

UNIVERSITE DE SAINT-ETIENNE
FACULTE DE MEDECINE JACQUES LISFRANC

ANNEE 2023 N° 2023-59

Quelle place pour la médecine générale dans les questionnements de genre ?

Etude qualitative auprès de jeunes personnes transgenres, non binaires ou en questionnement sur leur identité de genre

THESE
présentée
à l'UNIVERSITE de SAINT-ETIENNE
et soutenue publiquement le : 14 Novembre 2023
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE
PAR :

DELAGE Sophia, Elsa, Louise
Née le 3 Février 1990
A Saint-Priest en Jarez (42)

UNIVERSITE DE SAINT-ETIENNE
FACULTE DE MEDECINE JACQUES LISFRANC

THESE DE : DELAGE Sophia

COMPOSITION DU JURY

Président :	Pr FRAPPE Paul	Faculté de Médecine Jacques Lisfranc
Asseseurs :	Pr CHARLES Rodolphe	Faculté de Médecine Jacques Lisfranc
	Dre SAVALL Angélique	Faculté de Médecine Jacques Lisfranc
Directrice de thèse :	Dre PILLARD Mathilde	Faculté de Médecine Jacques Lisfranc

FACULTE DE MEDECINE JACQUES LISFRANC
LISTE DES DIRECTEURS DE THESE

Nom	Prénom	Spécialité	Grade
ALAMARTINE	Eric	Néphrologie	PUPH
ANTOINE	Jean Christophe	Neurologie	PUPH
AUBOYER	Christian	Anesthésie Réanimation	Pr EMERITE
AZARNOUSH	Kasra	Chirurgie thoracique et vasculaire	PUPH
BARJAT	Tiphaine	Gynécologie obstétrique, gynécologie médicale	MCUPH
BARRAL	Guy	Radiologie et imagerie médicale	Pr EMERITE
BARTHELEMY	Jean Claude	Physiologie	Pr EMERITE
BERTHELOT	Philippe	Bactériologie Virologie	PUPH
BERTOLETTI	Laurent	Thérapeutique - médecine de la douleur, addictologie	PUPH
BILLOTEY	Claire	Biophysique et médecine nucléaire	PUPH
BOISSIER	Christian	Médecine vasculaire	EMERITE
BOTELHO NEVERS	Elisabeth	Maladies infectieuses, maladies tropicales	PUPH
BOUDARD	Delphine	Histologie Embryologie et Cytogénétique	MCUPH
BOURLET	Thomas	Bactériologie Virologie	PUPH
BOUTAHAR	Nadia	Biochimie et Biologie Moléculaire	MCUPH
BOUTET	Claire	Radiologie	PUPH
BRUEL	Sébastien	Médecine Générale	MCUMG
BRUNON	Jacques	Neurochirurgie	Pr EMERITE
CAMBAZARD	Frédéric	Dermatologie, vénéréologie	Pr EMERITE
CAMDESSANCHE	Jean-Philippe	Neurologie	PUPH
CATHEBRAS	Pascal	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement, addictologie	PUPH
CELARIER	Thomas	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement, addictologie	PUPH
CHAULEUR	Céline	Gynécologie Obstétrique	PUPH
CHAUVEL PICARD	Julie	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	PHU
CHAUVIN	Franck	Epidémiologie, économie de la santé et prévention	PUPH
COTTIER JOUFRE	Michèle	Histologie, embryologie et cytogénétique	PUPH
CROISILLE	Pierre	Radiologie	PUPH
DA COSTA	Antoine	Cardiologie	PUPH
DEBOUT	Michel	Médecine légale et droit de la santé	Pr EMERITE
DECOUSUS	Hervé	Pharmacologie fondamentale, clinique, addictologie	Pr EMERITE
DELAVENNE	Xavier	pharmacologie fondamentale, clinique, addictologie	PUPH
DOHIN	Bruno	Chirurgie Infantile	PUPH
DUBAND	Sébastien	Médecine légale et droit de la santé	MCUPH
EDOUARD	Pascal	Physiologie	PUPH
FAKRA	Eric	Psychiatrie	PUPH
FARIZON	Frédéric	Chirurgie orthopédique et traumatologie	PUPH
FAVRE	Jean-Pierre	Chirurgie vasculaire médecine vasculaire	PUPH
FEASSON	Léonard	Physiologie	PUPH
FLORI	Pierre	parasitologie et mycologie	PUPH
FONTANA	Luc	Médecine et santé au travail	PUPH
FOREST	Fabien	Anatomie et Cytologie Pathologique	MCUPH
FRAPPE	Paul	Médecine Générale	PUMG
FROUDARAKIS	Marios	Pneumologie	PUPH
FUZELLIER	Jean-François	Chirurgie thoracique et vasculaire	PUPH
GAGNEUX BRUNON	Amandine	Maladies infectieuses et Maladies tropicales	MCUPH
GAIN	Philippe	Ophtalmologie	PUPH
GALUSCA	Bogdan	Nutrition	PUPH
GARCIN	Thibaud	Ophtalmologie	MCUPH
GAUTHERON	Vincent	MPR Pédiatrie	PUPH
GAVID	Marie	Anatomie	MCUPH
GERMAIN	Natacha	Endocrinologie diabète et maladies métaboliques, gynécologie médicale	PUPH
GEYSSANT	André	Physiologie	Pr EMERITE
GIRAUD	Antoine	Pédiatrie	MCUPH
GIRAUX	Pascal	Médecine physique et réadaptation	PUPH
GOCKO	Xavier	Médecine Générale	MCUMG
GONTHIER	Régis	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement, addictologie	Pr EMERITE
GONZALO	Philippe	Biochimie et Biologie Moléculaire	PUPH
GRATTARD	Florence	Bactériologie, Virologie, Hygiène Hospitalière	MCUPH
GUYOTAT	Denis	Hématotransfusion	PUPH
HUPIN	David	Physiologie	MCUPH
KARKAS	Alexandre	ORL	MCUPH

