressé par la question. Mais de manière générale ils sont pas hyper... progressistes. Rien que sur les questions des violences sexistes et sexuelles, ils sont pas du tout ouverts sur le sujet par exemple [...] ils sont un peu plus vieux quand même et c'est plus l'ancienne vision” (citation anonymisée).*

En outre, des médecins fortement impliqués dans l'accompagnement des personnes trans participent à la formation des étudiant·es via leur statut de maître·sse de stage universitaire (MSU). D'après ces médecins, les internes et/ou externes choisissent ces terrains de stage spécialement pour ces particularités d'accueil de publics marginalisés et d'approches communautaires, et bénéficient de temps privilégié de formation et de sensibilisation aux enjeux liés aux soins de ces populations.

De la même manière, bien que ce ne soit pas le sujet de son enseignement, un médecin profite des cours qu'il dispense (en médecine du sport) aux internes pour aborder cette thématique, afin de pallier le manque de la formation universitaire. De plus, ce médecin reçoit énormément de sollicitations d'internes ou de confrères et consœurs souhaitant se former auprès de lui, en assistant à ses consultations, au point d'être systématiquement accompagné à toutes ses consultations. Il accepte ce rôle pour le bien des personnes concernées, motivé par la diffusion de ces pratiques :

*“je ne me considère pas comme formateur, mais ... si ça permet un peu aux gens d'être un peu plus rassurés sur leur prescription et qu'ils se lancent dans la prescription d'hormones, ouais !” (E10)*

Cette formation peut également se dérouler après le cursus initial, au bon vouloir de chaque médecin :

*“la formation médicale continue c’est propre à chacun et à chacune donc, même si ça ne fait pas partie du cursus universitaire, il n’y a rien qui empêche un jeune médecin qui vient de passer ses diplômes de se former. Moi il y a plein de trucs sur lesquels je me suis formé après l’internat et ça ne fait pas partie du tout de mon cursus universitaire. Et ça me convient très bien aussi. Le manque de formation, malheureusement, il est partout pareil, c’est-à-dire que l’on n’est tous pas assez formé en diabète, on est tous pas assez formés sur la prise en charge cardio-vasculaire et il faut qu’il y ait une ouverture d’esprit dès l’internat et même dès l’externat, ça c’est clair, après encore une fois la formation elle dépend de chacun et chacune” (E10)*

C’est en tout cas dans le cadre de la formation continue que les médecins aguerris ont participé à des formations, soit via des diplômes universitaires, soit via des associations (voir partie “L’accompagnement par les associations et les personnes concernées”). Une médecin insiste sur le fait qu’elle s’est sentie seule (avec des personnes trans et les associations, mais sans soutien institutionnel). Elle a le sentiment de s’être auto-formée, en participant à des congrès, des discussions entre confrères et consoeurs, de sa propre initiative, afin d’améliorer ses connaissances pour pouvoir adopter une pratique sûre. Un médecin explique même avoir débuté sa pratique sans formation spécifique. Cette expérience personnelle lui fait penser que plus de médecins pourraient également suivre ce chemin, mais s’en empêchent par peur de mal agir. Cependant, ce médecin a tout de même reçu une formation complémentaire en gynécologie, qui peut-être lui a apporté des connaissances sur les hormones plus solides que celles de ses confrères et consoeurs :

*“[...] moi je n’ai pas eu de formation pratique, c’est-à-dire que ma première prescription j’étais tout seul dans mon box de consultation et je n’avais jamais fait de binôme, je n’avais jamais assisté à d’autre consultation, enfin ... j’ai ... et bien on va dire que je me suis sorti les doigts du nez, pour ne pas être grossier, et je me suis lancé quoi ! et c’est souvent comme ça !” (E10)*

Cependant, les médecins généralistes ont le besoin d’être formés à toutes les problématiques que leurs patient-es peuvent rencontrer. Leur temps est par ailleurs limité, les obligeant à hiérarchiser leurs besoins, raisonnés relativement à la part de personnes concernées dans la patientèle qui bénéficierait secondairement de ces formations :

*“il faut juste que je trouve un moment pour le faire. Et c'est vrai qu'il y a tellement de trucs auxquels se former. C'est vrai que ça m'intéresse la transidentité, mais tu vois, ça représente un à deux patients de ma patientèle. Donc c'est sûr que j'ai très envie de me former. Mais il y a aussi d'autres choses où j'ai envie de me former pour plus de gens aussi [...] au bout d'un moment, si on ne veut pas que nos études durent trente ans ou quarante ans, on ne peut pas être formé à tout” (E8)*

Un autre moyen d'élargir ses connaissances est de participer à la création de formations :

*“je fais partie d'un réseau de formation continue et donc on monte... on a monté des formations, donc le fait de former les autres, moi je suis là en tant que juste porter juste la parole des généralistes et du coup j'apprends beaucoup aussi.” (E9)*

Le réseau de formation continue dont il est question ici est l'Association de Formation pour le Partenariat de Soins (AFPS), dont cette médecin fait partie. Sa proximité avec l'association locale de soutien trans lui a permis de mettre en lien les deux organismes. Les professionnel·les du soin suivent ces formations *“par manque de connaissance sur le sujet, pour faire du réseau, parce qu'elles ont un ou deux patients et veulent être plus à l'aise, savoir comment orienter aussi, parce que du coup pour trouver le réseau c'est un peu compliqué. Tu sais les assos, les pharmacies bienveillantes, les infirmiers qui font des... qui apprennent à s'auto-injecter, enfin voilà” (E9).*

Cette médecin a également participé à l'organisation d'une soirée thématique sur les risques cardio-vasculaires et l'activité physique à destination des personnes trans et de leurs proches<sup>31</sup>, et là encore, elle dépeint les bénéfices reçus pour les professionnel·les ayant participé :

*“ [...] aussi une manière de prendre conscience un peu pour moi des freins à l'activité physique, pour l'infirmière Asalée<sup>32</sup> aussi à lever certains freins, mais d'en avoir conscience d'autres, enfin c'était génial” (E9)*

En outre, l'autoformation par des lectures s'est révélée favorisée par la confrontation à des demandes de transition de genre :

*“forcément, après l'histoire de \*nom du patient\*, ça m'a sensibilisé. Donc quand je vois un truc sur les transgenres, ça m'arrête. Avant probablement que je passais dessus, j'ai*

---

<sup>31</sup> La prise d'hormones au long cours est un facteur de risque cardio-vasculaire.

<sup>32</sup> Infirmière déléguée à la santé publique exerçant au sein du cabinet de cette médecin

*déjà assez de sujet comme ça donc quand on se sent pas...on va pas gérer ce genre de choses, donc du coup... Ouais... on a assez avec le reste” (E4)*

Enfin, le lien avec les représentations sociales est également conçu ici : *“on a quand même besoin d’être moins tabou sur des sujets pour pouvoir les aborder.” (E3)*. Le besoin d’avoir une vision plus globale de cette problématique a été exprimé, dans laquelle la modification de la formation médicale devrait s’inscrire. En effet, un travail plus en profondeur sur la médecine et son système de fonctionnement de manière générale a été suggéré, accompagné d’un travail des médecins sur leurs postures :

*“Mais à mon avis, c'est bien... pour avoir un réel impact, il faut que ce soit bien au-delà de ça quoi. Parce qu'en fait ça concerne leur manière de... Toute la posture qui pose problème. Et c'est aussi toute la manière de réfléchir. Le rapport à la vérité, le rapport à l'objectivité et à la science, l'idée que la science est dépourvue de valeur. De ne pas avoir du tout conscience de leur propre positionnement politique et comment leur propre positionnement politique influe dans leurs pratiques.” (E6)*

En effet, la formation peut s’avérer insuffisante à l’amélioration des compétences des professionnel·les du soin, notamment lorsque ceux-ci ou celles-ci portent des représentations sociales à caractère transphobe. Cette formation doit donc accompagner une évolution des représentations sociales véhiculées dans la société en général.

### Stratégies déployées face au doute

Les entretiens réalisés ont permis d’évoquer les pratiques et les stratégies mises en place dans les situations de doute. Ces descriptions proviennent en grande partie des médecins peu coutumiers des transidentités, relatées ou projetées lorsqu’ils ou elles n’y ont pas encore été confronté·es ; ou des médecins plus expérimenté·es racontant leurs débuts.

Notons que plusieurs médecins ont précisé que même sans connaître spécifiquement les transidentités, avoir *“une posture très ouverte d’écoute et de compréhension” (E8)* permettrait déjà de pouvoir accueillir correctement une personne trans :

*“qu’est-ce que je ferais ? [rire un peu gêné], sachant que je n’ai pas beaucoup de connaissances, enfin aucune médicale, c’est que des connaissances grand public. Heu... [réfléchi] Je vais déjà être très porté sur l’écoute et sans jugement, vraiment, pour répondre à sa... aux demandes du patient. Et en étant honnête directement avec lui,*

*c'est que... Moi je ne sais pas comment ça se passe, mais que je sais que ça se fait.”*  
(E7)

De la même manière, dans sa thèse, Marion Caroff souligne “le fait que les qualités humaines priment sur la formation dans les attentes des personnes trans vis-à-vis des soignant.e.s. L'accès à des espaces de remise en question des postures soignant.e.s et des représentations peut dès lors aider à cultiver ces qualités et participer à améliorer l'accompagnement.” (77).

À partir des entretiens, on relève 4 stratégies différentes mises en place par les enquêté-es.

– Différer et se renseigner

Tout d'abord, il a été évoqué que les situations où les médecins étaient confronté-es aux limites de leur savoir étaient courantes. Une attitude alors souvent retrouvée était d'user de l'honnêteté, avouer son défaut de formation, lequel ne semblant pas susciter de gêne, à partir du constat que les patient-es “*préfèrent que tu dises « je sais pas » plutôt que de broder un truc naze*” (E2). La consultation est alors différée, pour se donner le temps de se renseigner, soit par des recherches personnelles, soit par le recours à d'autres professionnel·les. Ce temps permet ainsi de s'assurer de ne pas commettre de manquement :

*“[...] peut être que je temporiserais sur la consultation d'après en disant « ouais ok je vais réfléchir », dans le sens où [...] je n'ai pas beaucoup d'expérience non plus et je vais vérifier bien les trucs, qu'il n'y ait pas d'effets secondaires.”* (E5)

La première méthode évoquée pour se renseigner est la recherche documentaire, avec en premier lieu les publications scientifiques, et en se tournant très vite vers les recommandations de l'organisation internationale (WPATH) qui, pour elles et eux, font référence tant qu'il n'existe pas de protocole à proprement parler en France :

*“J'utilise mes cours, les documents HAS [...] je regarde les sites d'information, et les sites des collèges de spécialité de référence. D'ailleurs, les endocrinologues ont pu me donner des sites à priori de référence [les recommandations internationales de la WPATH]”* (E5)

Plusieurs médecins ont insisté sur le fait que ce travail de recherche et de compilation a dû se réaliser seul·e, et notent tout de même que cette littérature scientifique s'est bien développée au cours des dernières années, leur offrant des données supplémentaires sur lesquelles s'appuyer :

*“[...] la littérature grise, pas mal. Et j'avais fait un peu de biblio scientifique, Pubmed, tout ça, et à l'époque [2019] je n'avais pas trouvé grand chose. Alors il y avait des trucs*

*mais très spécialisés sur l'hormonothérapie à 3 mois, la chirurgie, la qualité de vie avant/après, les trucs comme ça, mais très focalisés sur une intervention. Et j'avais trouvé assez peu de choses transposables en soins primaires. Et depuis que j'ai fait ma thèse, j'ai l'impression qu'il y a quand même de plus en plus” (E8)*

Ensuite, les médecins découvrent les associations trans et leurs multiples ressources. De la même manière, il est noté que celles-ci se développent amplement, et depuis peu fournissent même des “protocoles” de prise en charge sur lesquels les médecins s’appuient fortement :

*“J'ai pas mal regardé les sites des assos. Je pense tout de suite à l'asso OUTrans, [...] où il y avait notamment des petites fiches info sur l'hormonothérapie, sur le parcours, aussi au niveau vocabulaire, parce qu'à l'époque je ne connaissais pas tous les... enfin, encore aujourd'hui je découvre des nouveaux mots régulièrement, mais il y avait des termes que je connaissais pas du tout à l'époque” (E8)*

De plus, l’entrée en contact avec le Réseau Santé Trans permet d’accéder à une base de données sélectionnées :

*“je ne sais pas forcément tu vois si ça fait référence, mais au tout début c’était des sites un peu on va dire tout public, j’avais dû passer par Wiki Trans, par ... après c’est sûr qu’une fois dans le ReST j’avais la banque de biblio etc, c’est plus facile d’avoir des choses plus sérieuses.” (E9)*

La seconde ressource mobilisée pour obtenir des renseignements est la sollicitation des médecins proches. Le fait de se connaître personnellement semble être un facteur facilitant largement le contact :

*“Je demanderai à des potes internes si ils en savent un peu plus. Je pense souvent au service de Gynéco, sachant que je connais quelques internes en gynéco. Sinon urologie, même si plus compliqué parce que je connais pas d’interne en urologie.” (E7)*

Par ailleurs, des réseaux de communication entre professionnel·les sont employés, notamment des groupes “Facebook” :

*“[...] groupes où c'est tous les internes de médecine générale, les anciens internes, des médecins généralistes du coup, qui se sont installés, donc en fait plutôt sur ces groupes-là [...] comme ça en fait il y aura surtout les médecins généralistes déjà installés qui eux ont un réseau, qui connaissent plus que les internes de med G qui connaissent pas forcément tous. Voilà ou sinon sur le groupe des internes de toutes spécialités parce*

*que pour le coup là y aura des internes et des jeunes chefs qui sont au CHU. Du coup je pense ils connaissent plus dans ces services-là... parce que j'imagine que ça se fait au CHU ou alors que c'est une clinique qui s'est spécialisé là-dedans ? " (E7)*

Pour les internes en stage en cabinet de médecin générale, une ressource majeure est le·la maître·sse de stage. En effet, la plupart bénéficient d'un temps d'échange en fin de journée, moment privilégié pour discuter notamment des consultations ayant posé problème à l'interne. Un bon terrain de stage a justement été décrit comme celui où le·la MSU est présent·e pour accompagner, répondre aux questions de l'interne, débriefer, dans un juste degré d'autonomie. Cependant, les maîtres·ses de stage ne sont pas nécessairement plus informé·es sur les accompagnements des personnes trans :

*"Mais les médecins avec qui j'étais, je suis pas sûr qu'ils étaient vraiment sensibilisés à la question..." (E7)*

Lorsque l'interne est confronté·e au doute lors d'une consultation, et que le·la MSU est totalement absent·e, la solution envisagée consiste à réorienter vers les spécialistes.

Enfin, une façon de procéder consiste en l'usage des examens complémentaires :

*"Donc faire des bios ou les imageries pour me rassurer et me dire il y a rien de grave. Après, c'est un peu dommage parce que c'est beaucoup de la réflexion de médecine d'urgence j'ai l'impression, où on s'assure que rien n'est grave, mais on n'a pas forcément répondu à la demande du patient. Et c'est ça qui est dommage en médecine générale, c'est que normalement on a plus de temps..." (E7)*

- L'accompagnement par les associations et les personnes concernées

Comme mentionné ci-dessus, en recherchant des informations les médecins découvrent rapidement les associations de support trans, qu'ils ou elles vont souvent contacter :

*"après c'était le COVID donc j'ai eu un peu plus de temps pour travailler (rires) de mon côté et donc voilà, j'ai commencé à me renseigner au fur et à mesure. Et du coup à me rapprocher des assos locales, du ReST, enfin ... là maintenant j'ai quand même une activité sur ce terrain-là qui est quand même importante quoi !" (E9)*

Dans un premier temps, ce contact permet de se créer un réseau, d'être éclairé·es sur les spécificités locales des prises en soin des personnes trans, et dans certains cas, de travailler ensemble en co-construisant des projets ou des formations :

*“[...] et surtout en fait je me suis rapproché des associations. Ce qui fait que je travaille un peu main dans la main avec les assos parisiennes, essentiellement avec ACCEPTESS T, EST (Espace Santé Trans) et OUTrans, qui sont de gros piliers et de très grandes aides pour moi” (citation anonymisée)*

Comme cela est également exposé dans la partie “Sans les associations je ne pourrais pas travailler” du dossier de Whastup doc de juin 2023 (108), le travail avec les associations et les personnes concernées est souvent considéré comme fondamental :

*“Et du coup ce travail de construction avec les associations partenaires, par exemple, tu vois le CHU ne fait pas ça du tout, enfin faut peut-être pas mettre ça dans la thèse, je ne veux pas être à charge, mais ... mais la base c’est quand même de travailler avec des assos de personnes concernées quoi ! [...] Alors ce qui est surprenant c’est que l’on prône l’éducation thérapeutique, la méthode Bercer pour la contraception ... et il y a des moments où on te dit eh bien non, pour la transition de genre on ne devrait pas faire comme ça. Ce n’est plus vraiment le cas, mais tu vois c’est un peu déroutant” (citation anonymisée)*

Cette relation est à priori bénéfique autant pour les associations que pour les médecins :

*“[...] donc on a une super asso trans, donc à [ville proche de sa petite ville], et par échanges avec le bureau et notamment la présidente qui est infirmière, et qui est vraiment très chouette, alors du coup ce réseau-là je pense que l’on s’est autant apporté qu’elle m’a apporté quoi : Moi, j’avais la possibilité d’accueillir des personnes, mais elle du coup elle m’a fait le lien avec plein d’autres personnes quoi !” (E9)*

Au-delà de l’apport des associations, les médecins rapportent un début de pratique accompagné par les personnes trans, en consultation :