KILLIAN	Martin	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement	MCUPH
KLEIN	Jean-Philippe	Histologie Embryologie et Cytogénétique	MCUPH
LAFAGE PROUST	Marie-Hélène	Biologie cellulaire	PUPH
LANG	François	Psychiatrie d'adulte	Pr EMERITE
LAPORTE	Silvy	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie	MCUPH
LAVAL	Bastien	Médecine Générale	MCUMG
LE HELLO	Claire	Chirurgie vasculaire médecine vasculaire	PUPH
LELONGE	Yannick	Anatomie	PHU
LE ROY	Bertrand	Chirurgie digestive	PUPH
LUCHT	Roland	Maladies infectieuses et Maladies tropicales	PUPH
MAGNE	Nicolas	Radiothérapie	PUPH
MAILLARD	Nicolas	Néphrologie	PUPH
MAILLET	Denis	Cancérologie, radiothérapie	PA
MARIAT	Christophe	Néphrologie	PUPH
MAROTTE	Hubert	Rhumatologie	PUPH
MASSOUBRE	Catherine	Psychologie	PUPH
MISMETTI	Patrick	pharmacologie fondamentale, clinique, addictologie	PUPH
MOLLIEUX	Serge	Anesthésie Réanimation	PUPH
MOREL	Jérôme	Anesthésie Réanimation	PUPH
MOTTET-AUSELO	Nicolas	Urologie	PUPH
NERI	Thomas	Chirurgie orthopédique et traumatologie	PUPH
OLLIER	Edouard	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication	MCUPH
PATURAL	Hugues	Pédiatrie	PUPH
PAUL	Stéphane	immunologie	PUPH
PELISSIER	Carole	Médecine et santé au travail	MCUPH
PELLET	Jacques	Psychiatrie d'adulte	Pr EMERITE
PEOC'H	Michel	Anatomie et Cytologie Pathologiques-	PUPH
PERROT	Jean-Luc	Dermatologie, vénéréologie	PUPH
PEYRON	Roland	Neurosciences - Médecine palliative	PA
PHELIP	Jean-Marc	Gastroentérologie hépatologie, addictologie	PUPH
PHILIPPOT	Rémi	Chirurgie orthopédique et traumatologie	PUPH
PILLET	Sylvie	Bactériologie, Virologie, Hygiène Hospitalière	MCUPH
PLOTTON	Catherine	Médecine Générale	MCAMG
POZZETTO	Bruno	Bactériologie Virologie	PUPH
PRADES	Jean-Michel	Anatomie	PUPH
PREVOT	Nathalie	Biophysique et biologie moléculaire	MCUPH
RAGEY PERINEL	Sophie	Médecine Intensive Réanimation	MCUPH
ROBLIN	Xavier	Gastroentérologie hépatologie, addictologie	PUPH
SAVALL	Angélique	Médecine Générale	MCUPH
SCALABRE	Aurélien	Chirurgie infantile	PUPH
SCHNEIDER	Fabien	Radiologie et imagerie médicale	MCUPH
SEFFERT	Pierre	Gynécologie obstétrique, gynécologie médicale	Pr EMERITE
STEPHAN	Jean-Louis	Pédiatrie	PUPH
TARDY	Bernard	Thérapeutique - médecine de la douleur, addictologie	PUPH
THIERY	Guillaume	Médecine intensive réanimation	PUPH
THOLANCE	Yannick	Biochimie et Biologie Moléculaire	MCUPH
THOMAS	Thierry	Rhumatologie	PUPH
THURET	Gilles	Ophthalmologie	PUPH
TIFFET	Olivier	Chirurgie thoracique et vasculaire	PUPH
TROMBERT-PAVIOT	Béatrice	Biostatistiques informatique médicale et technologies de communication	PUPH
VARLET	François	Chirurgie Infantile	PUPH
VASSAL	François	Neurochirurgie	PUPH
VERGNON	Jean Michel	Pneumologie	PUPH
VERHOEVEN	Paul	Bactériologie, Virologie, Hygiène Hospitalière	MCUPH
VIALON	Alain	Médecine d'urgence	PUPH
ZENI	Fabrice	Médecine intensive réanimation	PUPH

Mise à jour Novembre 2022

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 patient·e·s 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·e 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 consœurs et mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que toutes les personnes, mes consœurs 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

Au Professeur Paul FRAPPE, qui me fait l'honneur de présider ce jury de thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et ma reconnaissance pour votre implication dans la formation des étudiant·e·s en médecine générale.

Au Professeur Rodolphe CHARLES, qui me fait l'honneur de participer à ce jury de thèse. Soyez assuré de ma respectueuse considération et de ma reconnaissance.

Au Docteur Angélique SAVALL, qui me fait l'honneur de participer à ce jury de thèse. Soyez assurée de mes remerciements et de mon profond respect.

Au Docteur Mathilde PILLARD, qui m'a accompagnée tout au long de ce travail. Merci pour nos échanges et ton soutien, tu as su me donner confiance. Trouve ici l'expression de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

Aux personnes rencontrées pour ce travail de thèse, merci de m'avoir accordé votre confiance et de m'avoir reçue dans votre intimité. Je prête serment et vous me rappelez pourquoi.

Table des matières

Préambule	8
Introduction	9
Méthode	11
Résultats/Discussion	12
I. Genre(s) et Transidentité(s).....	13
II. Quelle relation la médecine générale entretient-elle au genre et à la transidentité ?.....	14
III. Parcours de santé et place de la médecine générale	18
IV. Enjeux pour la médecine générale	22
Conclusion	24
Bibliographie	26
Annexes	28

Préambule

Ce travail ne cherche pas à parler à la place des personnes qui se reconnaissent dans la population étudiée.

L'enquêtrice a conscience que les préoccupations des personnes qui se reconnaissent dans la population étudiée peuvent être éloignées des considérations contenues dans cette étude.

Une écriture inclusive a été utilisée dans ce travail ; elle tente d'englober et d'assurer une meilleure visibilité de toutes les personnes quels que soient leurs genres.

L'enquêtrice souhaite de plus préciser que le contenu de ce document ne doit en aucun cas être utilisé à des fins de stigmatisation ou de discrimination, notamment des personnes transgenres, non binaires ou en questionnement sur leur identité de genre.

L'enquêtrice n'a pas de lien d'intérêt à déclarer.

Introduction

Plusieurs études rapportent des comportements discriminatoires de la part du personnel soignant dans la prise en charge des personnes trans. En 2011, 35% des personnes trans déclarent avoir renoncé aux soins au moins une fois dans leur vie à cause des préjugés du personnel soignant(1). En 2014, 65 % des personnes trans déclarent avoir subi des propos ou actes transphobes de la part du corps médical au cours de leur vie(2). Ce constat soulève la question des représentations de la transidentité en médecine générale et des relations de soins qui en découlent.

L'identité de genre est « l'expérience individuelle du genre d'une personne, qui peut correspondre ou non à son genre assigné à la naissance »¹. Une personne transgenre « ne s'identifie pas au genre qui lui a été assigné à la naissance ». Une personne non binaire « ne s'identifie ni comme une femme ni comme un homme et navigue sur le spectre du genre ». Le vocabulaire lié au genre évolue rapidement, de nombreux autres termes existent pour définir chaque expérience du genre. Les termes *transgenre* ou *trans*, qui semblent faire consensus auprès des personnes concernées, sont utilisés ici pour parler de l'ensemble des personnes qui ne se reconnaissent pas dans le genre qui leur a été assigné à la naissance.

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), les personnes trans représentent 0,5 à 2% de la population(3). Parmi elles, si la majorité s'identifie dans une certaine binarité (femme ou homme transgenre), plus d'un tiers s'identifierait avec un genre non binaire (4). D'après la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM), le nombre de personnes admises à l'Affection Longue Durée (ALD) pour « transidentité » a été multiplié par 10 entre 2013 et 2020. Il s'agit d'une population jeune puisque 70% des bénéficiaires ont entre 18 et 35 ans(5). Ceci ne reflète cependant pas l'ensemble de la demande de soins puisqu'il n'existe pas de données précises concernant les personnes trans(3). Nombre d'entre elles ne demandent pas l'ALD, sollicitent des soins à l'étranger, ou n'ont pas fait de *coming out*.

Les jeunes adultes et adolescent·e·s transgenres, non-binaires ou en questionnement sur leur identité de genre sont de plus en plus visibles. Ils·Elles·Iels traversent une période de construction de soi où les difficultés de la transidentité rencontrent celles de la puberté(6). Les corps changent et sont soumis à une pression accrue à se conformer à un rôle de genre². Cependant, on assiste aujourd'hui à une libération de la parole devant l'évolution des normes de genres. L'identité s'envisage au delà du cadre rigide binaire femme/homme qui était imposé jusque là par la société.

Si la diversité des genres prend place dans la diversité humaine, l'accompagnement des personnes trans passe par la dépathologisation et dépsychiatisation de leurs vécus. En 2019, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a remplacé le terme « transsexualisme » par « incongruence de genre à l'adolescence et à l'âge adulte ». Elle a sorti les questions de santé liées au genre de la catégorie « troubles mentaux et comportementaux » pour les inclure dans la catégorie « conditions liées à la santé sexuelle » de la CIM 11³. On ne diagnostique pas une transidentité. La·e médecin peut éventuellement reconnaître une

¹ Définitions issues du site Transidenticielic.

² Ensemble des comportements, rôles, statuts, droits qu'une société attribue aux individus en fonction de leur sexe biologique ; il est assigné à la naissance. Lorsque la distinction des rôles sociaux est poussée à l'extrême, on parle de stéréotype de genre.

³ Cette classification reste dénoncée par une partie des personnes concernées puisqu'elle consigne le genre à une question de sexualité et non à la question beaucoup plus large de l'identité.

« dysphorie de genre »⁴, mais elle n'est pas nécessairement ressentie par les personnes. Sur le plan juridique en France, la loi du 18 novembre 2016⁵ ne conditionne plus le changement d'état civil à une chirurgie ou une stérilisation.

Les personnes transgenres restent cependant confrontées à un contrôle social qui impacte leur santé : discrimination, violence, marginalisation. Ces mécanismes peuvent se diffuser dans le cadre de la relation de soin aussi(8). Des risques accrus de dépression, conduites à risque, suicide, isolement, précarité sont identifiés(8). Alors que l'accès aux soins est un enjeu majeur pour ces personnes, il existe un éloignement du système de santé(2,5). En 2011, en dehors du parcours de transition, 16% des personnes n'ont pas été reçues par un médecin au prétexte qu'elles étaient trans et 63% de celles qui ont déjà été rejetées par un médecin ont renoncé aux soins par la suite(1). Pour les jeunes, qui sont la cible de ce travail, ces enjeux de santé existent, même s'ils s'intriquent dans le processus d'individuation(6,9).

Pourtant le sujet est peu abordé pendant les études médicales, ce qui entraîne des incompréhensions, une méconnaissance de la démarche trans-affirmative et des besoins spécifiques des personnes concernées. Cela entretient des préjugés favorisant des attitudes discriminatoires(8). Sujet controversé, sans consensus, il soulève des appels à la prudence et des questionnements notamment dans la prise en charge des mineurs(10). L'HAS qui doit produire des recommandations pour la pratique à la fin de l'année 2023 concernant les personnes de plus de 16 ans, définit les enjeux suivants : un accompagnement et une prise en charge pour une diminution de l'errance des personnes, de la stigmatisation, de l'automédication, une préservation de la fertilité et une meilleure santé globale(11).

La·e médecin généraliste (MG) est l'un·e des principaux·les intervenant·e·s en matière de santé auprès des jeunes, bien qu'il existe des freins dans la relation médecin-jeunes, avec parfois des demandes peu claires et des attentes cachées (12). La·e MG est un·e acteur·ice essentiel·le de la prévention primaire et de l'éducation pour la santé et elle·il améliore le bien-être de ses patient·e·s adolescent·e·s sans forcément en avoir conscience (13).

Il existe donc un écart entre une réalité de plus en plus visible impliquant des enjeux de santé et la barrière dans l'accès aux soins. Alors quelle est la place de la médecine générale dans ce contexte ? Comment accompagner au mieux devant la multiplicité des façons d'être et de se définir ? Ce travail a cherché à comprendre le vécu et les attentes de jeunes personnes trans en allant à leur rencontre. Comprendre aussi leurs représentations du·de la médecin généraliste et les leviers qu'ils·elles·iels soulèvent pour penser et améliorer les pratiques.

⁴ La dysphorie de genre est décrite dans le DSM V : « lorsqu'une incongruité entre le genre assigné à la naissance et l'identité de genre implique une dimension de détresse psychologique cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants »(7)

⁵ Loi n°2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXIème siècle

Méthode

Une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés, a été menée par une enquêtrice unique. Les entretiens se sont déroulés entre janvier 2022 et novembre 2022, auprès de jeunes recrutés par bouche à oreille, en dehors des cabinets médicaux. L'appel à témoin a également été diffusé par l'association Trans Aide et a été relayé sur un groupe Facebook par une des personnes rencontrées en entretien. Les personnes incluses étaient des jeunes entre 15 et 25 ans, transgenres, non binaires ou en questionnement sur leur identité de genre.

Un guide d'entretien a été établi à partir des questionnements de l'enquêtrice, des données de littérature et des échanges avec la directrice de thèse. Ce guide a été exposé lors d'une rencontre avec l'association Trans Aide. L'entretien test, avec une personne de plus de 25 ans, a finalement été gardé et analysé devant la richesse des propos. Le guide a été ajusté au fil des différentes rencontres.

Chaque entretien a été réalisé dans un lieu choisi par la personne participant à l'étude. Chaque personne a signé un consentement pour sa participation ; pour les mineurs un consentement a été signé par au moins l'un des représentants légaux.

Les entretiens ont été réalisés jusqu'à saturation des données. Ils ont été enregistrés sur un dictaphone puis retranscrits par l'enquêtrice. Ils ont été anonymisés avant analyse en attribuant un nom d'emprunt à chaque personne. Le codage a été réalisé par deux personnes : l'enquêtrice et la directrice de thèse. L'analyse a été menée selon les principes de la théorisation ancrée.

Une déclaration a été effectuée auprès de la CNIL et un avis favorable du comité d'éthique du CHU de Saint-Etienne a été obtenu le 27 avril 2022 sous la référence IRBN 492022/CHUSTE.

Résultats/Discussion

Dix entretiens ont été réalisés comme présentés dans le tableau 1.