*“J’ai vraiment démarré en leur disant « En fait, clairement il va falloir... moi je suis OK, mais il faut m’apprendre ». Enfin, faut m’apprendre : on va apprendre ensemble, on va avancer ensemble. Il y a plein de fois, je saurai pas. Et les personnes étaient trop choupi et carrément ok” (E6)*

Cette position n’étant pas toujours habituelle pour les médecins, impliquant une adaptation de posture, disposée à se laisser guider :

*“elle savait du coup que je n’y connaissais rien hein, mais elle était très bienveillante aussi dans le fait que je n’y connaissais rien et elle m’a ... j’avais dû bloquer une heure*

*je pense, ... et donc j'ai été dans la position très très humble de dire qu'elle allait m'apprendre autant que j'allais essayer de lui apporter" (E9)*

Les personnes trans apparaissent alors être une réelle source d'information pour les médecins :

*"On peut quand même se dire que mon expérience, je l'ai faite avec les personnes concernées [...] C'est clair que tous mes post-its de demande de psy, de prix de prothèses, de ... pharmacie qui a des échantillons, ... enfin voilà, et de chir qui reçoit, sous quel délai, quel prix ... enfin voilà, ça c'est sûr que c'est des patients ... enfin des personnes qui me l'ont appris" (E9)*

De la manière, approfondir les informations collectées lors du travail de bibliographie peut revenir à prendre en considération les savoirs des personnes concernées et leurs vécus, et revoir ce que l'on pensait vrai :

*"le premier site sur lequel je suis tombée quand j'ai fait ma biblio, c'est le site de la SOFECT à l'époque, qui n'a plus le même nom aujourd'hui [...] mon premier réflexe ça a été de dire, enfin en tant que médecin, quand t'y connais rien, tu tombes sur un site comme ça, tu te fais « Mais c'est génial, en fait, c'est hyper bien protocolisé, c'est hyper clair [...] Je ne pensais pas qu'en France c'était aussi bien organisé, etc. » Et puis après tu creuses ta biblio, tu vas sur les sites des associations et cetera. Et tu comprends que c'est pas si rose, que ce protocole qui toi, te paraît très alléchant en tant que médecin, en fait il est très critiqué côté patients, et qu'il n'est pas du tout... qu'il correspond pas du tout à la réalité de ce qu'ils vivent et à leurs besoins. Et donc tu déchantes un peu. Mais c'est vrai que ça m'a permis, justement, en tant que personne tout à fait non experte, qui se lance dans les recherches, ça m'a permis de me rendre compte qu'un médecin lambda qui accueille un patient trans, je pense que son premier, enfin, à l'époque, le premier site sur lequel tu tombes c'est SOFECT. Et du coup, quand tu vois après les vécus des patients, tu comprends mieux pourquoi il y a quand même un certain nombre de patients qui ont des vécus assez difficiles avec leur médecin, avec les spécialistes, etc" (E8)*

Cette situation particulière de savoirs parfois inversés, peut conduire à accepter d'accompagner des personnes trans presque autonomes sur la gestion de leurs prises d'hormones, sans être nécessairement certain·e de la sécurité de ces pratiques :

*"elle fait des essais que moi je ne sais pas adapter, je ne sais pas trop si ce qu'elle fait comme « essais » de dose, de pose, etc, a un impact" (E9)*

Cette médecin rédige alors les ordonnances permettant à la personne concernée d'auto-gérer son traitement. Elle explique accepter ces demandes pour deux types de raisons : déjà pour *“l’alliance thérapeutique et la souffrance dans laquelle elle serait si on rompait le lien, je pense”*, mais aussi pour le fait que la personne soit très bien renseignée. Cependant, elle garde une opposition (et hiérarchisation) entre les sources d'informations, et l'Evidence Based Medecine (EBM)<sup>33</sup> reste pour elle la référence :

*“hyper bien renseigné, mais en même temps, avec ... parfois pas le même ... alors je ne sais pas, ça n'est pas du tout réducteur, mais enfin ... un peu la même analyse un peu d'EBM dans lequel nous on est un peu bercé quoi ! donc même si elle lit beaucoup, elle lit ceci elle lit cela, il y a des fois des phrases et tu te dis ben oui, mais tu sens que le raisonnement est un peu rapide, et que toi tu as beau essayer de lui dire, il faut faire attention quand même, peut-être qu'il faut quand même des études plus ... et elle vous dit, bin ouais, mais vous savez bien de toute façon qu'il n'y a pas d'études sur les personnes trans, il n'y a en pas sur cette tranche en tout cas-là. Donc ça reste du cas particulier, oui effectivement, enfin voilà ... tu vois c'est toujours un peu ... mais bon, voilà. C'est quand même une chouette relation, donc ... enfin voilà. Mais j'avoue que plusieurs fois je me suis dit, là il faut qu'elle passe par la gynéco à un moment donné, parce qu'en même temps je pense que j'ai peur que la gynéco me dise « [prénom] t'es allée beaucoup trop loin »” (E9)*

Ainsi, on peut voir que la relation de soin peut être remaniée lorsque les médecins accordent aux personnes trans une confiance accrue, leur conférant un rôle très actif, pouvant impacter les pratiques et favoriser les prescriptions au plus proche des demandes des personnes. Cette attitude n'est pas toujours retrouvée, comme nous l'avons évoqué lorsque les médecins n'ont pas la capacité de répondre favorablement aux demandes des personnes trans et préfèrent rediriger. Cette pratique est également mise en lumière dans les conclusions d'une thèse sur les représentations des personnes trans concernant la médecine générale : *“un décalage entre ce qu'une personne transgenre a anticipée et ce qu'un médecin généraliste est disposé à lui proposer.”* (63)

---

<sup>33</sup> *“l'utilisation consciencieuse et judicieuse des meilleures données actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée de chaque patient”* (109)

– L'importance du réseau professionnel

Le réseau professionnel est apparu comme une véritable ressource pour les médecins généralistes.

D'une part, les bénéfices du travail en équipe au sein de centres de santé pluriprofessionnels sont valorisés par la possibilité de partager ses doutes, de compléter les pratiques, d'adresser directement à un·e collègue dont on connaît les spécialités, à bénéficier du soutien d'un·e infirmier·ère Asalée.

Parfois, ce sont des médecins (souvent des spécialistes) déjà engagé·es dans l'accompagnement des parcours trans qui entraînent d'autres médecins, souvent par nécessité pour les patient·es qui cherchent un·e médecin généraliste. Agissant comme de véritables mentors, ils ou elles prodiguent un accompagnement personnalisé, partagent les ressources et sont disponibles pour échanger sur ces pratiques. Il est fréquent que ces médecins se connaissent avant d'entamer ce processus et aient des affinités.

*“j'ai un appui par la gynéco, en plus du ReST si besoin [...] elle me donne un avis, elle adapte le traitement, on travaille ensemble et elle est réactive quand je lui demande quoi !” (E9)*

Ces médecins qui accompagnent d'autres médecins qui se lancent dans ces pratiques ont également un rôle de réassurance :

*“j'essaye de les accompagner au mieux et la plupart de mes collègues qui font des suivis ou des renouvellements, ils m'appellent à chaque fin de consultation pour vérifier qu'ils ont tout bien fait. Mais en fait, à part leur dire qu'ils ont tout bien fait, je ne sers pas à grand-chose, mais bon ... il y a besoin de cette réassurance donc pour le moment je joue ce rôle sans soucis” (E10)*

Par ailleurs, les médecins ne sachant répondre aux demandes des personnes trans réfléchissent systématiquement à l'identité des professionnel·les vers qui orienter. Pour une demande provenant d'un·e mineur·e, ils et elles pensent facilement à solliciter le service de pédiatrie du centre hospitalier du secteur. Pour un·e adulte, les médecins peinent davantage à identifier une ressource. De toute manière, l'orientation vers d'autres professionnel·les semble pour certain·es être un rôle primordial attribué aux médecins généralistes : *“c'est là l'intérêt du généraliste c'est d'orienter vers le bon psychiatre” (E2)*, ici pour un·e psychiatre, mais valable pour tout·e spécialiste. Ainsi, le besoin d'avoir un numéro dédié aux prises en charge médicales des

transitions a pu être mis en évidence, afin de guider les médecins dans les orientations, répondre à leurs questions :

*“en cherchant tu trouves hein. Mais ouais si tu peux éviter de passer une heure en coup de fil machin à droite à gauche pour essayer de trouver la bonne personne” (E2).*

Comme cette ligne téléphonique n'existe pas, les médecins ont évoqué une de leurs ressources majeures : l'élaboration d'un carnet de numéros de spécialistes complet. Ce carnet se crée généralement au cours de la carrière, avec pour objectif d'avoir un numéro pour pallier chaque situation, de connaître les “*sur-spécialistes*” pour les “*problématiques un peu plus pointues ou rares*” :

*“idéalement il faudrait avoir un répertoire avec toutes les références mais c'est pas possible, enfin on se le construit au fur et à mesure [...] à force aussi de faire des congrès, des groupes de pairs, des réunions entre collègues” (E2)*

Lorsque manque le spécialiste adéquat, il reste à se tourner vers le secteur hospitalier et appeler les secrétariats des services pour se renseigner et trouver le bon contact. En effet, les médecins ont relaté se référer fréquemment aux centres hospitaliers, et dans cette situation particulièrement, au vu de la spécificité et de la non-connaissance de ressource appropriée :

*“j'ai pas les compétences pour ça [...] si on est sur quelqu'un de de \*ville\*, j'appellerai l'endocrinologie du CHU pour savoir « Bah oui je fais quoi ? je fais comment ? Je l'oriente où ? vous avez un nom ? [...] là, c'est un sujet tellement particulier. C'est vrai comme ça, d'instinct, j'aurais appelé l'hôpital.” (E4)*

De plus, afin de parfaire ce carnet d'adresse, les retours des patient-es sont utilisés pour connaître les comportements des médecins, dans la relation avec les patient-es car cette dimension semble tout aussi importante que la compétence technique. Ainsi, ils et elles pourront orienter de la manière suivante : “*je leur dis pas que le monsieur est pas gentil. Au lieu de dire il y a monsieur machin et monsieur truc, je leur dis allez chez monsieur truc il est très bien, je leur dis pas que monsieur machin est un imbécile tu vois*” (E2).

#### – Stratégies pour bien genrer les personnes

Les médecins les moins informé-es sur les transidentités peuvent être confronté-es à des situations de doute quant à l'identité de genre de leurs patient-es. Conscient-es de l'importance de créer un environnement bienveillant pour leurs patient-es, ils et elles élaborent des stratégies pour les mettre à l'aise, éviter de les mégenrer, empêcher l'inconfort.

Un médecin explique que s'il n'y a qu'une seule personne dans la salle d'attente, et qu'il lui semble que son expression de genre n'est pas conforme à ce qu'il attendait au vu du genre indiqué sur son dossier, il appellerait avec les prénom et nom, sans user des appellations "monsieur" ou "madame". En revanche, si plusieurs personnes sont présentes dans la salle d'attente, il userait forcément de ces appellations, comme il le fait toujours. Lorsqu'il imagine que la personne lui fasse remarquer le mégenrage, il répondrait alors "*ok bah c'est comme vous voulez*", et, si la personne ne dit rien, il n'aborderait pas ce sujet. Dans cette même situation, une autre médecin utiliserait la question : "*est-ce que vous prenez des traitements ? [...] peut-être que je poserais pas la question frontalement*" afin de déceler un traitement hormonal ou un antécédent de chirurgie qui lui permettrait d'aborder la question.

Il est apparu que cette situation semble plus inconfortable lorsque le-la médecin a connu la personne avant sa transition, et que les interactions étaient plus simples lorsque les caractéristiques physiques sont bien marquées par des stéréotypes du genre revendiqué :

*"c'est plus difficile quand tu as vu la personne avant sa transition, qui ne ressemblait pas du tout à ce ... et après quand tu la rencontres, on va dire quand tu la revois, ça y est il y a certains changements qui ont eu lieu et qui vraiment ... c'est aussi réducteur, mais ça ne l'est pas, mais qui marquent le genre, parce que moi aussi j'ai été élevée quand même dans les stéréotypes de genre un peu, c'est.. là ya plus de place à l'ancienne personne en fait, ça ne me viendrait pas à l'idée de me tromper en fait. Il y a le traitement, les 2 – 3 premières consults ..."* (E9)

Un facteur facilitant pour un médecin a été l'accompagnement virtuel, c'est-à-dire un suivi par mail ou téléphone, avec un patient qui n'avait pas été revu depuis des années (dans son genre assigné) abolissant "*le raté de l'habitude qui fait qu'on a tellement l'habitude que le mauvais prénom sort parce que ben on l'a appelé comme ça pendant des années et des années*" (E4). Dans ce cas, le nom et le genre du patient ont été modifiés dans le dossier médical, après lui avoir demandé son consentement. Cette modification du dossier ne semble pas dépendre du changement ou non de l'état civil, mais peut aider à ne pas se tromper.

Face à des situations qui peuvent lui paraître complexes et mouvantes, une médecin prend le temps avant la consultation pour faire le point sur la situation de la personne dans son parcours et se préparer à bien la genrer :

*"j'avais besoin de la préparation avant pour me dire, attention donc là c'est un ... comment, dans quel sens on met là, là elle en est où ? Parce que, entre celle qui va dire*

*que ça y est il est prêt son prénom on peut l'utiliser, mais on dit encore « il », on dit encore « elle », voilà, c'est vrai qu'à chaque fois moi j'ai bien mon carré où c'est écrit à chaque fois, mais en peu de temps ça peut changer, donc à chaque fois ... et puis au début j'ai dû quand même dire, si je fais des erreurs, enfin je l'ai dit et je pense, si je fais des erreurs, il n'y a pas de problème, enfin reprenez-moi ... j'avoue que je ne suis pas très à l'aise pour utiliser le « iel » moi, dans ma manière de parler ... l'écriture inclusive ça va, mais par contre le parler ... je dis personne concernée, j'ai des mots non genrés, mais par contre sur les pronoms et les accords je suis nulle." ; "mais bon c'est pas grave, on se comprend. Mais de toute façon, ça n'est jamais malveillant, donc même si je me trompe et bien il va y avoir un « excusez moi, je me suis emmêlée » ... enfin voilà ... et je pense que ça ne sera pas vécu comme un mégenrage en tant que tel quoi ! Comme ça pourrait presque arriver des fois avec Madame MACHIN que tu connais très bien et tu lui dis « il » une fois. En tout cas c'est jamais malveillant ça c'est sûr, mais ... “ (E9)*

Davantage de difficultés ont été présentées face à l'échappement de la binarité de genre.

Une médecin raconte que certain·es de ses patient·es disent utiliser tous les pronoms (il, elle, iel, autres). Cela lui paraissant compliqué, elle privilégie l'usage du prénom et de formulations neutres : adjectifs épïcènes, adjectifs pour lesquels l'accord féminin ne s'entend pas à l'oral, utilisation de la voie passive, etc.

Une médecin raconte avoir participé à une formation avec une personne trans professionnel·le de santé qui préconisait de ne pas utiliser des termes d'anatomie genrés, mais cela lui pose quelques difficultés, et tant que les personnes qu'elle reçoit en consultations ne soulèvent pas ce besoin, elle considère que ce n'est peut-être pas nécessaire :

*“Moi je dis, torse au lieu de seins, mais je dis quand même les règles, je dis quand même ... le pénis, les érections, tu vois je ne biaise pas sur des mots qui sont des mots physiologiques on va dire quoi ! [...] Parce que je n'ai pas eu non plus des personnes que j'ai vues tiquer quand je le disais, je pense. Après ça m'est peut-être déjà arrivé de dire comment voulez-vous que je nomme ... mais bon, pas trop non plus ... je ne me suis pas sentie vraiment ... ” (E9)*

## Facteurs pesant sur la prescription d'hormones

Trois facteurs ressortent des entretiens comme ayant un rôle dans la décision de prescrire des hormones : la relation de confiance, la permanence de la réflexion et la validation psychiatrique.

### – La relation de confiance

La création d'une bonne relation de confiance est le premier critère évoqué avant de pouvoir prescrire des hormones, notamment pour les médecins moins à l'aise avec cette pratique. Celle-ci permet de garantir une bonne alliance thérapeutique, jugée primordiale dans le cas de tels suivis.

Tous·tes les médecins ont placé cette confiance avec les patient·es au cœur de leurs pratiques en médecine générale, ce qui permet d'instaurer un échange dans lequel les patient·es s'engagent en toute honnêteté. Un médecin déclare qu'il s'agira d'un préalable à son accompagnement dans des transitions de genre.

*“j'essaie de créer un climat de confiance au sens où je ne juge pas les choix qu'ils font, et j'essaie de faire en sorte qu'en retour ils puissent me tenir vraiment au courant de là où ils en sont” (E1)*

Les médecins ont évoqué avoir perçu que pour les personnes trans, être reconnues dans le genre souhaité lors de la consultation était un besoin fondamental. D'après ces médecins, l'information concernant la transidentité est dévoilée seulement si cela est nécessaire à la consultation. Un médecin déclare n'avoir qu'un patient trans, en précisant :

*“du moins que j'ai identifié puisqu'il y en a peut-être qui ne me l'ont pas exprimé [...] on va pas voir son médecin en lui disant : « vraiment, je me sens vraiment pas femme. ». On n'a pas de raison d'en parler quand on vient voir son médecin pour une angine quoi” (E4)*

Un médecin se sent démuné pour connaître le genre à priori d'une personne :

*“en fait toi, quand tu ne connais pas le patient, tu n'as pas la solution : de est-ce c'était quelqu'un qui se définissait homme qui se définit femme ou l'inverse.” (E3)*

La qualité de la communication et le temps disponible sont des facteurs offrant la possibilité d'aborder la transidentité de la personne si la consultation n'est pas en lien avec la transidentité : *“la consultation en elle-même, ce n'était pas le motif mais on avait discuté de ça. J'étais en*

*SASPAS, [...] j'avais quand même plutôt le temps. Donc quand tu es à l'heure, tu discutes un petit peu.” (E3)*

La relation de confiance est présentée comme dépendante des qualités empathiques et relationnelles du ou de la médecin, qui doit savoir lire le langage corporel des personnes, sentir les choses, être à l'écoute :

*“tu sens les choses, après t'as des gens qui le sentent pas, t'as des médecins qui sont moins ouverts que d'autres, qui vont être moins empathiques que d'autres, et d'ailleurs ces gens-là ils font pas de psy, moi je fais beaucoup de psy (rires) je sais que mes patients ils apprécient l'écoute que je peux leur donner [...] j'essaye de voilà, de jamais croiser les bras, j'essaye d'avoir les mains sur le bureau, d'avoir les mains ouvertes, enfin tu vois les bras écarté, heu j'essaye d'y penser” (E2)*

Les médecins ont a priori bénéficié de cours sur la relation avec les patient·es et la communication (deux fois pendant l'internat et on nous “rabâche depuis la P1<sup>34</sup>”), mais “entre la théorie et la pratique, il y a un monde [...] ce n'est pas parce qu'on te dit qu'il faut être empathique que tu sais l'être”. Il a été suggéré que les personnes se tournant vers des carrières de soignant·es ont souvent ces facultés “naturellement”.