Tableau 1 présentation des entretiens

Entretien	Prénom d'emprunt	Age	Genre autodéterminé	Durée de l'entretien
E1	Alice	30 ans	Agenre	47 min
E2	Léa	26 ans	Femme non binaire	42 min
E3	Liam	23 ans	Homme trans	55 min
E4	Nessa	20 ans	Femme trans et intersexe	1h 11min
E5	Samia	23 ans	Femme trans	1h 14min
E6	Anaël	21 ans	Homme trans	59 min
E7	Noa	23 ans	Homme trans	1h 13min
E8	Cléo	20 ans	Non binaire	45 min
E9	Elie	22 ans	Non binaire et intersexe	1h 41min
E10	Max	16 ans	Garçon trans	1h 10min

Forces et faiblesses de l'étude

L'identité de genre et la transidentité constituent un champ de recherche qui se développe depuis peu en France. Cette étude présente l'intérêt d'avoir rencontré des personnes jeunes. Les principaux résultats recroisent ce que l'on peut trouver dans la littérature. Cependant il existe des limites à ce travail. Bien que varié, l'échantillon était de petite taille. Il existait aussi un biais de sélection : l'appel à témoin ne laissait de place que pour les personnes volontaires et la signature d'un consentement parental pour les mineur·e·s excluait les personnes qui n'ont pas pu parler de leur identité de genre avec leurs proches ou qui ne bénéficient pas de leur soutien. Ce travail a été réalisé par une enquêtrice novice en matière de recherche qualitative. Cependant la durée moyenne des entretiens était de 63,7 minutes, laissant le temps aux personnes de s'exprimer. L'enquêtrice a essayé de s'affranchir de ses présupposés et s'est efforcée de garder une attitude scientifique tout au long de ce travail. La triangulation a été recherchée : d'une part l'analyse a été faite en binôme avec la directrice de thèse, d'autre part ce travail a été relu par une des enquêtées.

I. Genre(s) et Transidentité(s)

Du genre comme « concept » ...

La plupart des personnes rencontrées pour cette étude souhaitent que leur MG puisse comprendre leur vision du genre. Ils·Elles·Iels appréhendent le genre comme un « *concept* » selon lequel on se retrouve « *étiqueté* », mis à la naissance dans l'une des deux « *cases* » femme ou homme. Cette classification étant faite selon le sexe biologique, féminin ou masculin. Il s'agit d'une « *construction sociale qui correspond à des normes* » (Léa), normes pour lesquelles il existe des attentes spécifiques de la part des autres. « *Concept* », « *croyance* », « *construction sociale* » : le genre n'a pas de réalité concrète. « *C'est un truc très flou et fluide, basé sur pas grand chose* » (Nessa). Il est questionné par tout·e·s les participant·e·s à cette étude.

...à l'identité de genre comme expérience intime

Pour Max « *le genre, on ne peut le décrire que soi-même, c'est personnel, ça ne peut pas être autrement* ». Les principes de Jogjakarta⁶ ont défini « l'identité de genre » comme une expérience intime, un sentiment profond qui ne s'explique pas. Cette identité « ne nie pas les normes puisqu'elle naît sous l'effet de la contrainte du genre. Cependant elle questionne le devenir des assignations de genre dans une prise en compte des subjectivités individuelles » (Alessandrin)(2). Chacun·e est libre de se définir comme il·elle·iel le souhaite, en ne s'identifiant pas aux étiquettes qui lui sont attribuées et en s'en attribuant ou non d'autres. Il s'agit d'autodétermination. On peut revendiquer un genre de façon plus ou moins fixe, s'autoriser à jongler avec les normes et se libérer des codes imposés par une société cisnormée. Le genre est performatif selon J.Butler (*Trouble dans le genre*, 1990), c'est le résultat de nos expressions et de nos comportements, ce n'est donc pas une donnée fixe ni naturelle.

Liam : « J'ai envie de jouer avec le genre. Je sais que parfois les gens ne comprennent pas, un jour je peux être habillé très masculin et le lendemain je vais me maquiller (...). Mais puisque c'est un concept, je prends l'étiquette qui me convient. »

Déconstruction du modèle binaire

Le modèle binaire du genre se déconstruit. La multiplication des figures trans avec notamment l'émergence des personnes non binaires permet de penser l'identité de genre comme un « *continuum* »(4) entre deux pôles, féminin et masculin, sur lequel ou en dehors duquel viennent se positionner les personnes(2). Une façon de comprendre la complexification des identités trans est d'envisager le genre en trois dimensions (Jager dans *Sexe et Identité, Au delà de la binarité*, Arte, 2022)(15), qui sont :

- l'identité de genre : définie par la personne concernée
- le sexe biologique : organes génitaux, propriétés hormonales et génétiques
- l'expression de genre : comportement social, vêtements...

⁶ Développés en 2007, ces principes concernent le droit international des droits humains en rapport avec les enjeux relatifs à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre. Ils « affirment les normes juridiques internationales obligatoires auxquelles les États doivent se conformer. Ils promettent un futur différent, où tous les êtres humains, nés libres et égaux en dignité et en droits, pourront jouir de ces précieux droits acquis lors de leur naissance même »(14).

Ainsi un sexe biologique ne correspond pas à un genre. Pour certain·e·s, cette notion prend tout son sens par la place qu'occupent les personnes intersexes. Ces personnes présentent des variations anatomiques, hormonales ou chromosomiques qui ne permettent pas de les assigner à un sexe biologique donc à un genre, rendant « *invalide* » le « *concept* » de genre.

Un cheminement identitaire

Dans cette étude il ressort la notion d'un cheminement vers la compréhension de soi. En effet « Pouvoir être soi-même dans toutes les facettes de son existence n'est pas une évidence »(16). Anaël explique, par exemple, avoir besoin de « *passer du temps avec soi-même pour comprendre et accepter* ». Dans cette expérience intime certaines personnes « oscillent »(2) sur le spectre du genre, passent par la non binarité, évoluent vers une transidentité plus binaire, ou inversement. C'est un processus qui peut se poursuivre dans le temps, le genre est dynamique, en construction permanente(17).

Nessa : « le genre c'est quelque chose qui continue à se questionner. Pour beaucoup de gens c'est pas une ligne droite d'un point A à un point B, une arrivée quoi. On peut le requestionner »

Une population hétérogène

Le terme « transgenre » est un terme parapluie qui regroupe toutes les personnes qui ne se reconnaissent pas dans le genre qui leur a été assigné à la naissance. Cependant la population trans est hétérogène dans la relation qu'elle entretient au genre. Le genre est un « espace social »(18) dans lequel il n'y a pas une façon d'être trans, comme il n'y a pas une façon d'être femme ou homme. « *Chacun voit sa transidentité à sa façon* » (Cléo) et on peut transitionner de différentes façons : sociale, légale, médicale. Il n'y a donc pas de définition générale ni définitive à la transidentité, surtout dans le « contexte bouillonnant actuel »(2). Les tentatives de définition se soldant « par la consécration de points aveugles, d'oublis, d'invisibilisations »(2). Il n'y a pas non plus d'explication au fait d'être trans. Questionner le genre et la transidentité amène alors à considérer et laisser la place aux expériences de vie, notamment dans les parcours médicaux.

II. Quelle relation la médecine générale entretient-elle au genre et à la transidentité ?

Faire exister

Parler d'identité de genre, de transidentité, c'est appréhender des termes en constante évolution. Ces enjeux lexicaux sont peu évoqués pendant les études médicales. Mais comment comprendre un sujet si l'on ne possède pas les mots pour en parler ? C'est peut-être là que commence à se créer un décalage entre le monde médical et des personnes qui essaient de dire et de se dire autrement. Pour inclure ces personnes dans les prises en soins peut-être doit-on d'abord les « *inclure dans la langue* » (Alice). Pourtant certaines personnes soulignent une ambivalence dans l'utilisation de ces mots. Si bien nommer quelqu'un permet de lui donner une réalité et de le rendre visible(19), la définition des mots peut aussi être vécue comme réductrice car elle circonscrit à une « *étiquette* ».

Noa : « J'utilise « homme trans » mais je pense que mon genre est beaucoup plus complexe que ça, ça ne m'intéresse pas de poser des mots dessus. C'est important pour certaines personnes et c'est très bien qu'elles trouvent les mots pour expliquer leur genre, mais moi j'en n'ai pas besoin(...), ça ne fait pas sens pour moi »

Pour certain·e·s, la complexité du vocabulaire, la multitude des termes existants participent à déconstruire le « concept » de genre.

Nessa : « Il y a beaucoup de gens qui inventent de nouveaux concepts autour du genre en créant de nouveaux mots, au début, je trouvais ça un peu ridicule, en me disant qu'on allait juste se perdre et que ça ne sert à rien. Mais en fait après réflexion c'est le but : montrer qu'il y a tellement aucun sens au genre binaire, qu'il n'y a pas plus de sens à se définir avec des concepts hyper flous »

Les enjeux du genre et de la transidentité en médecine ne se limitent cependant pas à une question lexicale.

Le genre facteur d'inégalité

Devant l'infini des possibilités d'être soi, les personnes attendent de leur MG qu'il·elle les reconnaisse dans leur singularité.

Elie : « Quand on est dans la médecine, être capable de se détacher du genre, de la vision qu'on a de ce qu'est une femme ou un homme pour juste voir l'individu en face et se dire « qui est cette personne ? » ; pas juste se référer à une enveloppe anatomique ou sociétale, (...) pour être pris en compte dans sa globalité, être un individu et pas avoir d'étiquette »

Le genre influence la prise en charge médicale : c'est un facteur identifié d'inégalité(20). Comme le rapporte le Haut Conseil de l'égalité entre les femmes et les hommes, il existe des stéréotypes genrés qui retardent la prise en charge de certaines pathologies dites plutôt masculines ou plutôt féminines(21). La question s'ouvre aussi aux personnes transgenres puisqu'elles connaissent des difficultés d'accès aux soins, sont moins dépistées et suivies pour certaines pathologies, notamment les cancers(2,22). Pour certain·e·s, il ne faudrait différencier les prises en charges médicales que lorsqu'il est question du sexe biologique. Alice, par exemple, interroge : « est-ce qu'on a vraiment besoin de savoir en médecine si on est fille ou garçon ? (...) même si j'entends qu'il y a un corps femme ou homme, enfin qu'on pourrait renommer corps avec vulve et corps avec pénis, parce que ce serait moins excluant ».

Des normes médicales à repenser ?

Questionner la notion de genre en médecine, c'est questionner là aussi certaines normes. Où se situe la limite entre normal et pathologique si on ne considère plus le genre de façon binaire ? La réponse vient peut-être en partie de la personne qui, en fonction de son vécu, place le curseur selon sa propre norme. L'échange avec Elie illustre la question. Elie, non binaire, assignée femme à la naissance, présente une hypertestéronémie et une pilosité importante qui sont pour elle marqueurs d'une intersexuation.

Elie : « Je me posais des questions sur ma pilosité. Mon MG m'a expliqué que c'était sûrement une pathologie : l'hirsutisme et il m'a dirigé vers une endocrinologue. J'y suis allé et elle m'a dit que c'était un dérèglement hormonal. Voilà c'était des termes d'un aspect négatif. C'est à ce moment que je me suis dit « pourquoi je me mets toutes ces barrières ? ». Il fallait que je fasse des examens(...) et en fait je me suis dit « mais je vais bien ». Voilà j'ai eu ce cheminement. Et de me dire « j'essaie de guérir quelque chose qui n'a pas à se guérir au final ». Ça été un déclic. J'ai fini par me dire « non je ne suis pas malade, je ne vais pas faire une série d'examens » (...). J'aimerais avoir quelqu'un en face avec qui je puisse échanger sur ce sujet et qu'on me prenne tel que je suis, sans essayer de régler le problème, pas le problème justement, sans chercher à ce que ce soit vu comme un problème et chercher à le résoudre, parce qu'il n'y a rien à résoudre »

Elie se sent en parfaite santé et souhaite que cela prévale sur ce que les normes binaires du cadre nosologique de son MG pourraient faire apparaître comme pathologique. L'interprétation médicale pourrait donc s'envisager avec de nouvelles perspectives dans une « épistémologie TNBI+⁷ »(23). Une approche centrée sur la personne, laissant de la place au vécu et à la diversité, apparaît ici comme une réponse aux attentes des personnes dans la relation avec leur MG.

La-e MG n'est pas une référence pour parler des questionnements de genre

Pour avancer dans leurs parcours les personnes rencontrées ont cherché de l'information sur internet, auprès de pairs ou du milieu associatif. Leur MG n'a pas été une référence pour elles. Il·elle n'est pas forcément perçu·e comme quelqu'un à qui on peut se confier. « J'ai loupé ce coche » explique Alice, alors que Cléo « ne voyait pas à quoi ça pourrait servir », les questionnements de genre relevant de l'intime. De plus, les personnes présupposent souvent que leur MG n'a pas les connaissances. Pour Samia « c'est mon premier interlocuteur en matière de santé, mais je mets à part les soins liés à la transition, parce que mes premiers interlocuteurs pour ça, c'est d'autres trans qui sont bien plus renseigné·e-s que mon médecin ».

Toutes les personnes rencontrées ont noté un manque de formation des soignant·e·s. Pour pallier cela elles sont « obligées » de développer une expertise(5). Samia explique « on est tellement dans une situation de désert médical autour des transitions (...) qu'on finit par s'y connaître beaucoup mieux que les médecins », au point qu'elle a été sollicitée, « pair-aidante » improvisée, par sa MG pour partager son savoir avec une autre patiente. Pourtant les ressources existent, souvent produites par des personnes concernées, comme le fait remarquer Nessa. Pour un certain nombre des personnes rencontrées, leur consultation ne devrait pas être le lieu de formation de leur médecin.

Nessa : « Se faire éduquer par les patients c'est une chose, sauf qu'on vient pour se faire soigner, pas pour éduquer le docteur (...). Les ressources sont là, si vraiment ça t'intéresse il faut les lire »

La société évolue, les besoins de santé aussi, alors pour certain·e·s c'est un impératif : la-e MG doit mettre à jour ses connaissances.