– La permanence de la réflexion

Par ailleurs, une fois cette confiance assurée, l'âge de la personne et notamment la durée et la permanence de la réflexion pèsent beaucoup sur le niveau de confort du·de la médecin pour soutenir la démarche de transition.

Un médecin ayant accordé l'ALD à un patient par échanges de mails (il ne souvient plus s'ils ont également échangé par téléphone), utilise ce registre pour justifier son approbation :

*“quelqu'un déjà posé dans la vie qui avait déjà beaucoup avancé dans son discours [...] sa démarche était suffisamment complète et cohérente pour me dire que c'était quelque chose de complet [...] ce qui m'intéressait, c'est qu'il décrive bien l'antériorité, la continuité de ce ressenti [...] son discours, les démarches qu'il avait déjà entreprises, par exemple le fait que sa scolarité, par exemple sa scolarité avait déjà accepté de l'inscrire sous un prénom masculin. Parce qu'il y avait ça.... ça me paraissait ...il y*

---

<sup>34</sup> Première année de médecine

*avait assez d'éléments.... Alors après je ne suis pas policier ; j'ai vérifié aucun de ces éléments pour voir si c'était vrai.” (E4)*

Cependant, il relate qu'il ne l'aurait pas fait avec un·e mineur·e, en décrivant cette période de l'adolescence comme étant emplies de doutes, de tests, sans assurance sur soi-même. D'autres ont également abordé la question de l'âge, plus spécifiquement celle de l'adolescence, qui aurait influencé leurs réactions. Ils justifient ce besoin de réassurance par la lourdeur et l'irréversibilité des actes demandés :

*“tu es un peu pris de court [...] l'instant de vulnérabilité où ça me mettrait pas le plus à l'aise en consultation, ce serait les moins de 15/16 ans [...] à l'adolescence on se pose tous plein de questions sur sa manière de se développer, où ils ne savent pas. Si c'est une question qu'ils se posent depuis deux mois, ils y vont à fond, dans un parcours qui est particulier et où la marche arrière peut faire encore plus de dégâts que la marche avant” (E3)*

La peur que les personnes changent d'avis est exprimée, pas seulement pour les transitions médicales mais aussi pour les transitions sociales : *“est-ce que c'est quelque chose qui va passer ?” (E3)*. Ce sentiment est atténué si la personne en parle depuis des années.

On retrouve cette notion de continuité des sentiments qui permet l'acceptation, la confirmation que les personnes *“sont comme ça”* effectivement, dans la comparaison que fait ce médecin avec l'homosexualité :

*“je connais des gens qui vivent avec des hommes et on sent chez ces gens-là une continuité dans leur dans leur attirance pour le même sexe qu'eux. Donc on voit bien.... Que c'est pas.... C'est eux, ils sont comme ça, ils ont une continuité d'attirance pour le même sexe qu'eux.” (E4)*

Ainsi, les demandes médicales des personnes trans sont perçues comme liées à l'avancée de la personne dans ses réflexions et son niveau de renseignements, connaissances. La situation de la personne qui débute ses réflexions peut être perçue comme plus facile à gérer : elle n'implique alors qu'une simple redirection vers des associations pour lui laisser mûrir ses réflexions :

*“tu peux avoir la personne qui vient et qui dit bah voilà je crois que je suis trans, là pour le coup t'as tout à faire, donc c'est peut-être moins difficile parce que tu peux orienter justement vers des assos dans un 1er temps, tu bottes un peu en touche entre guillemet parce que tu renvoies vers des assos. Après si c'est quelqu'un qui connaît déjà*

*tout ça et qui viendrait pour un traitement hormonal ou quoi que ce soit, bah j'orienterai probablement... (vers un·e spécialiste)” (E2)*

– La validation psychiatrique

Parfois, des médecins mentionnent la nécessité de recourir à une validation par un·e psychiatre avant l'entrée en parcours de transition médicale de genre. Plusieurs arguments sont invoqués. En premier, il peut s'agir de valider les arguments développés ci-dessus (permanence de la réflexion, réflexion personnelle et non influée par les pair·es) :

*“Je me serais senti tout seul [...] je pense que je l'aurais orienté vers un psychiatre. Alors j'aurais essayé de trouver les mots pour qu'elle n'ait pas l'impression que je veuille soigner ça, mais bien pour avoir une certitude, pareil, d'une continuité de pensée et que ça ne masque pas quelque chose que je ne verrai pas, comme un phénomène de mode” (E4)*

De la même manière une médecin préconise, si ce n'est une validation psychiatrique, au moins un suivi psychologique pour s'assurer *“que ce soit pas juste une crise identitaire et que ce soit vraiment quelque chose de plus pérenne [...] effectivement l'évaluation psychologique elle est indispensable” (E2)*, ce qu'elle justifie par le fait que le changement requis est irréversible. Cette demande est attestée par la comparaison avec les chirurgies bariatriques, où l'évaluation et le suivi psychologique sont obligatoires, car l'acte chirurgical est irréversible et surtout car il s'agit d'intervenir sur un organe non pathologique.

Un médecin avait effectivement demandé un certificat psychiatrique à son patient, pourtant majeur et l'ayant convaincu de la cohérence de sa démarche. Il pensait anticiper la demande des spécialistes qui auraient besoin de cette validation, toujours dans le but de vérifier la permanence de la transidentité, mais également d'éliminer une pathologie psychiatrique à l'origine du sentiment de transidentité :

*“c'était une sorte d'intime conviction, mais je n'avais pas de certitude sur le fait que c'était obligatoire. Mais bon, connaissant.... ne serait-ce que s'il devait intervenir, un chirurgien ou un endocrinologue qui devait prescrire... j'étais persuadé que celui-ci voudrait l'avis d'un psychiatre qui confirmerait que ça ne pouvait pas cacher une... une pathologie psychotique ou autre. Que c'était bien quelqu'un qui avait bien compris les tenants, les aboutissants, qui était bien dans une continuité de pensée et pas quelqu'un qui d'un coup délirait en disant « je suis une femme » ou « je suis un homme ».” (E4)*

Un médecin précise que la demande du certificat psychiatrique pourrait dépendre de la relation qu'il entretient avec la personne, ainsi que de sa présentation, qui semble fondée sur des critères sociaux et des comorbidités psychiatriques :

*“Ça dépend de la représentation de la personne, du contact aussi qu'on a. Je pense que si on arrive à bien discuter, et si je me sens à l'aise dans l'évaluation, dans le fait que j'ai pu éliminer une altération. Donc non, je ne pense pas [demander un certificat psychiatrique]. Je pense qu'évidemment je peux être impacté si je vois une personne qui a un peu des stigmates de pauvreté ou quoi, une bonne présentation. Je pense que je peux être un peu impacté, ou une personne qui a des antécédents addicto, c'est sûr que ça va m'impacter. Ou si juste une personne, on s'entend pas bien. Ou des stéréotypes que je pourrais avoir, ou autres. Oui, genre une personne qui fait un peu incurique. Là, je pense que je vais être un peu plus méfiant, peut-être à tort. Surtout l'attitude incurique. Et si il y a des antécédents pysy aussi, je vais peut-être me méfier.” (E5)*

C'est dans le cas particulier de la peur du regret que les médecins évoquent le besoin de recourir à l'avis d'un·e psychiatre, afin de certifier la demande. Cependant cette appréhension du changement d'avis, du regret d'avoir recouru à ces actes médicaux, n'était pour autant pas documentée :

*“les gens qui ont fait une démarche de changement de sexe, alors déjà ils sont pas nombreux, et au sein de ces gens-là, combien après ont un regret ? Ou pas. Est-ce que ça existe, est-ce que des gens ont un regret ? A mon avis et vu l'espèce humaine, y a forcément des gens qui auront un regret, parce que il y a jamais 100% de quelque chose. Mais est-ce que c'est marginal ou pas ? Je ne sais pas.” (E4)*

En effet, les dernières recommandations internationales rappellent que l'augmentation du nombre de détransitions<sup>35</sup> est seulement proportionnelle à l'augmentation du nombre de transitions et reste un pourcentage faible. La très grande majorité des personnes qui détransitionnent le font à cause de facteurs extérieurs (vécu de la transphobie notamment). Il y est également précisé que les détransitions ne doivent pas être assimilées au regret ou à de la confusion, et que ces statistiques ne doivent pas dévaluer la décision de transition. De plus, 0,3 à 3,8 % des personnes regrettent leurs chirurgies d'affirmation de genre, le plus souvent suite à des complications post-opératoires ou des chirurgies non satisfaisantes (42).

---

<sup>35</sup> au sens de l'arrêt des traitements hormonaux ou le recours à des chirurgies ayant pour but celles opérées.

L'absence d'encadrement des pratiques, la menace de la plainte et les stratégies de protection

Tous·tes les médecins bien au fait des prises en charges des personnes trans en France ont fait état du cadre réglementaire flou décrit dans la première partie : *“il y a tout un ensemble de choses au niveau médico-légal qui sont pas claires”, “il n'y a pas de loi tout à fait explicite là dessus”, “là pour l'instant il y a rien d'explicite hein donc...”*, *“on n'a pas de recommandation en vrai”*, *“en fait il n'y a pas de recommandations à jour en France” (E1)*. En outre, le rapport de la HAS de 2009 est perçu comme *“obsolète”, “à l'ancienne” (E1)*; il a été rappelé qu'il s'agit d'un état des lieux et non de recommandations, mettant les médecins dans une situation inconfortable.

Le cadre est flou, cependant la primo prescription de testostérone à visée masculinisante est bien interdite, *“une limitation qui n'a pas beaucoup de sens” (E1)*. Les médecins réalisant des primo-prescriptions de testostérone à visée masculinisante (respectant les recommandations internationales) se sentent menacé·es par le Conseil de l'Ordre des Médecins, alors considéré comme le gardien des pratiques.

*“s'il n'y a pas de loi tout à fait explicite là-dessus on sait qu'on est un tout petit peu à la limite, on sait que ça peut nous retomber dessus [...] on se sent un peu dans l'illégalité à faire des primo-prescriptions” (E1)*

Cette inquiétude est relative aux exemples de confrères et consoeurs ayant été poursuivi·es et parfois condamné·es par le passé, faits qui ont été mentionnés par plusieurs enquêté·es :

*“Il y a des moments où j'ai vraiment flippé. Quand il y a eu les premières plaintes contre des médecins par le conseil de l'ordre en 2019. La gynécologue, en Bretagne. Là, on s'est dit OK. Donc là, clairement, le conseil de l'ordre n'a pas fait que recevoir la plainte de parents. Il a attaqué, en son nom propre. Donc là on a senti que ça commençait à être un peu chaud.” (E6)*

Une autre source d'inquiétude concerne le refus des remboursements par l'assurance maladie, instance qui joue également le rôle de contrôle des pratiques :

*“le truc qui me faisait le plus flipper, (...) c'était surtout les remboursements de la CPAM. Parce qu'en fait, en quantité, des hormones tous les mois, pendant quatre ans, pour cent cinquante personnes, quand on fait le détail, enfin le compte total, ça finit par faire beaucoup d'argent [...] ça m'était arrivé plusieurs fois que des pharmaciens,*

*pharmaciennes m'appellent en me disant « C'est pas réglo » ; qui m'ont menacé·e quoi, de signaler à la CPAM” (citation anonymisée)*

Par ailleurs, tous·tes les médecins ne sont pas égales·aux face à ces instances de contrôle. En effet, par leur proximité avec ces organismes, par engagements professionnels, connaissances interpersonnelles ou encore leur statut lié au genre, les médecins ne sont pas tous·tes inquiété·es de la même manière :

*“il y a plusieurs médecins qui sont des mecs cis sur \*ville\*, il y en a pas beaucoup déjà, il y en a beaucoup moins que des meufs, des personnes non-binaires ou autres, qui prescrivent des hormones. Mais il y en a deux, je pense. Mais c'est aussi des mecs qui sont vachement protégés, notamment par leur rapport au conseil de l'ordre. Y en a un qui est carrément dans le conseil de l'ordre et l'autre qui est très proche du DMG, etc. Et qui du coup sont en mode super flex, genre « moi on peut tout me demander. Je fais tout comme ça » [...] nous, en tant que soignantes féministes, on ne pourra pas se défendre de la même manière que lui devant le Conseil de l'ordre” (E6)*

Ces risques sont de surcroît perçus comme liés aux représentations sociales des transidentités : *“on sait que ça peut nous retomber dessus, que un certain pan de la société n'attend que ça [...]” (E1).*

Au contraire, certain·es médecins sont d'emblés rassuré·es, notamment grâce à l'invocation de la balance *“bénéfices/risques”*. En effet, l'amélioration de l'état de santé des personnes bénéficiant des traitements hormonaux est considérée largement supérieure aux risques encourus, ce qui justifie pour elles et eux pleinement leurs prescriptions :

*“c'est plus mes collègues qui m'ont inquiété que moi-même. Moi j'ai pris la définition de l'hors AMM, en gros c'est une thérapeutique où il n'y a pas d'autres possibilités, donc ça résume bien les hormones pour les personnes trans, et il faut que le bénéfice/risque soit favorable pour la personne. Et quand on voit qu'il y a plus de 90 % d'amélioration ne serait-ce que de l'état en santé physique ou en santé psychique ou en santé sociale, une fois que l'on a débuté l'hormonothérapie bon ben en fait la balance bénéfices/risques elle est déjà prouvée et archi prouvée, je ne me suis pas posé plus de questions que ça. Après c'est plus mes collègues qui étaient plus dans les parcours de soins depuis longtemps [...] qui étaient assez inquiets de leurs propres prescriptions et quand j'ai des grands noms de la Médecine générale [...] qui me disent qu'elles-mêmes*

*sont inquiètes parfois de la hors AMM, c'est vrai que j'ai pris un peu de recul, ... si elles, elles sont inquiètes, va peut-être falloir que je m'en inquiète.” (E10)*

Le risque mis en regard dans cette balance concerne l'absence d'intervention médicale, avec la possibilité de non-recours total au soin et le risque sur la santé mentale connu pour cette population, ou encore le risque de l'automédication avec des produits non contrôlés, et de l'absence de suivi des effets secondaires potentiels :

*“je sais que je ne suis pas trop dans les clous, mais en même temps je ... voilà ... je pense qu'ils ont moins de risques à se médicaliser comme ça qu'en prenant n'importe quoi sur Internet quoi ! donc ça je l'entends, je le balance... enfin voilà, on va dire, je le mets dans la balance ...” (E9)*

*“tu as toujours l'idée que si un jour la sécu te dit ben non t'as pas le droit, c'est hors AMM, voilà va falloir pouvoir justifier quand même que tu le fais pour le bien de la personne, que tu as réfléchi à tous les effets qu'il pouvait y avoir, etc” (E9)*

En outre, les connaissances des traitements par les personnes trans, souvent très développées, augmentent la confiance que les médecins leur accordent. Toutefois, les prescriptions sont toujours réalisées avec un contrôle du risque encouru pour les personnes, basé sur les données validées scientifiquement (en termes de toxicité par exemple) :

*“[...] avec certaines personnes qui sont tellement documentées, qu'elles savent mieux ce qu'elles ont besoin et envie que moi bien sûr, et donc il y a des fois où je fais des choses... et bien voilà... je le fais parce que j'ai vérifié que c'était ni dangereux ni toxique, ni que voilà, mais je n'aurais jamais initié ça de moi-même quoi ! [...] c'est là que tu te dis c'est un peu limite ... peut-être c'est vraiment hors AMM, et c'est pas ce pourquoi j'ai été formée” (E9)*

Un médecin est gêné d'avouer avoir accordé une ALD et prescrit des séances de kiné à son patient sans le voir en consultation mais par simple échange de mails :

*“le discours suffisait, donc qu'il soit écrit ou oral. Je voyais pas bien l'intérêt de le faire déplacer juste pour faire une demande d'ALD, ça avait pas de sens. Donc je sais pas si c'était très légal mais en tout cas j'ai fait la demande d'ALD comme ça [...] je ne voyais pas bien le mal que je pouvais faire en lui prescrivant de la kiné” (E4)*

On voit la priorité accordée au sens de sa pratique sur l'aspect légal, justifiée ici par le fait qu'il n'y voyait pas de danger, car dans un autre contexte il dira : *“je m'engagerai pas à faire quelque*

*chose hors la loi parce que je pense que c'est bien. Je suis pas ni courageux, ni pas mon état d'esprit. Moi, je suis quelqu'un de très réglementaire, donc la loi c'est la loi" (E4).*

Concernant les plaintes reçues par le passé en France, un argument de réassurance réside dans le fait que les plaintes ne viennent pas des personnes concernées mais de leurs proches ou d'autres professionnel·les de santé. Ainsi, en suivant le principe de l'autodétermination, le rôle du médecin est donc de prendre en considération les attentes des personnes suivies :

*"souvent c'est des plaintes de personnes qui ne sont pas concernées, c'est-à-dire des parents de personnes majeures et en fait, quand on reprend la définition de la transidentité, il n'y a qu'une seule personne qui sait si elle est trans c'est la personne elle-même, du coup l'avis de ses parents... Généralement, c'est des plaintes qui ne sont pas du tout accompagnées par les personnes concernées elles-mêmes." (E10)*

Les médecins engagé·es sont référencé·es par les réseaux trans, où leurs pratiques sont tout à fait reconnues. Cependant, ces réseaux, bien qu'ils aient un impact colossal pour les personnes concernées, restent informels, alternatifs, du point de vue de l'institution médicale. Ainsi, l'institution médicale, qui détient le monopole des définitions légitimes, ne reconnaît pas la pratique de ces généralistes.