⁷ Épistémologie TNBI+ (Trans, Non Binaire, Intersexué et +) : épistémologie ouverte, complexe et ramifiée des corps, identités et socialités de genre et des genres »(23)

Noa : « C'est aussi le travail du médecin, qui est constamment en contact avec l'humain de se mettre à la page de ce qui se passe ! Il n'est pas obligé de comprendre(...), mais il est obligé de se mettre à la page »

Les lacunes des professionnel·le·s de santé « on les ressent très vite » souligne Samia, elles créent un climat de méfiance et peuvent être vécues avec colère. Comme pour Noa : « c'est juste des personnes qui n'en savent rien du tout ! Du coup il n'y a personne pour nous aider ! Et pendant ce temps on fait partie des plus précaires, des plus sujets au suicide ! »

La formation des MG est une démarche volontaire, l'enseignement étant restreint sur le sujet, marqué par des préjugés et vecteur de transphobie(8,24). Certaines personnes sont cependant prêtes à échanger avec leur MG. Comme Elie : « J'aimerais bien qu'il me pose des questions, même si c'est pour qu'il ait plus de connaissances sur le sujet ; j'aimerais bien un rapport d'échange et d'apport mutuel ». Pour Alice l'expertise des personnes est à valoriser : « on peut aussi faire avancer les choses par les personnes concernées (...). C'est des personnes qui ont bossé pour dire qui elles sont, ce qui se passe dans leurs corps et ça peut être un guide ». Repenser la formation médicale semble nécessaire pour diminuer les inégalités de santé, en intégrant dans l'ensemble des programmes la diversité des genres, la spécificité des besoins de santé des personnes trans et en y associant les personnes concernées(8,25), grâce à des « patient·e·s-partenaires » qui possèdent le savoir de l'expérience.

La « peur » de consulter

Parmi les difficultés d'accès aux soins pour les personnes dans cette étude, il existe des appréhensions à rencontrer les professionnel·le·s de santé. Il n'est « jamais facile d'aller chez un·e médecin, dans le contexte de la transidentité encore moins » (Noa). Les personnes ont besoin de « se blinder » (Alice), « se préparer » (Liam) avant une consultation. La « peur » est présente dans les discours ; « peur » de ne pas être respectées, « peur » d'être jugées. Certaines mettent en place des stratégies d'évitement en retardant le moment de consulter, ou en se camouflant « en mode 'cis-het' » (Cléo) en revêtant les codes cisgenres et hétérosexuels, ou en ne consultant pas. Souvent, explique Samia, elles choisissent leur médecin parmi des praticien·ne·s référencé·e·s comme « safe » par d'autres personnes transgenres. Ce « marché des réputations » se développe comme une réponse aux épreuves imposées dans le système de santé(16).

Qu'elle soit directe ou indirecte, relationnelle ou institutionnelle(2), peut-on faire l'économie de se pencher sur la question de la transphobie dans le milieu médical ? Elle existe(2,8). Dans une étude publiée en 2023 des médecins constatent qu'il peut y avoir des situations de violence médicale et que les personnes LGBTQIA+ font partie des plus à risque de les subir (26).

Il se dit quelque chose de la relation entre médecins et personnes trans lorsque plusieurs d'entre elles expriment le souhait d'être suivies par des médecins transgenres, qui connaissent intimement le parcours de transition, ses angoisses, ses difficultés ; mais aussi pour être certaines d'être bien accueillies. On trouve ici l'idée d'une « compétence culturelle »(25,27), selon laquelle l'accès, la confiance dans les soins et le respect des recommandations par les soignant·e·s, sont améliorés par le fait que les

professionnel·le·s appartiennent à la population soignée. Pourtant toute personne devrait pouvoir profiter des compétences du·de la MG⁸, sans distinction de genre.

III. Parcours de santé et place de la médecine générale

« Dépathologiser »

La transidentité peut s'aborder sous deux angles en MG : les soins courants et les parcours de transition. Une démarche trans affirmative, c'est à dire « orientée vers la compréhension, la reconnaissance et le soutien de l'expérience du genre vécue »(4), permet d'accueillir dans les meilleures conditions. Pour les soins courants la transidentité n'est pas au centre de la prise charge, mais devrait rester à l'esprit du·de la soignant·e qui doit être attentif·ve aux enjeux de santé spécifiques. Les personnes existent et ont des besoins de santé en dehors de leur transidentité(28,29). Elles attendent de leur MG une consultation ordinaire, dans le respect de leur identité.

Léa : « l'idéal pour que je me sente bien, c'est de me sentir le moins possible assignée à un endroit (...) Un truc que j'ai beaucoup apprécié chez ma médecin, c'est la première fois qu'on s'est vues, elle m'a posé des questions (...) en me disant « j'ai vraiment envie de savoir ce que tu fais dans la vie, qu'est-ce qui t'intéresse, comment tu te sens, etc »

Bien que la transidentité ait été officiellement « dépathologisée », il persiste dans le système de soins les stigmates de l'histoire du concept de « transexualisme » qui lui est attaché. Ce terme médical obsolète est aujourd'hui connoté négativement, même s'il a évolué au fil des classifications DSM et CIM en devenant plus inclusif et moins psychiatrisant, car il ancre les personnes dans la pathologie. Il est remplacé par « incongruence de genre » qui semble laisser plus de place aux vécus transidentitaires. Pourtant c'est peut-être ici que réside un second décalage entre les personnes trans et la communauté médicale, entre des « patients pas malades mais qui ont besoin d'un médecin » (Nessa) et des médecins dont la pensée reste marquée par une catégorisation pathologisante(2).

Il ressort dans cette étude que les questionnements sur le genre ne relèvent pas du médical : « la question du genre c'est pas quelque chose de médical, mais la question de la transition ça l'est » (Noa). C'est un cheminement intime qui est mis à l'épreuve par les normes de société. L'intervention de la médecine dans les parcours de transition n'est pas envisagée par tous·tes et elle est attendue plutôt dans une dimension technique(30) : demande d'ALD, prescription et manipulation de l'hormonothérapie, suivi biologique, orientation vers d'autres professionnel·le·s et pour du soutien psychologique si besoin. L'enjeu de cette intervention est de respecter le parcours unique de chacun·e, car les attentes et les besoins de transition ne sont pas les mêmes pour tous·tes et peuvent être évolutifs. De la seule reconnaissance de leur identité à une affirmation médicale ou chirurgicale, les parcours ne devraient pas être protocolisés(4,30). Il s'agit alors de médicaliser sans pathologiser. Presque toutes les personnes rencontrées ont souligné qu'elles souhaitaient absolument éviter les parcours qui pourraient les conduire à une évaluation psychiatrique, qui ne doit d'ailleurs plus être un prérequis : « le savoir médical n'a plus

⁸ Compétences décrites dans le référentiel métier et compétences du MG de la WONCA (Organisation mondiale des médecins de famille) et dans la marguerite des compétences du CNGE (Collège National des Généralistes Enseignants)

à être convoqué dans le processus d'autodétermination »(5). Beaucoup ne souhaitent pas, non plus, passer par les services hospitaliers spécialisés, mais demandent que leur MG puisse être la référence du parcours de transition, pour sa prise en charge globale et son accès plus facile(5,30).