Ces risques ne sont donc pas perçus de la même manière par tous·tes les médecins, mais celles et ceux qui peuvent être soucieux·ses s'astreignent à anticiper les problèmes, de différentes manières.

Tout d'abord, une médecin est allée rencontrer le conseil de son département, pour se présenter, décrire et défendre sa pratique en présentant les recommandations internationales validées sur lesquelles elle base sa pratique : *"mieux vaut prévenir que guérir" (E1).*

De plus, les médecins peuvent se créer un nouveau cadre protecteur : associatif d'une part et de pair·es d'autre part.

*"moi j'ai délocalisé la primo-prescription de mon cabinet vers les assos pour avoir un certain cadre justement associatif-militant, en me disant bon s'il m'arrive quelque chose j'ai quand même une asso derrière moi qui peut soutenir un peu aussi et puis pour que ce soit un peu plus cadré" (E1)*

*"les assos sont vachement investies, et protègent mine de rien les médecins prescripteurs, heureusement." (E10) (44)*

En plus du lien associatif permettant d'ajuster sa pratique au plus près des besoins des personnes concernées, le réseau créé avec les autres professionnel·les du soin aux pratiques similaires décrit ci-dessus permet aussi de se soutenir et se rassurer.

Face à cette absence d'encadrement législatif de leurs pratiques, les médecins se basent pour la plupart d'une part sur les dernières recommandations internationales (42), des textes "un peu plus ajustés à l'actualité", "*qui sont quand même (...) un peu plus officielles et un peu plus ajustées à l'actualité quoi*" (E1), tout en sachant que "c'est pas une référence officielle en France, quoi".

À l'époque où en France il n'existait presque aucune information, un·e médecin a réalisé une recherche bibliographique conséquente avant de se lancer dans cette pratique, avec des données produites à l'international. Ce travail lui a permis d'assurer sa pratique, autant pour la sécurité des bénéficiaires que pour être en mesure de la défendre auprès des autorités, en pouvant la justifier par un fondement sur les données scientifiques. De plus, les protocoles de prise en charge provenant de centres de santé communautaire à l'étranger ont été utilisés, dans une volonté de prise en compte des savoirs communautaires :

*"au début, j'ai passé beaucoup, beaucoup de temps à chercher des infos, à chercher des recos. Donc notamment, j'ai beaucoup utilisé les trucs des centres de santé communautaires à l'étranger, donc en anglais. Et c'est pas toujours la même chose ou c'est pas les mêmes produits aussi des fois. Donc il fallait transposer les trucs et... Ouais ça j'ai fait vraiment beaucoup. Au début, j'avais l'impression de réapprendre mon métier. Tout ce que j'avais appris à la fac, ça servait à rien et qu'il fallait que je réapprenne tout [...] je pouvais un peu dépasser le cadre législatif en France, mais sans trop non plus me mettre en danger"* (E6).

Les médecins prescrivant des hormones hors-AMM et hors protocole sont alors dans l'attente des recommandations HAS annoncées pour la rentrée 2023, afin de sortir du flou et de bénéficier d'une certaine protection juridique :

*"il faut que ça change [...] ça pourra pas s'améliorer si les médecins se sentent pas en sécurité pour prescrire"* (E1)

*"je pense que ça va rassurer les personnes qui se posent la question du hors AMM. Clairement. Il va y avoir une sorte de couverture par une société savante, donc tant mieux"* (E10)

Il est attendu de ces nouvelles recommandations qu'elles *“reconnaissent le changement des pratiques et de la société et qu[‘elles] soutiennent les médecins qui s'impliquent là-dedans”* (E1). D'après les médecins, l'encadrement des pratiques, notamment en les rendant légales, aura pour bénéfice majeur l'appui à l'engagement de plus de confrères et consoeurs aux côtés de ces médecins déjà impliqués qui se sentent en sous-effectifs pour répondre aux besoins.

Pourtant, un des médecins de l'enquête explique que le frein majeur à son absence d'engagement est le manque de disponibilité : *“moi je ne suis pas engagé auprès des transgenres au point de me former pour être capable de prescrire des hormones. J'ai déjà trop de sujets à régler.”* (E4). Mais il ajoute plus loin : *“Je suis pas quelqu'un de militant”* et précise être quelqu'un qui respecte la loi. Il confirme alors tout de même en partie que l'aspect légal constitue potentiellement un frein à son engagement.

Elles favoriseront certainement les prescriptions de la part de médecins prêts à s'impliquer dans ces prises en soins, mais à priori ne forceront pas tous·tes les médecins à adopter cette pratique :

*“celleux<sup>36</sup> qui ne sont pas plus intéressés que ça, ne vont pas forcément en tenir compte. Donc, ça va augmenter l'effectif des prescripteurs et prescripteuses (je ne sais pas si ça se dit !) les gens qui prescrivent, mais je ne sais pas dans quelle mesure ce sera suffisant pour répondre à la demande. Peut-être que non”* (E10)

Une médecin confirme la sécurité apportée pour l'annonce de ces nouvelles recommandations, et, bien qu'elles ne soient pas encore sorties, cette réassurance prend effet dès à présent :

*“en tout cas, ça déstresse un peu tout le monde. Mes collègues en tout cas qui... certaines collègues qui faisaient pas les primo-prescriptions de testo, là elles ont démarré. C'est bon.”* (E6)

De plus, les médecins les plus au fait de leur rédactions s'attendent à ce que ces recommandations répondent bien à leurs besoins, notamment du fait que de nombreuses personnes concernées soient intégrées au processus de rédaction (bien qu'une médecin déplore cependant cette part toujours trop faible) :

*“par rapport au groupe qui est monté et qui se réunit régulièrement sur le groupe HAS, connaissant les personnes, il y a plus de 50 % qui font partie des assos, qui sont des personnes concernées aussi, donc je pense que les recos seront bien.”* (E10)

---

<sup>36</sup> Contraction de “celles” et “ceux”

Cependant, une attente émise et non respectée est aussi que, la moitié des professionnel·les de santé impliqués soient des médecins généralistes *“parce que maintenant, c'étaient les médecins généralistes qui faisaient les parcours et non pas les spécialistes”*.

Une autre stratégie de protection consiste à légitimer sa pratique par l'obtention d'un diplôme dit officiel, tel qu'un diplôme universitaire, alors même que certain·es médecins se sentent suffisamment compétent·es. Une médecin raconte ne pas y avoir cherché des connaissances, mais plutôt un *“tampon de validation officiel”*, et l'élargissement de son réseau (associatif et professionnel). Elle relate avoir tout de même reçu des apports pertinents en sciences sociales conduisant à de nouvelles pistes de réflexions :

*“ça m'a apporté que je vais l'écrire sur mes ordonnances, ça m'a apporté une espèce de tampon de validation officiel, ça c'était mon objectif principal, (rire) en toute franchise, après ça m'a apporté un peu plus de réseau encore ça c'est plutôt chouette avec différentes spécialités un peu partout avec un peu les... les, voilà, les chirurgiens qui sont un peu actifs sur ces questions-là, les assos, les... bon ça c'est chouette et puis, et puis quand même des... quand même j'ai appris des trucs hein, en terme de prise en charge et puis aussi en terme de réflexion on a eu pas mal de cours de sociaux de philo sur ces questions-là c'était intéressant” (E1)*

Enfin, l'expérience peut permettre aussi de légitimer sa pratique et surtout de se sentir moins menacée :

*“bon maintenant je suis un peu moins inquiète parce que ça fait 10 ans que je fais des prescriptions [...] je suis pas à l'abri qu'il y ait quelque chose qui me tombe dessus que j'avais pas anticipé mais en tout cas je peux justifier d'une certaine expérience” (E1)*

Enfin, c'est également dans cette volonté de protection que certain·es médecins en viennent à demander des certificats psychiatriques pour certain·es patient·es (voir partie *“certificat psychiatrique”*) : *“ça me rassure en fait ça me sécurise” (E1)*.

On peut analyser le rôle des médecins généralistes engagé·es et proches des réseaux de soutien trans grâce au concept avancé par Mendras, développé plus haut. Leur groupe d'appartenance est représenté par les médecins généralistes mais leur groupe de référence est constitué des associations trans. Le rôle de médecin généraliste n'est pas défini par les associations trans, mais ils et elles se réfèrent à l'idée qu'ils et elles se font du rôle de médecin généraliste promu par les associations. Ainsi, la façon dont ils et elles remplissent leur rôle de médecin généraliste est défini partiellement par le groupe de référence des associations trans.

En conclusion, on a pu montrer dans cette partie que les médecins, conscient-es des limites de l'encadrement de leurs pratiques, usent de nombreuses stratégies pour se protéger face à cette menace, et, bien que mobilisées différemment, ces stratégies sont finalement similaires à celles utilisées pour répondre aux besoins des personnes trans.

### L'inscription dans une organisation des soins critiquée

Les considérations évoquées dans ce travail à propos des transitions médicales de genre ont presque systématiquement mené à une critique du système de soin de manière générale :

*“système où il faut faire de plus en plus vite parce qu'il y a de moins en moins de médecins, soi-disant. Parce qu'on n'optimise pas les ressources de santé, parce qu'on est payé 4x moins que le salaire moyen qu'on devrait avoir pour notre niveau de compétences et de difficulté de travail. Et ça, ça pousse les gens à faire du volume et de la va-vite alors qu'on a un job qui a besoin de temps pour être bon sur la vie des gens [...] j'ai l'impression qu'on fait de la médecine comme on fait de la politique : il faut que ce soit tout de suite, maintenant. On fait un truc pour 5 ans et puis le long terme, on s'en fout un peu. Et quand ça s'effondre, c'est pas grave [...] Je pense que ça fait 60 ans qu'on lâche la santé pour qu'on arrive dans le privé. Et on y arrive. Donc il y a encore plus une médecine à deux vitesses. Et moi je ne me reconnais pas du tout là-dedans et je serai peut-être pas médecin toute ma vie. A mon avis je dirai stop et je ne veux pas participer à ce système-là.” (E3)*

En effet, les manquements du système de soins et contraintes associées accentuent les difficultés rencontrées par les personnes trans, notamment, comme cela a été soulevé ci-dessus, à cause du manque de temps disponible pour les médecins généralistes, temps nécessaire à l'accompagnement complet et satisfaisant des personnes trans, sans laisser la santé mentale ou l'aspect social de côté par exemple, étant donné les embûches auxquelles elles peuvent être confrontées.

De plus, comme déjà peu de médecins sont formé-es et aptes à recevoir ces personnes comme il se doit, la pénurie de médecins impacte d'autant plus les personnes trans. Une médecin expose la situation de personnes trans qui *“ont cherché désespérément un endocrino pour prescrire et qui n'ont pas trouvé et effectivement tu vas te retrouver sur l'automédication et ça c'est classique.” (E1).*

La pénurie de médecins généralistes fait reposer sur celles et ceux qui exercent une charge de travail démesurée, ne leur permettant pas d'œuvrer dans de bonnes conditions : *“ce qui semblerait plus pertinent médicalement est pas réalisable en pratique, des fois c'est un peu compliqué”* (E3). Cela peut les rendre *“inquiet sur l'avenir”*, et désenchanter le métier : *“C'est plutôt ça qui est très très lourd [...] ma pratique de la médecine générale me plairait pas mal, si les conditions d'exercices étaient un petit peu meilleures”* (E4), allant jusqu'à entraîner des cessations d'activité :

*“il y avait beaucoup, beaucoup, beaucoup le contexte politique et l'impossibilité d'exercer notre métier correctement. Et que du coup, de produire de la violence, même en faisant tout pour ne pas en produire, est lié au contexte. Et au contexte de carence organisée des soins et de la carence en médecins. Et toute la régression qui est en cours depuis vingt ans. Et qui est connue.”* (E6)

De plus, l'accès au remboursement par la CPAM des actes liés à la transition peut s'avérer très complexe, avec de nombreux refus et surtout des disparités territoriales, car toutes les CPAM n'ont pas les mêmes exigences : *“eux ils s'appuient aussi sur ce texte de 2009 [...] actuellement dans \*département\*, s'il y a pas un certificat d'un psychiatre et d'un endocrinologue, là l'ALD ne passe pas”* (E1). D'autant plus que dans le département mentionné ici, un seul endocrinologue accepte de prescrire des hormones aux personnes trans, et donc celles-ci sont obligées de passer par lui pour accéder au certificat requis par la CPAM, même si elles ne souhaitent pas prendre d'hormones.

Pour autant, les médecins interrogé·es étaient totalement favorables à la prise en charge de ces actes par l'assurance maladie : *“Nan, franchement on rembourse les cures thermales alors j'ai envie de te dire on peut bien rembourser ça hein. C'est quand même sûrement beaucoup plus utile au patient de faire une transition que de faire une cure thermale.”* (E2), bien que le fait que ce remboursement puisse dépendre de certificats médicaux n'était pas toujours remis en question : *“Que ce soit restreint, ça ne me choque pas du tout. Je trouve que c'est bien qu'il y ait des médicaments qui soient en prescription restreinte parce que sinon tout le monde ferait tout et n'importe quoi”* (E3).

Les médecins déplorent le nombre de médecins généralistes primo-prescripteur·rices trop faible pour répondre aux besoins des personnes trans, et des délais pour consulter les spécialistes (gynécologues et endocrinologues) trop longs. Les spécialistes sont aussi concentré·es dans les grandes villes : leur répartition est source d'inégalités territoriales de santé, les distances à parcourir étant excessivement longues pour les personnes vivant en milieu rural.

Un médecin explique aussi le faible nombre de médecin prescripteur·rices d'hormones par ce qu'il appelle "le complexe de la Médecine générale", qu'il retourne finalement car pour lui les médecins généralistes sont justement les médecins essentiel·les dans tout type de prises en charges de long terme :

*“parce qu'on n'est que de pauvres médecins généralistes qui ne savent rien faire et parce qu'on nous l'a répété toute notre vie. [...] Et dans plein de domaines, il y a une sorte de non-valorisation de la Médecine générale, et en fait on s'aperçoit que l'on fait dix fois mieux que plein d'autres professionnels soi-disant experts, donc ... ne serait-ce qu'en étant bienveillant, empathique et à l'écoute, juste ça, ça fait 90 % du boulot, après se prendre la tête sur des micro-dosages, des macro-dosages, enfin ... on n'est pas ... ce n'est vraiment pas l'essentiel de l'hormonothérapie, c'est tout ce qu'il y a autour.”*  
(E10)

Les médecins généralistes peuvent être considéré·es par certain·es comme premier·ères opérateur·rices de changement, déjà par leurs pratiques et leur organisation.

Cet engagement pour actionner ces avancement peut même être considéré comme inhérent au rôle du médecin généraliste, car nécessaire à la bonne réalisation de sa mission principale, favoriser la bonne santé de ses patient·es :

*“Je pense que de toute façon pour ... c'est idiot, mais pour être un / une bonne médecin, il faut être militant quoi qu'il se passe, pour tout. C'est-à-dire, pour le droit de prescription, pour le droit d'accès aux soins, pour le droit des personnes qui nous consulte, si on n'est pas un minimum militant, et que l'on se contente juste d'appliquer des recos et que l'on attende que les recos se forment, et bien je pense que l'on peut attendre très longtemps et on peut se brosser ... [...] quand je vois ce que la Maison de Santé de Lille a fait depuis ces 15 dernières années, clairement on n'a pas attendu les endocrinologues pour prescrire les hormones et ... et du coup en fait on est juste là pour le bien-être et pour améliorer la santé, ... mais la santé globale donc ça englobe tout, la santé physique, sociale, sexuelle, la santé psychique et c'est notre boulot en fait de médecin. Donc, si on n'a pas ce minimum de militantisme et bien ... je pense qu'on ne fait pas forcément bien notre boulot [...] enfin tout le système médical a évolué au fur et à mesure, notamment grâce aux médecins qui s'impliquaient, et aux personnes concernées, c'est-à-dire les patients et les patientes, donc du coup, ouais, c'est aussi un peu notre rôle en tant que médecins de voir les défaillances du système et de voir comment l'améliorer.”* (E10)

Plus spécifiquement, une perspective d'amélioration du système est placée entre les mains des plus jeunes générations, plus conscient·es des violences opérées et donc probablement plus aptes à entraîner des changements :

*“Mais je pense, en tout cas, que les étudiants / étudiantes se rendent compte qu’il y a des choses qui ne sont pas cohérentes, et qui ne sont pas normales. On me parle énormément de violences gynéco, de violence médicale, et ... ben du coup ça fait un peu partie de l'accueil d'une personne trans. En tout cas, je pense que ça va bouger au fur et à mesure, avec du temps, j'espère que ça va aller dans le bon sens” (E10)*

En conclusion de cette partie abordant les pratiques des médecins généralistes face aux demandes de transitions médicales de genre, on peut voir que les postures développées par les médecins engagé·es sont très proches des préconisations portées par les associations trans, ce qui peut être moins vrai pour les autres médecins.