Nessa : « Le truc c'est de privilégier l'accompagnement par le MG, parce qu'il y a plus de suivi (...). Il y a un rapport plus privilégié avec le MG qui nous suit pour tout en général, et pour moi la transition ça fait partie des choses générales (...). Il y a un truc moins pathologisant à parler de ça avec son MG plutôt qu'avec un spécialiste, voilà y'a un truc moins stigmatisant ».

Cependant, certaines personnes n'attendent pas forcément une expertise de leur MG, mais des connaissances minimales pour être accueillies dans de bonnes conditions et être orientées dans un réseau de praticien·ne·s formé·e·s à la démarche trans affirmative.

Noa : « le MG devrait connaître les démarches à faire pour transitionner, comment ça se passe, connaître les asso pour nous aider et nous orienter(...). Au moins ça ! (...) Voilà, le rôle d'un médecin c'est de faire son taf et de m'orienter là où il faut si ce n'est pas dans son corps de métier ou s'il ne peut pas répondre à mes questions »

Difficultés des jeunes personnes transgenres

Depuis une dizaine d'années il existe une augmentation des demandes de consultation en lien avec la transidentité pour des personnes jeunes, notamment des adolescent·e·s mineur·e·s(5). Les personnes rencontrées dans cette étude sont pour la plupart majeures et si certaines ont su dès l'enfance qu'elles étaient trans, les autres ont cheminé pendant l'adolescence. Dans cette période de construction de soi, nombreuses sont celles qui ont fait face à un sentiment de différence et de solitude(31) : « *On se retrouve seul, face à soi-même* » (Max). Le manque d'information et de représentation dans la société en ont souvent été la cause. Pour Elie « *le fait d'avoir la connaissance, les mots ; un mot amène aussi d'autres questions, mais déjà on a l'impression de progresser, d'apprendre à se connaître. Tout passe par l'information et ça j'en ai cruellement manqué* ». Pour Max « *il n'y a pas grand chose autour de nous qui nous fait sentir fier de ce qu'on est* ». Dans ce contexte, Samia souligne l'importance d'une représentation positive : « *la visibilité sans éducation, sans bienveillance c'est juste nous apporter plus d'agressions et de propos transphobes (...). Il faut montrer qu'une transition peut bien se passer, qu'il y a des personnes trans heureuses* ».

L'accompagnement des jeunes personnes transgenres intéresse les milieux familial, scolaire et médical. Ces jeunes ne bénéficient cependant pas toujours du soutien parental, la famille pouvant être un lieu de rejet(2). D'autres parents peuvent être démunis et devraient être soutenus dans l'accompagnement de leur adolescent·e(4,30). Plusieurs personnes ont également regretté de ne pas avoir eu accès à plus d'information et de soutien pendant leur scolarité. Le rôle déterminant de l'école est aujourd'hui mis en avant dans la littérature(2,16,32). Concernant le milieu médical, souvent ces jeunes ne savent pas vers qui se tourner, comment prendre rendez-vous, où entamer des démarches. Leurs difficultés d'accès aux parcours de transition sont aussi liées au fait que leur parole n'est pas toujours prise au sérieux, parfois qualifiée « *d'effet de mode* » ou déconsidérée : « *tu fais ça pour te rendre intéressant* » rapporte Max. Souvent cette parole se heurte aux inquiétudes des proches et des soignant·e·s, qui ont peur que les personnes regrettent de leur transition. Pourtant ces jeunes n'ont pas moins de raisons d'être sûr·e·s de leur genre que les jeunes cisgenres. Quant aux taux de regret et de détransition, les chiffres actuels sont faibles et plutôt en lien avec un manque de soutien(4,5). Ils sont à mettre en balance avec le mal être et

le risque suicidaire dans la décision de prise en charge (5,25). Plusieurs personnes ont aussi souligné que la·e médecin, par son statut, peut faire argument d'autorité et mettre en doute leurs vécus de jeunes en construction.

Max : « L'avis des médecins va impacter surtout des personnes jeunes, parce que ça va tout remettre en question vu que c'est des professionnels »

Pour ces jeunes, les difficultés de l'adolescence et celles de la transidentité s'entrecroisent(6). Dans ce contexte de vulnérabilités, il existe des enjeux de santé (anxiété, dépression, gestes auto-agressifs, troubles des conduites alimentaires, déscolarisation), voire un enjeu vital (idées et comportements suicidaires) face à «l'oppression développementale»(31) subie. Le moment du *coming out* est particulièrement risqué, parce qu'il soumet la·e jeune à des bouleversements sociaux, relationnels et psychiques(16). Le rapport au corps est aussi à prendre en compte dans ce contexte, avec les changements physiques qu'imposent la puberté et l'inadéquation entre son évolution et ce qu'en attend la·e jeune(32). Transitionner est alors une nécessité pour « *se sentir mieux dans [son] corps* » (Liam), c'est aussi un moyen de « *se protéger, faciliter la vie, pour ne pas tomber dans des choses qui sont dangereuses pour nous, mais aussi de la violence extérieure* » (Nessa).

Attentes des jeunes vis-à-vis du·de la MG

Il s'agit d'accompagner ces jeunes en respectant leur singularité(6), sans restreindre leurs questionnements et leur mal être à un simple processus adolescent(9), ce qui conduirait alors à instaurer un délai de prise en charge.

Nessa : « Dire : « c'est normal de se poser des questions » c'est aussi un argument pour retarder les choses. Il faut plutôt dire « qu'est-ce que tu te poses comme questions » et « qu'est-ce qu'on peut faire pour y répondre maintenant ? ». Pas penser toujours à « oui mais, dans 5 ans, en fait tu sais pas, ça changera ». Il faut répondre au besoin actuel(...). Comment est-ce qu'on accompagne la personne vers un endroit où elle se sent bien, où elle se mettra pas en danger, où son état physique ne va pas impacter sa santé mentale, c'est ça l'accompagnement »

Encourager ces jeunes dans une démarche d'exploration et d'affirmation de leur genre, leur exposer ce qui est possible et leur donner accès aux moyens médicaux de confirmation de genre, a montré des effets positifs sur le bien-être psychique, en plus d'un contexte social aidant et du soutien parental(4,9,31). La difficulté n'étant pas le fait d'être trans, mais c'est de l'être dans un environnement transphobe.