## IV. Parcours de médecins engagé·es dans l'accompagnement des transitions médicales de genre

Un focus est fait ici sur le groupe des médecins impliqué·es dans l'accompagnement des personnes trans. En effet, il semble pertinent de mettre en lumière les spécificités de leurs parcours, qui soulèvent les questions suivantes : comment devient-on médecin allié·e des personnes trans ? Comment est-on sensibilisé·e à ces questions spécifiques ? Quels sont les facteurs d'engagement ?

Le premier est sûrement d'avoir au moins été confronté·e aux besoins des personnes trans : *“je me suis jamais intéressé à la question ici à \*ville\*, parce que jamais eu la demande de patient” (E7)*. Mais même cet événement peut être favorisé par le parcours des médecins, de l'environnement de vie personnel aux choix de carrières.

Dans cette partie, toutes les citations sont anonymisées dans l'objectif de ne pas permettre l'identification des personnes enquêtées (au regard des éléments uniques en France qui pourraient permettre d'associer des personnes à des discours tenus lors des entretiens).

### Entourage personnel

Tout d'abord, il est apparu au cours des entretiens que le fait d'avoir des proches concerné·es par les transidentités ou d'être soi-même concerné·e sont de grands facteurs de sensibilisation aux problématiques rencontrées par cette population.

*“moi, j'avais plus la sensibilité sur les questions de genre parce que voilà, parce que j'ai passé dix ans de ma vie à me demander si je transitionnais”*

Les choix d'orientations professionnelles sont aussi façonnés par l'influence de la famille :

*“comment je me suis retrouvé en Gynéco-obst, je le sais très bien, parce que je viens d'une famille qui est très très ouverte sur la question de la Santé sexuelle, j'ai des médecins généralistes dans ma famille qui font des IVG chirurgicales depuis des lustres et du coup je me suis très vite orienté justement sur les Centres de Planification. Ensuite, tout ce qui est trans ... et puis, on m'a toujours parlé contraception, IVG, à la maison, sans aucun tabou, donc ça n'était pas ... c'était plus une évidence pour moi.” ; “Après la question sur la transidentité, c'est plus à partir du moment où j'ai commencé à avoir des proches qui faisaient partie de la communauté trans, et bien en tant que proche, forcément on ne peut que se sentir impliqué et investi, et voilà les premières personnes*

*qui m'ont un peu poussé dans le truc c'était des proches, des amis, qui m'ont un peu fait l'état des lieux de ... en fait tu te rends compte, il n'y a aucun endoc qui me reçoit, il n'y a pas de médecin généraliste qui a de la place et du coup, il se trouve que c'était aussi des collègues du centre dans lequel je travaille, et ça nous donné encore plus la gagne en fait pour créer le projet."*

## Parcours particuliers au sein de la formation de médecine

- Chercher à appréhender les situations problématiques vécues pendant les études

Plusieurs médecins ont relaté avoir vécu des situations problématiques au cours de leurs études de médecine. Ils et elles ont été marqué·es par ces expériences de violence, les menant à questionner le système de soin dans son ensemble :

*"[...] la violence sociale en général et la violence à l'intérieur de la médecine, je pense que ça a cristallisé un peu un truc où je me disais « non mais ça va pas du tout, c'est pas possible de parler aux gens comme ça, de les traiter comme ça »"*

Même si ces situations n'ont pas été vécues directement, elles ont pu être relatées par ses collègues (ici co-externes) :

*"J'en avais entendu parler de loin, notamment à \*ville\*, en pédopsychiatrie, où des collègues avaient parlé d'une équipe de soin qui était maltraitante envers des enfants trans. Enfants, adolescents, adolescents plutôt."*

Il est question ici notamment de situations de mégenrage et la non-reconnaissance de la transidentité : *"telle personne elle a tellement de problèmes psy, elle est pas en capacité de dire alors qu'il ne s'agissait même pas de problématiques délirantes, mais plus d'humeur dépressive"*. Bien souvent la position d'étudiant·e ne permet pas de pouvoir intervenir ou même de pouvoir en discuter au sein du service :

*"on n'avait pas fait grand chose en soi [...] mes collègues avaient juste fait remarquer que c'était important d'utiliser les bons termes et s'étaient pris une vive hostilité de l'équipe"*

De la même manière, dans une autre situation : *"j'avais assisté à une consultation hyper raciste, et à part des regards gênés, je n'avais rien fait"*.

Une première stratégie consiste à se regrouper avec des collègues, par exemple des internes de sa subdivision, partageant une même sensibilité pour échanger et partager ses ressentis :

*“[...] récits de maltraitance de personnes trans, par des potes. On avait quand même un petit groupe de personnes. On n’était pas beaucoup, mais quand même, un petit groupe à savoir qu’on avait une sensibilité quand même à ça et à se connaître un petit peu”*

Au départ, un manque d’outils pour appréhender et comprendre ces vécus est exposé :

*“Mais à l’époque, je n’avais pas forcément les mots pour. Je voyais bien qu’il y avait quelque chose qui allait pas, mais j’avais du mal à dire quoi”.*

Ces observations, couplées au sentiment d’impuissance en tant qu’étudiant·e, au manque d’outils et de recul, ont pu engendrer une volonté d’arrêt des études :

*“Je pense que ça fait très longtemps que j’ai pensé à arrêter beaucoup de fois la médecine pendant que j’étais en études de médecine à cause de tout ce que je voyais, qui n’allait pas, notamment de discrimination et tout ça.”*

La réponse déployée peut être de se tourner vers des milieux politiques pour chercher une aide à comprendre et déconstruire les mécanismes sous-jacents les constatations faites à l’hôpital ou à la faculté. La confrontation à certaines limites de cette manoeuvre peut la rendre insuffisante, et alors une autre ressource peut être trouvée dans les sciences sociales :

*“j’ai rencontré des milieux politiques qui m’ont aidé·e quand même pas mal à mieux comprendre ce qui se passait, tout ça. Mais je trouvais que c’était toujours euh.. enfin j’arrivais toujours au bout, un moment, des limites, des trucs. Genre à chaque fois, je sais pas, j’étais dans les milieux qui voulaient déconstruire les normes, etc, de mille trucs, des choses très variées. Puis je me rendais compte que toujours, il y avait de la reconstruction énorme derrière. Donc c’était genre un espace de liberté pendant un temps et puis en fait finalement, il fallait quand même re-coller à des nouvelles normes qui... Et du coup, c’était plus un espace de liberté. Et donc, finalement, ben je me suis dit que j’avais envie de mieux comprendre un peu tout ce qui jouait là-dedans et de prendre le temps de réfléchir à tout ça. Donc je me suis dirigé·e vers la philo pendant mon internat et c’est ce qui m’a aidé·e à tenir en fait, à pouvoir finir l’internat.”*

Le double cursus en sciences sociales peut effectivement aider à appréhender les difficultés rencontrées : *“lire Foucault, ça aide quand même vachement à comprendre comment la médecine est un organe de pouvoir”.*

– Découverte de modèles différents

Les médecins engagé·es auprès des personnes trans ont parfois eu l’opportunité de découvrir d’autres modèles de soin que celui présenté communément lors du cursus classique de médecine générale. Ces expériences ont pu se réaliser à l’étranger ou en France avec le modèle de santé communautaire. Ces considérations ont permis dans un premier temps de réaliser qu’il n’existait pas qu’une seule manière de pratiquer la médecine :

*“ [...] parti·e faire un Erasmus en Belgique pendant un an et que j’ai vu... et en fait à ce moment-là, j’ai compris que la manière de faire en médecine, c’était pas la manière de faire universelle et que ça pouvait être autrement. Et que du coup, à partir du moment où tu te dis que ça peut être autrement... Ben oui, c’est ça. La porte est ouverte, tu te dis « OK, ben du coup changeons, ou essayons de changer, de faire bouger les choses ». Parce que oui, en Belgique il y avait ni ce rapport... Enfin, bon après je pense que les Belges dirait que c’est pas si idéalisé que ce que moi je vais en dire. Mais en tout cas il y avait, pour moi, beaucoup moins ce rapport hiérarchique entre les professions et aussi avec les personnes. Par exemple, il y avait des cours de clinique à l’époque, donc c’était pareil, avant 2010. Il y avait les cours de clinique, donc c’étaient des cours où des patients / patientes venaient parler pendant deux heures de leur maladie et de leur histoire. Ce qui paraît incroyable. Et ça, c’était une grosse partie de l’enseignement. C’était génial. Et parce que du coup, les personnes, quand elles parlent de leur maladie, elles parlent de tout ce qui va autour.”*

On aperçoit une fois de plus la volonté d’une meilleure prise en compte des savoirs expérientiels, qui ne semble pas encore acquise en France au moins à l’époque évoquée (avant 2010).

Souvent, la recherche de ces expériences autres est intimement liée au regard critique sur les situations difficiles vécues, développé ci-dessus.

*“il fallait que je me barre. Dès que j’ai pu me barrer, j’ai essayé de faire ça. Je suis parti aussi deux mois à Montréal entre l’externat et l’internat je crois. En stage d’été pour aller voir encore comment ça se passait ailleurs. Et là, pareil, c’était génial. De voir d’autres manières de faire, notamment sur tout ce qui était en rapport à la contraception et tout, c’était hyper rigolo. Parce que j’étais en stage de gynéco. On me disait « Vous, vous êtes bizarre quand même en France, avec votre pilule et avec votre*

*grand stéréotype, que le stérilet, faut pas les mettre chez les nullipares. N'importe quoi. Il n'y a pas de problème avec le stérilet chez les nullipares. Faut arrêter »*

De plus, la santé communautaire peut être découverte lors de certains stages d'internat. Le choix de la subdivision pour réaliser son internat a même pu être réalisé pour cette possibilité à certains endroits, ce qui montre que l'appétence pour cette approche était déjà présente. Ces initiations ont permis de développer des compétences spécifiques, notamment requises pour l'accompagnement de populations précarisées :

*“j'avais appris à faire tout un tas de trucs de médecine sociale qu'on n'apprend pas du tout dans les études de médecine classiques. Genre faire des dossiers MDPH comme il faut, faire toute la procédure pour les titres de séjour étrangers malades, par exemple, faire les certificats de recours au tribunal administratif”.*

- Réaliser sa thèse en lien avec les transidentités

La thématique de thèse d'exercice de deux des médecins interrogé·es portait sur les transidentités.

La confrontation aux difficultés rencontrées par les personnes trans peut être un facteur favorisant ce choix de sujet. Un médecin qui dirige des thèses d'internes explique un processus réflexif menant possiblement à cette décision :

*“ [...] internes qui avaient assisté à des violences médicales notamment sur l'accueil des personnes trans et en gros les trois internes m'ont dit en fait « j'ai envie de faire ma thèse dessus »”*

Une médecin explique ce qui elle l'a mené au choix de son sujet :

*“À la base, il y avait un peu un truc de curiosité et de fascination pour le côté transidentité. Parce qu'on en entendait de plus en plus parler dans les médias, il y avait des films sur le sujet et tout. Et moi, c'était quelque chose, en grandissant, j'en avais jamais entendu parler. Donc il y avait un côté quand même très curiosité [...] En fait, je ne suis pas énormément l'actualité. Et pourtant, quand je voyais passer des articles sur ce sujet là, ça m'intéressait et je lisais en fait [...] Je pense que c'est aussi un truc qui touche tellement profondément l'identité, les personnes dans ce qu'elles sont au plus profondément que c'est hyper interpellant de se dire : je n'y connais rien, pourtant, il y a des gens que ça remue profondément en eux.”*

Suite à ce premier intérêt basé sur de la curiosité, est née la sensation de besoin d’approfondir le sujet pour savoir agir au mieux si elle était confrontée à des demandes de personnes trans : “je voulais mieux connaître les personnes trans et pouvoir améliorer leur accueil, et cetera. Et donc, pour ça, c’était leur donner la parole.”

Ainsi, la plus grande visibilité de ces identités et des problématiques auxquelles ces personnes peuvent être confrontées impacte les médecins, qui sont amené·es à se questionner sur leurs pratiques éventuelles, et à se renseigner en amont, menant à la réalisation de la thèse, l’implication d’autres médecins autour (comme la tutrice) qui sont amené·es à leur tour à se questionner et acquérir au moins des connaissances :

*“après, un truc très réflexif sur en fait, ça reste quand même une problématique médicale, parce qu’il y a, pour toute une partie des personnes trans, il y a un souhait de transition médicale et donc besoin d’un médecin, d’un accompagnement, etc. Et moi, en fait, on m’en a jamais parlé dans mes études. Donc si demain je reçois un patient trans, je sais pas, je ne savais même pas comment s’adresser à un patient trans. Et enfin voilà, j’avais vraiment zéro connaissances. Donc c’est parti de ce contraste de : on en parle de plus en plus dans la société et on n’en parle pas du tout dans les études de médecine. Donc j’ai commencé à creuser le sujet et c’est là que je me suis dit en fait, j’aimerais bien en faire un sujet de thèse. Et donc j’ai demandé, c’était ma tutrice de la fac, \*Nom\*, je lui ai demandé si elle voulait bien m’accompagner sur le sujet. Elle n’y connaissait rien non plus. On n’était pas du tout des expertes du sujet et du coup, on a monté le sujet.”*

Ces travaux ont bien entendu permis de développer les connaissances des médecins sur les prises en charges médicales des transitions de genre, mais également de cultiver une sensibilité aux enjeux d’accès aux soins, et de connaître les partenaires potentiels sur leur territoire. Ces notions ont une implication directe dans leurs pratiques.

– Formations complémentaires et rencontres de personnes clés

Les médecins engagé·es auprès des personnes trans ont fréquemment participé à des formations complémentaires, soit une fois impliqué·es dans ces prises en charge, soit avant dès le début de l’internat avec souvent une appétence pour la santé sexuelle ou la santé communautaire. Entre double internat Médecine – Gynécologie obstétrique et réalisation de DU de gynécologie, beaucoup ont eu accès à d’autres terrains de stages : Planning Familial, centres de santé sexuelle

(anciennement Centres de Planification et d'Éducation Familiale (CPEF)), CEGIDD, Centre de Santé Sexuelle d'Approche Communautaire (CSSAC), etc.

*“des DU de gynéco, et puis forcément je me suis intéressé à la question des IST, donc j'ai fait un D. U. sur la prise en soin du VIH en France, des différentes IST et j'ai commencé à travailler dans un centre, le CSSAC (Centre de Santé Sexuelle d'Approche Communautaire)”*

La fréquentation de ces espaces permet également de se créer un réseau de personnes qui deviennent de véritables ressources pour les médecins en formation, contrairement à d'autres maître·sses de stage en cursus classique :

*“Mes stages en gynéco-obstétrique étant des stages hospitaliers pour la plupart, on va dire que la violence médicale, la violence gynéco-obstétrique, elle est bien connue et les Maîtres de stage si on peut les appeler comme ça, ne sont pas forcément bienveillants. Les seules personnes bienveillantes sur lesquelles j'ai pu me reposer, c'était vraiment les personnes chez qui j'ai travaillé en Planning Familial, notamment en hospitalier ou en ambulatoire, parce que j'ai fait les deux, j'ai travaillé dans des CPEF hospitaliers, dans des CPEF Départementaux ambulatoires, et donc là c'était donc des personnes qui m'ont formé, qui m'ont accompagné pendant des D. U., ma directrice de thèse, ma directrice de mémoire aussi, enfin ... voilà, j'ai su trouver du soutien et ce qui est assez marrant c'est que ces personnes qui sont gynécos, à l'heure actuelle ne l'étaient pas avant, c'étaient toutes des médecins généralistes, qui ont demandé une évolution, une capacité gynéco après plusieurs années à travailler dans le domaine. Coïncidence, je ne sais pas !”*

Ces expériences en stage mènent ensuite à exercer une activité dans ces structures, comme ce médecin qui a été remplaçant un jour par semaine pendant son internat au CPEF, ou bien à y coupler son activité de médecine générale en cabinet libéral :

*“[...] je fais exclusivement du libéral, mais j'ai une convention avec un centre de santé sexuelle du coup pour des IVG médicamenteuses en ambulatoire, et j'ai fait un D. U. de Gynéco, suivi des naissances, suivi des femmes, en tout cas à l'époque ça s'appelait comme ça (rires).” (Ici le rire sous-entend que le fait d'associer grossesse et femme appartient à “l'époque”, et que ça devrait changer maintenant, avec la possibilité pour les hommes trans et personnes non-binaires de porter un enfant)*

Par ailleurs, plusieurs enquêté·es se sont également tourné·es vers la carrière universitaire, pour s’impliquer dans la formation des étudiant·es, ainsi que dans la recherche. Ce résultat peut également être lié à un biais de recrutement : en effet les médecins acceptant de participer à des études sont souvent particulièrement intéressé·es par la recherche et le statut universitaire les sensibilise aux besoins des internes pour mener à bien leurs projets de thèse.

*“mais je suis également prof universitaire, je donne des cours à la Fac, je suis Maître de stage, je dirige des thèses [...] 3 thèses sur le sujet de la transidentité en santé et en Médecine générale”*

Des différences entre les médecins en cursus universitaire (DMG) et les autres sont soulignées, attribuant une pratique plus adaptée pour les premier·ères, menant au souhait d’adopter cette carrière :

*“[...] des enseignants au département, que je trouvais très brillants, que je trouvais très au courant des dernières recos, [...] très à la pointe. Et ma maître de stage, qui était à la fac aussi, je la trouvais très compétente et très, justement, très réflexive, très à jour par rapport à mon autre maître de stage qui n’était pas à la fac et qui se tenait pas trop à jour et qui travaillait un peu sur son expérience [...] j’ai envie de me tenir à jour et du coup je me suis dit garder un pied à la fac, c’est une façon de rester en lien avec ce qui évolue dans la médecine, etc”*

## Stratégies d’adaptation au cours de la carrière médicale

### – Regroupement en collectif de soignant·es féministes

Les médecins non satisfait·es de l’enseignement reçu en cursus initial, cherchant du soutien et un espace de partage des difficultés, peuvent essayer de se regrouper entre médecins ou soignant·es partageant les mêmes valeurs. Ces médecins ont parfois pu se rencontrer au sein de milieux militants et/ou féministes, et, résidant dans des villes différentes en France, partagent le sentiment d’être isolé·es. La création d’un collectif de soignant·es féministes a ainsi été relatée, réunissant différentes professions du soin, puis élargi à d’autres personnes comme travailleur·euses pair·es par exemple. Ils et elles se réunissent plusieurs week-ends par an pour partager les vécus :

*“Au début, c’était un groupe d’auto support, pour survivre aux études de médecine, en fait, de médecine et aux études de la santé en général [...] où on avait réfléchi aussi à*

*transformer nos pratiques [...] travailler sur nos postures, nos manières de faire du soin”.*

En préparation de chaque week-end, ils et elles choisissent collectivement une thématique à aborder (par exemple les soins gynécologiques, la santé mentale, les douleurs chroniques, etc) et chacun, chacune prépare des ateliers, en fonction de son appétence et de ses connaissances/compétences. Ces personnes ont ainsi créé un support d’auto-formation, mobilisant des outils d’éducation populaire.

Ces regroupements offrent également un lieu d’échange tout au long de l’année via des canaux de communication pour partager des informations, événements, offres d’emploi, avec le souhait pour certain·es de travailler ensemble dans des structures en phase avec leurs valeurs. Pareillement, dans le cas de l’exercice libéral partagé, le choix du cabinet, particulièrement des collègues avec qui l’on travaille semble précieux : *“c’était déjà beaucoup plus cool d’être ensemble et de pouvoir être solidaires, etc.”*

– Instituer une activité en accord avec ses valeurs

Cette partie présente deux pratiques spécifiques développées par les médecins rencontrés. Dans un premier temps, le “Parcours Santé Trans” (PST) au sein d’un centre de santé sexuelle. Dans un second temps, nous découvrirons une manière d’exercer la médecine générale, qui pourrait être appelée “médecine sociale”, et ses particularités. Nous verrons que ces pratiques sont fortement liées aux parcours des médecins impliqués, leurs expériences vécues, rencontres passées, etc.

Le PST a été créé pour répondre à un besoin : le médecin d’un centre de santé sexuelle recevait des personnes trans pour leur suivi gynécologique ou pour la délivrance de la PrEP, et rencontrait des difficultés pour les rediriger vers un suivi de leurs prises d’hormones. Ce parcours consiste en un accompagnement des parcours de transitions hormonaux des personnes trans, comprenant une consultation avec un·e médecin généraliste.

Par la suite, ce parcours ne cesse de se développer, afin de pouvoir répondre à la demande des personnes trans :

*“À savoir qu’au début on était à 4 heures toutes les 2 semaines, et en fait on a une telle demande, on s’est retrouvé submergé par la demande des consultants et consultantes, que l’on est passé à 8 heures toutes les semaines. On a quadruplé nos consultations en l’espace de 6 mois. Et on est déjà submergé malgré l’augmentation.”*

Le PST a pu être créé grâce à plusieurs facteurs.

En premier lieu, les connaissances et compétences liées au parcours de ce médecin à l'origine du projet ont nécessairement été un prérequis indispensable :

*“je me suis dit, des hormones j'en prescris tous les jours en Planning Familial, l'approche Santé Communautaire, je sais faire, j'en fais tous les jours aussi, pourquoi pas jumeler !”*

Ensuite, ce parcours a été pensé selon l'approche communautaire, et donc co-créé en étroite collaboration avec les personnes concernées et leurs associations :

*“il y a une condition sine qua non, c'était que l'on fasse de la médiation en santé donc que l'on travaille le projet avec des personnes concernées et du coup c'est ce que l'on a fait, et c'est comme ça que l'on a créé ce parcours de soins”*

Une autre source d'accompagnement à ce projet est une structure ayant déjà développé ce type de pratique :

*“Je me suis rapproché également d'une Maison de Santé pluripros qui s'appelle la Maison de Santé Dispersée qui est à Lille, qui est une Maison de Santé qui suit des personnes trans depuis plus d'une dizaine d'années, donc je me suis dit autant aller au plus proche des personnes qui savent faire et qui font déjà depuis longtemps et donc en fait ils nous ont formé toute mon équipe pour justement qu'on puisse monter notre projet de soin”*

Le réseau de professionnel·les et personnes trans a aussi été un appui :

*“On s'est également rapproché du ReST (Réseau d'Echange en Santé Trans) et du coup j'en suis membre actif depuis un petit moment maintenant, ce qui m'a permis de peaufiner un peu notre parcours de soins au fur et à mesure.”*

On constate clairement l'émergence d'une interaction réciproque entre les faits évoqués.

La réalisation de ce projet a nécessité la formation de toutes les personnes impliquées :

*“Il y a eu des formations officielles notamment sur l'accueil des personnes trans, et donc là on a demandé à ce que tous nos centres de santé soient formés. Alors de base on est un centre de santé d'approche communautaire LGBTQIA+, donc les personnes étaient quand même déjà au contact avec le public”*

La formation ne s'opère pas seulement pendant les moments qui y sont formellement dédiés, mais aussi en côtoyant les personnes concernées et les associations :

*“Donc, d’abord avec les assos, ACCEPTESS T et l’EST ont énormément participé au montage de notre projet, ce qui fait qu’on les a côtoyés très fréquemment et on continue à les côtoyer, et puis ensuite soit au sein de formations officielles, soit ben dans nos réunions de projets de groupe”*

Enfin, une volonté de la direction du centre, ainsi qu’une volonté politique pour les financements ont également été nécessaires.

Ce projet s’est construit autour des médecins généralistes, se passant des spécialistes (endocrinologues). Cette décision a certainement été rendue possible grâce au modèle d’un autre centre de santé fonctionnant ainsi :

*“on a eu des subventions, officiellement c’étaient pour des endocrinologues, pour des consultations d’Endocrinologie. Après pas mal d’entretien d’embauche, on s’est aperçu qu’en fait que l’on se passerait volontiers des endocrinologues, et du coup en fait on a décidé de former tous nos médecins généralistes de notre centre [...] après avoir rencontré la Maison de Santé Dispersée de Lille, qui n’est composée que de médecins généralistes, qui faisaient aussi bien de la primo prescription de testostérone, enfin de tout, on s’est très vite rendu compte que c’était plus un papier officiel qu’autre chose, qu’on n’en avait pas forcément besoin et c’est surtout que les endocrinologues eux-mêmes pendant les entretiens d’embauche n’étaient pas bienveillants, ils n’étaient pas safe pour notre public, et clairement on allait créer de la discrimination et c’était hors de question”*

Au final, ce projet permet de réduire les délais d’attente à deux ou trois semaines, et moins d’une semaine pour les personnes les plus vulnérables (primo-arrivantes sur le territoire français, sans droits sociaux, etc) adressées par le FLIRT<sup>37</sup>. Cette réduction des délais est aussi le fruit de la bonne orientation et le contact préalable aux consultations par les médiateur·rices pour éviter des consultations médicales pour des motifs non médicaux, comme se procurer un nom de chirurgien·ne par exemple.

Les nombreux avantages du travail avec les médiateur·rices pair·es sont vantés :

---

<sup>37</sup> Collectif de soutien entre femmes trans handi, TDS, migrantes et/ou précarisées

*“le message va être aussi donné par notre médiatrice ou notre médiateur en santé de trans, qui sont elles-mêmes des personnes trans et en fait le message passe beaucoup plus vite, il y a encore une fois la question de pair à pair c’est essentiel et ça permet de résoudre énormément de soucis ou de difficultés.”*

La réussite de ce projet a ensuite permis sa diffusion :

*“suite à ce projet j’ai aussi ouvert des consultations d’hormonothérapie en Centre de Planification où je travaille”*

Le médecin interrogé souhaiterait que ce type de projet se déploie à bien plus grande échelle :

*“dans n’importe quel Centre de Santé Sexuelle Publique, il faudrait qu’il y ait ce genre d’offre. Ça a commencé par les Centres de Planification et d’Éducation Familiale, surtout à Rennes, il me semblait que c’était les pionniers et puis ensuite ça s’est diffusé et en fait à partir du moment où on fait de la Santé sexuelle, il faut que l’on soit capable de répondre à tout type de demande en Santé sexuelle, sachant qu’évidemment je ne confine pas la question de genre et la transidentité uniquement à une question de santé sexuelle, c’est bien plus que ça. Et à partir du moment où ne serait-ce que l’on prescrit des hormones, il faudrait prescrire des hormones à toutes les personnes qui le souhaitent [...] il faudrait que ça soit dans un premier temps peut-être dans le secteur public en Centre de Santé, après il faudrait que tous les médecins généralistes s’y mettent, c’est comme pour la PrEP ça a mis du temps, mais une fois qu’ils ont eu le droit de prescription et qu’on les a un petit peu conforté sur le fait qu’il y ait des protocoles nationaux, qui étaient validés”*

Nous allons maintenant développer une manière de pratiquer la médecine générale qui a pu être décrite au cours des entretiens et qui a pu être nommée “médecine sociale”, ou “médecine féministe queer intersectionnelle”, vers laquelle plusieurs médecins veulent tendre, afin d’avoir un exercice au plus proche de ses valeurs.

Cette pratique implique dans un premier temps une réflexion sur sa posture de médecin, sa manière d’entrer en relation avec ses patient·es, et de considérer leur capacité d’agir :

*“changer d’abord de posture. [...] Déjà de faire confiance aux personnes, ce qui est tout le contraire de ce qu’on apprend en médecine. En tout cas moi, de ce qu’on m’a appris. De ne pas être dans une position ascendante, plutôt quelque chose de plus horizontal. Pas dans la toute-puissance, mais plutôt de savoir dire qu’on sait pas, qu’on n’a peut-être pas de solution. Que c’est clairement pas le rôle des soignants soignantes de*

*décider à la place des gens. Sauf situation d'extrême urgence, bien sûr. Mais que l'idée, notre rôle, c'est plutôt de transmettre les informations, d'expliquer les enjeux pour que la personne puisse choisir pour elle-même. Et ne pas être dans non plus... Oui c'est ça, un truc qui se voit des fois, c'est dès qu'on parle de médecine sociale, c'est une posture plutôt de pitié, de misérabilisme [...], de ne pas tomber là-dedans non plus. Et de vraiment, ça, c'est peut-être le plus difficile à capter, c'est de vraiment se dire : la personne en face de moi est une personne à part entière. Elle est capable de comprendre tout ce que je vais expliquer, elle est capable de décider pour elle-même. Et même si cette personne ne sait pas lire, ou parle une autre langue, ça n'empêche pas de comprendre les enjeux pour sa propre santé et donc de donner les mêmes informations à tout le monde, les mêmes possibilités de choisir à tout le monde. Et pas dans un truc euh... Ni de considérer qu'en fait on a... qu'il y a une égalité de fait. On est tous égaux, égales et voilà, ça c'est complètement invisibiliser le social, mais pas non plus la posture de charité [...] ne pas juger les modes de vie et de ne pas être non plus dans des postures politiques”*

Cette approche est également fondée sur l'écoute et l'adaptation des prises en charge :

*"Il faut écouter beaucoup. Avoir cette capacité à se mettre à la place de l'autre personne, essayer de capter ses enjeux. Mais c'est surtout beaucoup, beaucoup écouter et demander. Poser les questions : qu'est ce qui est possible pour vous ? Qu'est ce qui est envisageable ? Où est ce que vous, vous voyez des solutions ? Et du coup, ça veut dire qu'il y a aucune solution toute faite. Faut adapter toutes les prises en charge. Tout personnaliser. Et ça, ça prend énormément de temps.”*

Il s'agit également, au sein de la relation de soin et dans les prises en charge, de ne pas laisser la place à ses propres valeurs morales ou préférences politiques par exemple, afin de réellement ne jamais laisser transparaître de jugement :

*“C'est vachement important parce que c'est pas le plus facile, parce qu'on a toutes des idées ou des valeurs morales. Donc en fait, ça veut dire vraiment les mettre de côté et partir des valeurs morales de la personne. Ça c'est pas facile”*

L'approche féministe de la médecine concerne entre autres la notion de care :

*“[...] super care, ou je sais même pas trop comment on peut dire que font les soignantes féministes qui font du care parce que souvent c'est des femmes ou des personnes qui ont*

*été sociabilisées comme des femmes dans leur vie, et en plus elles rajoutent une couche de féminisme qui fait que du coup elles vont faire carrément du care plus plus plus.”*

Ces pratiques peuvent découler d’expériences passées militantes, des vécus de situations complexes dans des espaces communautaires qui ont pu être discutés dans les espaces créés par le groupe de soignant·es féministes, mais aussi d’apprentissages en stages d’internat en centres de santé communautaire.

Ensuite, cette pratique nécessite la maîtrise de compétences administratives spécifiques, qui ne sont pas développées au cours des études de médecine classiques, entraînant beaucoup de médecin à ne pas se sentir concerné·es par l’aspect social des prises en charge. Cela peut concerner par exemple de connaître les fonctionnements des dossiers MDPH, des procédures pour les titres de séjours étrangers malades, des certificats de recours au tribunal administratif. Ces démarches ont pu être découvertes et apprises en stage d’internat en centre santé communautaire.

*“Et puis après, il y a tout ce qui est formation, prendre en compte le social. Ça veut dire se former sur l’accès au droit national, mais aussi le droit international, le droit au logement, le droit des personnes en situation de handicap. Se former auprès des personnes directement concernées. Donc énormément de temps de formation, d’écoute... Ce qui fait une médecine aussi dix mille fois plus riche [...] un milliard de détails sur l’absence d’intrusivité, enfin voilà de pas être intrusive, de demander le consentement, d’expliquer beaucoup”*

Docteure Sidonie Richard a abordé ces éléments lors de sa communication nommée “Être médecin et féministe, s’engager, se mettre en jeu et négocier avec le cadre” au congrès international de l’institut du genre (110). Elle ajoute que cette manière de pratiquer la médecine a un coût matériel, intellectuel, temporel et financier.

Les faits décrits ci-dessus ne sont pas des facteurs directs d’engagement, mais probablement des dispositions préalables, des points de bifurcation pouvant introduire des changements de position. L’implication semble être multifactorielle, et d’un point de vue interactionniste, on a pu assister à des événements en entraînant souvent d’autres, à des expériences vécues au cours du parcours pouvant redessiner les pratiques et les représentations.

## Forces et limites de l'étude

La littérature sur les transidentités en soins primaires reste limitée, et ce travail représente la première étude qualitative française questionnant les représentations et les points de vue des médecins généralistes sur les accompagnements des transitions médicales de genre. L'emploi de la méthode qualitative est apparu totalement adapté dans ce contexte délicat. Le mélange de regards en santé publique et en sociologie a favorisé la compréhension globale des enjeux liés aux parcours de transitions médicales de genre.

Seulement onze entretiens ont pu être réalisés avec des médecins généralistes, principalement en raison des délais de réalisation de cette thèse. Malgré tout, ces onze entretiens ont permis de recueillir des données riches et variées. Une saturation totale des informations n'a pas été atteinte, bien que certains éléments se sont répétés.

Le manque de temps disponible des médecins pour participer à l'enquête a été un frein conséquent aussi bien à leur recrutement qu'à la durée des entretiens. Les profils des médecins ayant répondu favorablement n'ont pas été aussi variés que souhaité, particulièrement sur l'âge, avec un panel plutôt jeune (la majorité ayant entre 25 et 35 ans). Deux groupes équilibrés d'enquêtés ont pu être constitués : les médecins généralistes très investis dans l'accompagnement des transitions médicales de genre, et celles et ceux peu au fait de ces spécificités. Une mise en regard des pratiques et représentations en fonction de l'appartenance à ces groupes a pu enrichir l'analyse.

Le recrutement a très certainement souffert d'un biais de sélection, lié à différents motifs. Tout d'abord, les plus jeunes pouvaient répondre plus favorablement en raison du souvenir de leurs propres expériences de thèses récentes et des difficultés qu'ils et elles ont pu rencontrer pour le recrutement. Ensuite, plusieurs médecins étaient investis dans la formation, accompagnant des internes dans leurs travaux de thèse. Ils et elles ont certainement des caractéristiques différentes des autres médecins. De plus, une partie des médecins ayant participé étaient des médecins très impliqués dans l'accompagnement des personnes trans, conscient·es des difficultés rencontrées par cette population et du besoin de recherches et d'amélioration de leurs conditions de prises en charge médicales. Celles et ceux qui ne l'étaient pas ont tout de même manifesté un souhait d'amélioration de leurs connaissances et compétences les ayant poussés à prendre part à l'enquête. Ainsi, les profils des participant·es ont plus de chances de ne pas avoir de réactions inappropriées. La stratégie consistant à cibler directement des médecins ayant

été répertoriées par les associations trans pour avoir eu des comportements mal vécus par les personnes trans les ayant consultés, n'a pas abouti, par manque de temps et d'insistance.

Par ailleurs, un biais de désirabilité sociale a pu influencer les discours entendus. Des stratégies ont été mise en place afin de le contourner, comme la mise en situation pratique, l'adoption d'une posture de compréhension et de valorisation des discours (selon la méthode compréhensive (92)), l'utilisation de propos ou idées reçues véhiculées par les médias grand public pour faire émerger des positionnements, tester leurs résistances.

Enfin, si l'analyse a aussi été limitée par le temps disponible pour la réalisation de ce travail, des pistes de réflexions à approfondir ont été dégagées et pourraient être poursuivies dans une recherche future.

Il serait, par exemple, pertinent de poursuivre l'analyse à travers une contextualisation qui s'intéresserait au phénomène de la médicalisation des problèmes sociaux. La notion de médicalisation renvoie à un changement dans l'interprétation de problèmes sociaux, qui sont désormais considérés comme relevant de l'autorité de la médecine (111). Celle-ci devient l'institution jugée la plus apte à proposer des solutions pour régler le problème d'un individu ou d'une collectivité. Si dans l'enquête menée une bonne partie des enquêtés perçoit comme "positif" et "utile" les connaissances médicales des personnes trans elles-mêmes, est-ce que ce point de vue persistera une fois que de véritables formations seront mises en place pour l'ensemble des soignant·es en lien avec les personnes trans ? Comment évoluera le rapport de l'institution médicale à l'autodétermination éclairée une fois qu'elle sera plus forte de son expérience réelle auprès des publics concernés ? Dans le cas des parcours de transition médicale, la prescription hors-AMM est autorisée "dans l'intérêt du·de la patient·e", et c'est précisément cette formule "large" qui semble donner une certaine marge de manoeuvre aux médecins généralistes qui font de la primo-prescription de testostérone. Quelles seront les conséquences d'une meilleure institutionnalisation des parcours de transition ? Dans le contexte d'une tentative de meilleure compréhension des parcours trans, il est d'ores et déjà possible de relever des discours qui créent des distinctions entre "vraies" et "bonnes" personnes trans, ainsi que des représentations (notamment celle véhiculant l'idée qu'une vraie personne trans comprend dès l'enfance qu'elle n'est pas assignée à la bonne identité de genre) qui recréent des normes et des déviances.

Un autre axe d'approfondissement serait celui des inégalités sociales et territoriales dans l'accès aux parcours de transition de genre. Si cet aspect est rapidement évoqué par les enquêtés exerçant en espace rural, il mériterait d'être approfondi en matière de réseau professionnel des

médecins et les possibilités de la formation continue. Géraldine Bloy démontre la difficulté des institutions en charge de la formation des médecins pour stabiliser des pratiques pédagogiques et une définition de la médecine générale en prise avec les évolutions sociétales et le marché du travail médical. Si ces difficultés existent dans les territoires urbains, quelle en est l'ampleur dans les territoires isolés ? (112)

Enfin, il aurait également été pertinent d'observer de façon plus approfondie les conséquences du manque de formation des médecins généralistes, et globalement des soignant·es, sur les personnes trans. La focalisation des médecins sur la transidentité d'un·e patient·e, avec une forme d'essentialisation du regard médical (tel que cela peut déjà être étudié pour les populations de personnes en situation d'obésité), peut entraîner entre autres un sous-diagnostic de maladies cardio-vasculaires, ou un sur-diagnostic de troubles psychiques.

Cette recherche se focalise sur la profession de médecin généraliste, mais une approche similaire pourrait être entreprise avec tous·es les professionnel·les du soin pouvant être amené·es à accompagner des personnes trans. En effet, Margaux Cosne montre que “3 personnes trans interrogées sur 4 déclarent avoir subi de la transphobie dans des lieux de soins, qu'une personne trans interrogée sur 5 déclare avoir subi de la transphobie de la part de secrétariat ou d'accueil des lieux de soins, qu'une personne trans interrogée sur 4 (25.3%) déclare avoir subi de la transphobie de la part d'un·e psychiatre et qu'une personne trans interrogée sur cinq (20.4%) déclare avoir subi de la transphobie de la part d'un·e médecin généraliste” (64).

De la même manière, ce travail s'est intéressé aux prises en charges médicales des adultes trans. Le respect de leur autodétermination n'est pas toujours optimal, on pourrait se demander également ce qu'il en est pour les mineur·es ou les majeur·es sous mesure de protection, populations pour lesquelles l'autonomie décisionnelle est encore moins bien établie, et donc intégrer ces questionnement à de futures recherches.

Enfin, la population des personnes intersexes n'a pas été mentionnée, dans l'objectif de se focaliser sur la situation des parcours de transitions médicales. Les similarités entre les études trans (trans studies) et les études intersexes critiques (critical intersex studies) sont importantes. Les études intersexes permettent de mettre en lumière des vécus et des expériences de médicalisation longtemps invisibilisés. Elles apportent également des réflexions théoriques cruciales, articulant une déconstruction de la bicatégorisation du sexe avec une critique de l'institution médicale et de son influence sur les corps intersexes, et ces travaux, souvent nourris

par les mouvements sociaux, contribuent aux débats actuels sur les genres, les sexes et les sexualités (113).

# Conclusion

**THESE SOUTENUE PAR Camille GÉLIN**

## CONCLUSIONS

Ce travail a exploré divers aspects des pratiques des médecins généralistes dans leurs rencontres avec les personnes en transition médicale de genre, ainsi que leurs représentations des transidentités et le rôle qu'ils ou elles perçoivent comme étant le leur dans ce cadre. Des freins et leviers à l'amélioration des prises en charge médicales des personnes trans ont ainsi pu être mis en évidence.

Les protocoles de prise en charge ou les remboursements des actes sont fortement liés aux définitions institutionnelles des transidentités. Les processus de construction des définitions sont fondés sur des discours médicaux et juridiques et légitimés par les savoirs scientifiques (sur les systèmes hormonaux/reproducteurs/etc), sans associer les personnes concernées. Ainsi, cette situation peut engendrer des barrières d'accès au soin et donc des inégalités, qui pourraient être au moins en partie levées avec une inclusion accrue des personnes trans, tant dans le domaine de la recherche que dans la construction des politiques publiques. Cependant, le parcours vers l'inclusion est long et rencontre encore certaines réticences.

L'application du cadre conceptuel de la déviance de Becker a permis d'appréhender la manière dont les personnes trans sont perçues par rapport aux normes de genre établies. Les médecins généralistes très peu renseigné·es sur les transidentités ont indiqué que leurs représentations individuelles, de la même manière que la population générale, suivaient les représentations sociales. Ainsi, ils ou elles peuvent rencontrer des difficultés à intégrer ces expériences non conformes aux normes binaires de genre, chercher des explications médicales ou biologiques aux transidentités, ou encore tenter de déceler l'influence des pair·es via un phénomène de mode. Ces représentations peuvent ainsi entraîner des comportements maladroits voire considérés comme transphobes par les personnes concernées dans les consultations de soins de premier recours.

Il n'existe à ce jour en France pas de protocole encadrant les pratiques des médecins généralistes pour l'accompagnement des personnes en transition médicale de genre ou souhaitant y accéder. L'unique texte pouvant faire référence est considéré comme obsolète par les personnes trans, les associations de support trans et certain·es médecins, au vu des connaissances actuelles et des recommandations internationales. Cette situation place les médecins dans l'inconfort,

particulièrement les médecins généralistes en première ligne des demandes de leurs patient·es. Des médecins réalisant des prescriptions d'hormones se retrouvent dans la crainte d'être jugé·es négativement par l'Ordre des Médecins ou l'Assurance Maladie. Des recommandations sont en cours d'écriture par la HAS et génèrent beaucoup d'attentes chez les médecins : une sécurité médicale et juridique, le déploiement et l'organisation d'une offre de soin adaptée aux besoins des personnes trans, et donc in fine la facilitation de l'accès à des soins de qualité pour les personnes trans.

Le manque de formation sur les questions de genre et de transidentité contribue à la méconnaissance et donc à l'inconfort des médecins généralistes, aboutissant à l'adhésion à des informations pouvant être stéréotypées. À moins d'être réellement engagé·e dans ces prises en charge, il a été mis en évidence une inaptitude à orienter correctement ces personnes - bien que cela soit considéré comme un rôle essentiel des médecins généralistes - et une incapacité à rédiger des prescriptions hormonales ce qui est parfois considéré comme l'apanage de spécialistes (endocrinologues). Au-delà de cette prise en charge médicale, l'accueil bienveillant de cette population nécessite au minimum de connaître ses spécificités pour comprendre et anticiper ses besoins.

Cette lacune dans les connaissances et les compétences des professionnel·les de santé a des conséquences directes sur la qualité des soins prodigués aux personnes trans, compromettant leur bien-être et leur confiance dans le système de santé. Il est donc impératif que les programmes de formation médicale incluent un volet relatif aux questions de genre, de transidentité et de soins aux personnes trans. Conscient·es de la plus grande visibilité des transidentités et d'une meilleure acceptation dans la société, les participant·es à l'étude s'attendent à recevoir des demandes d'accompagnement pour une transition de genre. Ils et elles ont alors manifesté le souhait de recevoir au moins une sensibilisation à ces questions afin de pouvoir proposer un accueil respectueux, ainsi que des ressources à transmettre à leurs patient·es, des contacts d'associations et de spécialistes des transidentités (chirurgien·nes, endocrinologues). Pour ce qui est de la capacité à prescrire des hormones, les avis diffèrent. Celle-ci est jugée trop spécifique par certain·es médecins n'étant pas impliqués auprès de personnes trans, alors que tous·tes les médecins réalisant déjà ces prescriptions pensent que cette pratique peut tout à fait convenir à la médecine générale et demandent même à ce que plus de médecins généralistes adoptent cette pratique.

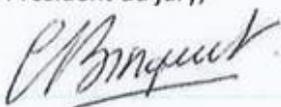
La relation de soin et la communication dans cette relation ont également été identifiées comme des facteurs déterminants dans les parcours de transition médicale de genre. En effet, l'adoption d'une approche empathique et respectueuse par les médecins généralistes est primordiale pour

veiller à créer un espace sûr et non-jugeant lors des consultations. Les médecins interrogé·es sont unanimes sur le rôle capital de la confiance mutuelle dans les interactions liées au soin. Celle-ci nécessite une communication ouverte et une écoute active et permet de mieux répondre aux besoins spécifiques des patient·es trans. L'amélioration de la relation de soin pourrait donc passer par le développement de ces qualités. Par ailleurs, le manque de formation des médecins, comparé au niveau d'information des personnes trans, remanie les rôles et les jeux de pouvoir dans l'interaction soignant·es-soigné·es. Cela peut parfois entraîner un décalage entre les attentes des personnes trans et ce que les médecins généralistes sont en capacité de proposer. D'un autre côté, certain·es médecins sont très impliqués dans l'accompagnement des personnes trans et décrivent un réel engagement, qui passe en grande partie par la formation aux côtés des personnes concernées et des associations de support trans. Des parcours particuliers pouvant mener ces médecins vers l'adoption de cette posture d'engagement ont été mis en évidence : avoir des personnes trans dans son entourage, avoir bénéficié d'expériences sortant du parcours de formation initiale classique (stages à l'étranger, Erasmus, doubles cursus en sciences sociales) ou encore de formations complémentaires (surtout dans les domaines de la santé sexuelle ou de la gynécologie).

La littérature exposée a fait état des difficultés rencontrées par les personnes trans face aux médecins généralistes, mais il faut souligner que l'ensemble du système de soin doit être questionné. Les médecins interrogé·es ont bien rappelé que leurs difficultés potentielles avec les personnes trans étaient liées à d'autres problématiques plus globales. En effet, la démographie médicale en tension fait peser sur les médecins généralistes une charge supplémentaire les obligeant à écourter les consultations. Ainsi, il leur devient difficile de soigner la relation avec leurs patient·es et de leur offrir le cadre de confiance et d'expression nécessaire.

En conclusion, ce travail exploratoire a mis en lumière les enjeux liés à la prise en charge des personnes trans par les médecins généralistes, notamment en ce qui concerne l'accès aux soins et la réduction des inégalités de santé. Un cadre de réflexion autour des pratiques des médecins généralistes face aux transitions médicales de genre a été posé. Les résultats établis à partir des onze entretiens réalisés ne demandent qu'à être complétés et approfondis.

Le Président du jury,



Pr. Christine BINQUET

Vu et permis d'imprimer  
Dijon, le 26 Septembre 2023  
Le Doyen



Pr. M. MAYNADIÉ

# Bibliographie

1. Thomas R, Pega F, Khosla R, Verster A, Hana T, Say L. Ensuring an inclusive global health agenda for transgender people. *Bull World Health Organ*. 1 févr 2017;95(2):154-6.
2. Navarro J, Johnstone F, Temple Newhook J, Smith M, Wallace Skelton J, Prempeh K. Santé et bien-être chez les jeunes trans et non binaires [Internet]. *Trans PULSE Canada*; 2021. Disponible sur: *Trans PULSE Canada*
3. SOS Homophobie. Rapport sur les LGBTIPHOBIES 2023. 2023 mai.
4. Picard H, Jutant S. Rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans [Internet]. Ministère de la Santé et de la Prévention; 2022 janv [cité 3 déc 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-relatif-a-la-sante-et-aux-parcours-de-soins-des-personnes-trans>
5. Alessandrin A, Espineira K. *Sociologie de la transphobie*. Pessac: Maison des Sciences de l'Homme d'Aquitaine; 2015. 182 p. (Genre, cultures et sociétés).
6. Allory E, Duval E, Caroff M, Kendir C, Magnan R, Brau B, et al. The expectations of transgender people in the face of their health-care access difficulties and how they can be overcome. A qualitative study in France. *Prim Health Care Res Dev*. janv 2020;21:e62.
7. Baleige A, Guernut M, Denis F. Impact of Depsychopathologization of Transgender and Gender Diverse Individuals in ICD-11 on Care Delivery: Looking at Trans Expertise through a Trans Lens. *Int J Environ Res Public Health*. 14 oct 2022;19(20):13257.
8. Beaubatie E. *Transfuges de sexe*. Éditions La Découverte. 2021. 192 p.
9. Martin MJ, Donnet B, Defévère J, Fitère H, Menissez A, Gallouj R, et al. Accueil et suivi des personnes en demande de transition en soins de premiers recours : retour sur plus de dix ans d'expérience. *Santé Publique*. 2022;34(HS2):269-74.
10. Larousse en ligne. In [cité 12 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/transgenre/186826>
11. Merland G. *Mission égalité Femmes Hommes*. Guerande Merland; [cité 21 sept 2023]. Fiche pratique : le respect des droits des personnes trans (2019) - DILCRAH. Disponible sur: <https://mission-egalite-f-h.parisnanterre.fr/ressources-essentielles/fiche-pratique-le-respect-des-droits-des-personnes-trans-2019-dilcrah>
12. Wiki Trans. Ça veut dire quoi, être trans ? [Internet]. Wiki Trans. 2019 [cité 14 juin 2023]. Disponible sur: <https://wikitrans.co/2019/01/19/quest-ce-quune-transition/>
13. Zhang Q, Goodman M, Adams N, Corneil T, Hashemi L, Kreukels B, et al. Epidemiological considerations in transgender health: A systematic review with focus on higher quality data. *Int J Transgender Health*. 2020;21(2):125-37.

14. Arcelus J, Bouman WP, Van Den Noortgate W, Claes L, Witcomb G, Fernandez-Aranda F. Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr.* sept 2015;30(6):807-15.
15. Tugaye A, Ernoult E, Vitu V, Schramm S. Évolution de la prévalence et de l'incidence de la dysphorie de genre en France depuis 2013 à partir des bases médico-administratives. *Santé Publique.* 2022;34(HS2):145-50.
16. Planning Familial. Lexique trans [Internet]. [cité 21 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.planning-familial.org/fr/medias/lexique-transpdf>
17. Zucker KJ. Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity. *Sex Health.* oct 2017;14(5):404-11.
18. Ipsos [Internet]. 2023 [cité 21 sept 2023]. Pride month 2023: 9% of adults identify as LGBT+. Disponible sur: <https://www.ipsos.com/en/pride-month-2023-9-of-adults-identify-as-lgbt>
19. Becker HS. *Outsiders. Études de sociologie de la déviance.* Éditions Métailié. 1985. 250 p.
20. Becker, H. S., Hughes, E. C., Geer, B., Strauss, A. L. *Boys in White: Student Culture in Medical School.* Univ Chic Press. 1961;
21. Lemert EM. *Human deviance, social problems and social control.* Englewood Cliffs, N. J. Prentice-Hall; 1967. 230 p.
22. Article 57 - Code civil - Légifrance [Internet]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000043896203/2022-06-22](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043896203/2022-06-22)
23. Fassin É. L'empire du genre. L'histoire politique ambiguë d'un outil conceptuel. *L'Homme.* 2008;187-188(3-4):375-92.
24. Löwy I. Intersexe et transsexualités : Les technologies de la médecine et la séparation du sexe biologique du sexe social. *Cah Genre.* 2003;34(1):81-104.
25. Espineira K, Thomas MY. « Les trans renforcent les normes de genre. » In: *Transidentités et transitude* [Internet]. Paris: Le Cavalier Bleu; 2022 [cité 21 sept 2023]. p. 109-14. (Idées reçues). Disponible sur: <https://www.cairn.info/transidentites-et-transitude--9791031804927-p-109.htm>
26. Marcel JC, Doidy E. Qu'est-ce que la déviance ? In: *Initiation à la sociologie Questions pour apprendre à devenir sociologue* Sous la direction de Marchal H [Internet]. EUD; 2021 [cité 14 juin 2023]. p. 55-67. Disponible sur: <https://u-bourgogne.hal.science/hal-03545384>
27. Lydié N. Ampleur et impact sur la santé des discriminations et violences vécues par les personnes lesbiennes, gays, bisexuel-le-s et trans (LGBT) en France. Un état des lieux à partir des données françaises [Internet]. *Santé Publique France*; 2021 [cité 14 juin 2023] p. 13. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/ampleur-et-impact-sur-la-sante-des-discriminations-et-violences-vecues-par-les-personnes-lesbiennes-gays-bisexuel-le-s-et-trans-lgbt-en-france>

28. Daston L, Park K. The Hermaphrodite and the Orders of Nature: Sexual Ambiguity in Early Modern France. *GLQ J Lesbian Gay Stud.* 1 oct 1995;1(4):419-38.
29. Durkheim É. *Les formes élémentaires de la vie religieuse.* Alcan. 1912.
30. Jodelet D. *Les représentations sociales.* Presses Universitaires de France. 1989. 424 p.
31. Slagstad K. The Political Nature of Sex — Transgender in the History of Medicine. *N Engl J Med.* 18 mars 2021;384(11):1070-4.
32. Vialla F. De l'assignation à la réassignation du sexe à l'état civil. Étude de l'opportunité d'une réforme. *Rapport Droit et Justice. Structure fédérative de recherche Administration, sociologie et médico-économie de la santé SFR-ASMES et la Mission de recherche Droit et justice;* 2017 sept p. 114.
33. Alessandrin A. Du « transsexualisme » à la « dysphorie de genre » : ce que le DSM fait des variances de genre. *Socio-Logos Rev Assoc Fr Sociol* [Internet]. 24 févr 2014 [cité 3 déc 2022];(9). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/socio-logos/2837>
34. Giami A. Identifier et classifier les trans : entre psychiatrie, épidémiologie et associations d'usagers. *Inf Psychiatr.* 2011;87(4):269-77.
35. *Le Quotidien du Médecin.* Parcours des personnes trans : la Cnam entérine la fin du certificat psychiatrique. 16 déc 2022 [cité 14 juin 2023]; Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/politique-de-sante/parcours-des-personnes-trans-la-cnam-enterine-la-fin-du-certificat-psychiatrique>
36. Foucault M. *Naissance de la clinique.* Presses Universitaires de France. 1963.
37. Canguilhem G. *Le normal et le pathologique.* Presses Universitaires de France. 1966.
38. Haute Autorité de Santé. *Situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge médicale du transsexualisme en France.* 2009 p. 223.
39. Bujon T, Dourlens C. Les médecins aux bords de leurs savoirs. Les concertations pluridisciplinaires face aux demandes de réassignation sexuelle. *Rev Anthropol Connaiss.* 2016;10, 1(1):95-120.
40. Fransgenre. Fransgenre. [cité 14 juin 2023]. Qui sommes nous ? - Nos principes - Nos valeurs - Nos revendications. Disponible sur: <https://fransgenre.fr>
41. TRANS SANTÉ France – FPATH. *Vivre, comprendre et accompagner les transidentités* [Internet]. [cité 14 juin 2023]. Disponible sur: <https://trans-sante-france.org/>
42. 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.
43. Haute Autorité de Santé. *Parcours de transition des personnes transgenres - Note de cadrage.* 2022.

44. Galanopoulo L. Le Quotidien du Médecin. 2021 [cité 14 juin 2023]. Mise en cause pour sa prise en charge d'une patiente transgenre, une gynécologue bretonne gagne face au Conseil de l'Ordre. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/specialites/gynecologie-obstetrique/mise-en-cause-pour-sa-prise-en-charge-dune-patiente-transgenre-une-gynecologue-bretonne-gagne-face>
45. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 14 juin 2023]. Nos missions. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/linstitution-ordinale/missions>
46. Latour B, Godmer L, Smadja D. L'œuvre de Bruno Latour : une pensée politique exégétique. *Raisons Polit.* 2012;47(3):115-48.
47. Haute Autorité de Santé. Sexe, genre et santé - Rapport d'analyse prospective 2020. HAS; 2020.
48. Alessandrin A. L'émergence d'un champ d'étude : les Trans Studies. In: Navarre M, Ubbiali G (dir) *Étudier le genre Enjeux contemporains*. Éditions universitaires de Dijon. 2017. p. 53-63. (Sociétés).
49. ARS santé. Qu'est-ce que la démocratie en santé ? [Internet]. 2023 [cité 14 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/quest-ce-que-la-democratie-en-sante-3>
50. Ravisé-Giard D. Association Nationale Transgenre. [cité 14 juin 2023]. Association Nationale Transgenre - Communiqué de presse du 21 mars 2023. Disponible sur: <https://ant-france.eu/>
51. Thomas MY, Espineira K, Alessandrin A. De la militance trans à la transmission des savoirs : la place du sujet trans dans le lien social. *Sujet Dans Cité.* 2013;4(2):132-43.
52. Chrysalide. Nos Documents [Internet]. Chrysalide. [cité 14 juin 2023]. Disponible sur: <https://chrysalide-asso.fr/nos-documents/>
53. Fransgenre. Fransgenre. [cité 14 juin 2023]. Nos brochures et guides. Disponible sur: <https://fransgenre.fr>
54. Castel P. Le médecin, son patient et ses pairs. Une nouvelle approche de la relation thérapeutique. *Rev Fr Sociol.* 2005;46(3):443-67.
55. Seelman KL, Colón-Díaz MJP, LeCroix RH, Xavier-Brier M, Kattari L. Transgender Noninclusive Healthcare and Delaying Care Because of Fear: Connections to General Health and Mental Health Among Transgender Adults. *Transgender Health.* 2017;2(1):17-28.
56. Zeggar H, Dahan M. Evaluation des conditions de prise en charge médicale et sociale des personnes trans et du transsexualisme. *Inspection générale des affaires sociales*; 2011 déc p. 107.
57. Alessandrin A, Meidani A. Santé des personnes non binaires : de quoi parle-t-on ? *Santé Publique.* 2022;34(HS2):97-102.

58. Giami A, Beaubatie E, Bail J. Caractéristiques sociodémographiques, identifications de genre, parcours de transition médicosychologiques et VIH/sida dans la population trans: Premiers résultats d'une enquête menée en France en 2010. *Bull Epidemiol Hebd.* 1 janv 2011;42:433-7.
59. Mepham N, Bouman WP, Arcelus J, Hayter M, Wylie KR. People with gender dysphoria who self-prescribe cross-sex hormones: prevalence, sources, and side effects knowledge. *J Sex Med.* déc 2014;11(12):2995-3001.
60. Jaafar S, Torres-Leguizamon M, Duplessy C, Stambolis-Ruhstorfer M. Hormonothérapie injectable et réduction des risques : pratiques, difficultés, santé des personnes trans en France. *Santé Publique.* 2022;34(HS2):109-22.
61. Lepage T. Etude descriptive des discriminations subies en consultation médicale par les personnes transgenres en dehors du parcours de transition [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine.]. 2022.
62. SOS Homophobie. Rapport sur les LGBTIphobies 2022. 2022.
63. Bazantay T. Les représentations sociales de la médecine générale chez les personnes transgenres [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine.]. [Lille]; 2020.
64. Cosne 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. [Internet] [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine.]. [Montpellier]; 2021. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03582506>
65. Santé Publique France. Dépistage du cancer du col de l'utérus : données 2017-2019 [Internet]. 2021 [cité 14 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2021/depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-donnees-2017-2019>
66. INstitut National du Cancer (INCa). Le dépistage du cancer du col de l'utérus en pratique. 2020.
67. Adams NJ, Vincent B. Suicidal Thoughts and Behaviors Among Transgender Adults in Relation to Education, Ethnicity, and Income: A Systematic Review. *Transgender Health.* 2019;4(1):226-46.
68. Bloy G, Schweyer FX. Singuliers généralistes. *Sociologie de la médecine générale.* Presses de l'EHESP. 2010. 424 p.
69. Carricaburu D, Ménoret M. *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies.* Armand Colin. 2004. 235 p.
70. Mendras H. Chapitre 4 : Position, Rôle et Status. In: *Eléments de sociologie.* 1975. p. 77-90.
71. Cazeneuve J. Rôle et statut. In: *Dix grandes notions de la sociologie.* 1976. p. 135-47.
72. Memmi D. Archaïsme et modernité de la biopolitique contemporaine : l'interruption médicale de grossesse. *Raisons Polit.* 2003;9(1):125-39.

73. Marchal H. Qu'est-ce que l'identité ? In: Initiation à la sociologie Questions pour apprendre à devenir sociologue Sous la direction de Marchal H. 2021. p. 85.
74. Boudon R, Bourricaud F. Dictionnaire critique de la sociologie. PUF. 1982. 425 p.
75. Pitts J. Évaluer l'expérience des usagers de la transition médicale en France [Thèse d'exercice pour le diplôme de psychiatre]. 2020.
76. Inglebert J. Le médecin généraliste comme premier interlocuteur face aux questionnements sur l'identité de genre [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine.]. 2021.
77. Caroff M. Expériences et attentes de personnes trans en médecine générale ; seconde partie : les stratégies d'adaptation et les attentes [Thèse d'exercice pour le diplôme de docteur en médecine]. 2019.
78. Garnier M, Ollivier S. En dehors du parcours de transition, quelles sont les spécificités de la demande de soin en médecine générale des patient.e.s transidentitaires ? [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine.]. 2018.
79. Tecquert L. La relation médecin-patient dans la construction identitaire du patient trans : étude qualitative auprès de patients et leurs médecins généralistes [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine.]. [Créteil]; 2021.
80. Pierron JP. Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins. *Sci Soc Santé*. 2007;25(2):43-66.
81. Jaisson M. La mort aurait-elle mauvais genre ? La structure des spécialités médicales à l'épreuve de la morphologie sociale. *Actes Rech En Sci Soc*. 2002;143(3):44-52.
82. Lapeyre N, Le Feuvre N. Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé. *Rev Fr Aff Soc*. 2005;(1):59-81.
83. Chaput H, Monziols M, Fressard L, Verger P, Ventelou B, Zaytseva A. Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine. *Études et Résultats N° 1113*; 2019.
84. Association Trans Santé France. Autodétermination éclairée [Internet]. Disponible sur: <https://trans-sante-france.org/11-propositions-pour-une-autodetermination-eclairée/>
85. Fainzang S. La relation médecins-malades : information et mensonge. PUF; 2006. 159 p.
86. Beaubatie E. Apprendre à faire genre. Discriminations et stratégies d'usagers·ères trans dans les services publics. *Gouv Action Publique*. 2022;VOL. 11(1):109-30.
87. Flora L, Berkesse A, Payot A, Dumez V, Karazivan P. Chapitre 3. L'application d'un modèle intégré de partenariat-patient dans la formation des professionnels de la santé : vers un nouveau paradigme humaniste et éthique de co-construction des savoirs en santé. *J Int Bioéthique Déthique Sci*. 2016;27(1-2):59-72.

88. Pomey MP, Flora L, Karazivan P, Dumez V, Lebel P, Vanier MC, et al. Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé Publique*. 2015;S1(HS):41-50.
89. Green AE, DeChants JP, Price MN, Davis CK. Association of Gender-Affirming Hormone Therapy With Depression, Thoughts of Suicide, and Attempted Suicide Among Transgender and Nonbinary Youth. *J Adolesc Health*. 1 avr 2022;70(4):643-9.
90. Freton L, Khene ZE, Richard C, Mathieu R, Alimi Q, Duval E, et al. Self-assessment of healthcare workers regarding the management of trans people in a university hospital. *Progres En Urol J Assoc Francaise Urol Soc Francaise Urol*. déc 2021;31(16):1108-14.
91. Bernard M. Etude des représentations, des psychiatres, de la transidentité [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine.]. 2018.
92. Kaufmann JC. *L'entretien compréhensif*. Armand Colin. 2016.
93. Transat (association trans Marseille & Avignon). Comprendre les transidentités. Un guide à l'usage des personnes cis. [Internet]. DILCRAH; 2021 [cité 13 juin 2023]. Disponible sur: [https://www.dilcrah.fr/wp-content/uploads/2022/02/GUIDE\\_COMPRENDRE-LES-TRANSIDENTITES-TRANSAT-NUMERIQUE-27-12-2021.pdf](https://www.dilcrah.fr/wp-content/uploads/2022/02/GUIDE_COMPRENDRE-LES-TRANSIDENTITES-TRANSAT-NUMERIQUE-27-12-2021.pdf)
94. Ulin PR, Robinson ET, Tolley EE. Qualitative Methods in Public Health: A Field Guide for Applied Research. *Med Sci Sports Exerc*. juill 2005;37(7):1249.
95. Parker C, Scott S, Geddes A. Sage Research Methods Foundations - Snowball Sampling [Internet]. SAGE Publications Ltd; 2019 [cité 21 sept 2023]. Disponible sur: <https://methods.sagepub.com/foundations/snowball-sampling>
96. CNIL. Recherches n'impliquant pas la personne humaine, études et évaluations dans le domaine de la santé Méthodologie de référence MR-004 [Internet]. [cité 15 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/fr/declaration/mr-004-recherches-nimpliquant-pas-la-personne-humaine-etudes-et-evaluations-dans-le>
97. Fisher RJ. Social Desirability Bias and the Validity of Indirect Questioning. *J Consum Res*. 1 sept 1993;20(2):303-15.
98. Gonzalez OL. Le mythe du mauvais corps. À propos de : Miquel Missé, *A la conquista del cuerpo equivocado*, Editorial Egales, Barcelona. La vie des idées [Internet]. 2019 [cité 15 juin 2023]; Disponible sur: [https://www.academia.edu/38968339/Le\\_mythe\\_du\\_mauvais\\_corps](https://www.academia.edu/38968339/Le_mythe_du_mauvais_corps)
99. Wittig M. *La pensée straight*. Amsterdam Eds. 2018. 200 p.
100. Todd M, Bettouche R, Martel F. *Pride - L'histoire du mouvement LGBTQ pour l'égalité*. Gründ. 2019. 192 p.
101. Monneron L. Prise en charge médico-chirurgicale des personnes trans: Bienveillance ou complaisance ? *médecine/sciences*. 24 janv 2023;39:49-52.
102. Quilliou-Rioual M. Le genre et les représentations sociales. In: *Identités de genre et intervention sociale* [Internet]. Paris: Dunod; 2014 [cité 15 juin 2023]. p. 37-46. (Santé

- Social). Disponible sur: <https://www.cairn.info/identites-de-genre-et-intervention-sociale--9782100702428-p-37.htm>
103. Le planning familial [Internet]. [cité 22 sept 2023]. Libre de ses choix. Disponible sur: <https://www.planning-familial.org/fr>
  104. Dufrasne A, Vico P. Les patient·es transgenres - une actualité et une réalité méconnues. *Revue Médicale de Bruxelles*. 2020;
  105. Drapier AG. Place du médecin généraliste dans la prise en charge de la dysphorie de genre : retour d'expérience auprès de patientes et de médecins [Thèse d'exercice pour le diplôme de docteur en médecine]. 2018.
  106. Plan national pour l'égalité, contre la haine et les discriminations anti LGBT+ (2023-2026) | Égalité-femmes-hommes [Internet]. [cité 22 sept 2023]. Disponible sur: <http://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/plan-national-pour-legalite-contre-la-haine-et-les-discriminations-anti-lgbt-2023-2026>
  107. OUTrans. Plan gouvernemental LGBTQIA+ : les transidentités sacrifiées [Internet]. OUTrans - Association féministe d'autosupport trans à Paris. 2023 [cité 22 sept 2023]. Disponible sur: <https://outrans.org/plan-gouvernemental-lgbtqia-les-transidentites-sacrifiees/>
  108. Hervé E, Renaud A. #61 Médecintransiden. [cité 21 sept 2023]. What's up Doc | medecin transidentité. Disponible sur: <https://www.medecin-transidentite.whatsupdoc-lemag.fr>
  109. Bizouarn P. Evidence-Based Medicine et expertise clinique. *Multitudes*. 2019;75(2):103-13.
  110. Richard S. Être médecin et féministe, s'engager, se mettre en jeu et négocier avec le cadre. 3ème Congrès International de l'Institut du Genre; 2023 juill 5; Université Toulouse Jean Jaurès.
  111. Conrad P. Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology*. 1992;
  112. Bloy G. À quoi bon former des médecins généralistes ? Un modèle d'apprentissage et un modèle professionnel sous tensions. *Rev Fr Aff Soc*. 2014;(1-2):169-91.
  113. Aegerter A, Larrieu G, Raz M. Visibiliser les i sans (en faire une) exception. *Santé Publique*. 2022;34(HS2):103-8.



Université de Bourgogne  
UFR des Sciences de Santé  
Circonscription Médecine



**TITRE DE LA THESE :**

**Les médecins généralistes face aux demandes de transitions médicales de genre :  
Étude qualitative explorant les pratiques et les représentations des médecins généralistes en France**

**AUTEUR : CAMILLE GELIN**

**RESUME :**

**Introduction :** Les pratiques d'accompagnement des transitions médicales de genre en France souffrent d'un encadrement peu adapté, sans recommandations formelles et d'une législation dépassée par les connaissances actuelles. Les personnes trans rencontrent des freins dans leur accès aux soins, notamment dans la relation avec les médecins, dont la formation initiale n'aborde pas cette thématique. Cette étude vise à explorer les pratiques et représentations des médecins généralistes face aux demandes de transitions médicales de genre.

**Matériel et méthodes :** Onze entretiens individuels semi-directifs ont été réalisés auprès de médecins généralistes exerçant en France.

**Résultats :** Les médecins peuvent se trouver dans des situations de doute parfois inconfortables face à des demandes auxquelles ils ou elles ne savent répondre. Des stratégies sont alors mises en place : temporiser pour se renseigner via la littérature grise et blanche, se rapprocher des associations de support trans, compter sur son réseau de soutien professionnel. La relation de confiance avec les personnes et la permanence de leur réflexion sont des facteurs essentiels pour assurer ces suivis. Par ailleurs, des médecins s'engagent auprès de cette population, suivent des formations, prescrivent hors-AMM, jusqu'à craindre des condamnations. Bien souvent, leurs parcours personnels et professionnels revêtent des spécificités pouvant les mener à une telle posture.

**Conclusion :** Cette étude exploratoire met en lumière les enjeux liés à la prise en charge des personnes trans par les médecins généralistes, ainsi que les pratiques et stratégies développées pour répondre à des demandes non encadrées.

**MOTS-CLES :** médecins généralistes, transidentités, transitions médicales de genre, accès aux soins, pratiques, représentations, relation de soin