L'accès aux hormones et aux bloqueurs de puberté⁹, lui, pose la question de l'âge. Il implique les représentants légaux puisque le recours à ces produits ne peut se faire sans leur accord pour les mineur·e·s(11). L'accompagnement des mineur·e·s se heurte donc au respect de leur autodétermination et de leur capacité à prendre des décisions pour eux·elles·iels-mêmes. L'une des difficultés ici est de « devoir composer avec la temporalité du·de la jeune, celle de ses parents, et ce qu'il est médicalement

⁹ Pour les plus jeunes les bloqueurs de puberté, visant à suspendre le développement des caractères sexuels secondaires du genre auquel le jeune ne s'identifie pas, peuvent s'envisager à partir du stade 2 de Tanner, leur effet est réversible. Les hormones, visant à développer les caractères sexuels secondaires en harmonie avec l'identité de genre, sont prescrites autour de l'âge de 15ans, leur effet est partiellement réversible et peuvent agir sur la fertilité. La chirurgie pelvienne, ne s'envisage pas avant la majorité, du fait des conséquences irréversibles et la chirurgie mammaire ne peut être envisagée que dans certains cas chez des mineurs(5)

et légalement possible de faire » (Poirier)(6). La temporalité n'est pas la même pour tous·tes, certain·e·s ont besoin de « *prendre le temps d'hésiter* » (Nessa), quand d'autres éprouvent un « *sentiment d'urgence* » (Noa). Cette temporalité est encore différente de celle du·de la MG qui cherche à comprendre la situation dans sa globalité. Ce temps fait partie de la démarche médicale et peut être mal perçu, parfois comme une demande de justification. Pour Cléo « *il [la·e MG] doit pouvoir répondre aux questions concernant la transition et tout, sans poser plus de question* ». Ici réside donc un troisième décalage entre des personnes demandeuses d'une intervention de la médecine dans leur transition et des soignant·e·s pour qui cela implique « une prise de responsabilité indissociable de l'acte de soin (...) [et donc] une potentielle mise en tension entre d'une part, l'autodétermination et le libre usage du corps par le sujet, et d'autre part, la responsabilité des tiers impliqués dans les processus médico-chirurgicaux mobilisés pour permettre ce libre usage »(5). Cependant il ne s'agit pas ici d'être dans l'inaction, avant de prescrire une hormonothérapie il existe d'autres moyens d'accompagnement de la transition à mettre en place : notamment en respectant et en encourageant la transition sociale, par exemple en respectant prénoms et pronoms choisis par la personne.

La prise en charge inclut également les proches. Parmi les personnes rencontrées, plusieurs attendent de leur MG un rôle de médiateur·ice entre elles et leurs familles. Selon Nessa : « *pour des ados, où du coup il y a beaucoup de pression de la part des parents, le MG pourrait avoir un rôle de médiation, plutôt que de renvoyer directement vers des organismes « spécialisés » (...) Je pense que ça fait partie de son rôle : aider les parents à accompagner leurs enfants* ».

Plusieurs personnes auraient aussi souhaité voir leur MG incarner une figure « *d'adulte* », une personne qui puisse les « *rassurer* » (Noa), leur dire « *tu es normal* » (Alice). Certain·e·s attendent un·e adulte qui puisse « *repérer* » (Nessa) leurs difficultés, les « *questionner sans brusquer* » (Elie), ainsi leur permettre d'explorer les émotions et les difficultés rencontrées(4,6). Cependant l'identité de genre ne peut être abordée que par la personne concernée. « *Personne n'aime être poussé à faire son coming out* » explique Noa, mais précise « *à moins que vous sentiez une personne extrêmement en détresse* ». Une façon d'aborder la question serait alors d'interroger la personne sur le rapport à son corps, Elie propose « *des questions assez simples mais qui peuvent amener sur la piste, pour ne pas y aller franco* ».

En les interrogeant directement, certaines des personnes rencontrées pensent que ce pourrait être le rôle des MG d'apporter des informations sur la diversité des genres « *de manière banalisée et simple* » (Noa), « *même aux personnes non concernées* » (Elie). Le champs qui s'ouvre alors ici pour la médecine générale est celui de la promotion et de l'éducation pour la santé(30). Aborder la diversité des genres chez les jeunes est un moyen de libérer la parole de ceux qui pourraient en avoir besoin, en plus d'être une façon de soutenir le respect et l'égalité entre les personnes.

Samia: « Il y en a beaucoup [de jeunes] qui ne seront pas capables vraiment de dire, ou qui n'auront pas envie d'en parler. Mais le fait d'en entendre parler, se rendre compte que c'est quelque chose qui arrive, que ces personnes ne sont pas seules, pas folles. (...) Peut-être que ça sera des années après, mais elles sauront que c'est possible d'en parler. »

D'autres enjeux se dessinent pour ces jeunes, celui notamment de la préservation de la fertilité mais aussi celui d'accompagner la construction de l'individu dans sa globalité, dans son intégration sociale et professionnelle. « L'avenir du jeune ne s'arrête pas à ses démarches médicales d'affirmation de genre »(Poirier)(6).

IV. Enjeux pour la médecine générale

To do list pour la pratique

Pour mieux accompagner les personnes en médecine générale plusieurs leviers ont été identifiés : une écoute bienveillante et dépathologisante dans une relation de confiance, le respect de l'autodétermination sans jugement et des professionnel·le·s de santé formé·e·s. On trouve des éléments d'aide à la prise en charge, bien qu'ils puissent être controversés, dans des guides comme le site internet Transidentificlic, ou celui de la World Professional Association for Transgender Health (WPATH, où un chapitre concernant les adolescent·e·s a été ajouté à la dernière version en 2022). Les éléments suivants ont été soulignés par les personnes rencontrées dans cette étude :

- Créer un environnement « *safe* » où la personne pourra se sentir en confiance, en laissant par exemple des « *indices* » qui permettent de savoir que la·e MG est sensibilisé·e (affichage aux couleurs arc-en-ciel, plaquettes d'informations...) ; en appelant toutes les personnes en salle d'attente sans utiliser la civilité « Monsieur » ou « Madame » ; en parlant de « *personne enceinte* » ...
- S'ouvrir à la diversité des genres et connaître les nouvelles façons de se dire, ne pas préjuger du genre d'une personne, ne pas faire de commentaire sur son apparence, demander et respecter les prénoms et les pronoms, éviter de mégenrer.
- Connaître les enjeux de la transidentité sur les plans médical et social, fonctionner en réseau de soignant·e·s sensibilisé·e·s et en lien avec des organisations associatives.
- Soutenir la personne dans une démarche trans affirmative sans juger, écouter et être disponible. Soutenir le système familial dans son ensemble.
- Informer sur les différents aspects du parcours de transition, sur les effets des traitements, mais aussi donner des informations adaptées notamment dans le domaine de la prévention.
- Respecter le rythme et les besoins individuels de la personne dans son parcours de transition, dans une démarche centrée sur l'individu·e et accepter la flexibilité de certains parcours.
- Donner accès aux moyens médicaux d'affirmation de genre (bloqueurs de puberté, hormones...) et en assurer le suivi, ou orienter vers d'autres praticien·ne·s formé·e·s.
- Procéder à un examen clinique si nécessaire, avec le consentement de la personne et respectueux du corps.

La·e MG au sein de la société

L'évolution des normes de genre mettent la·e MG face à ses propres représentations de la transidentité. La société influence son regard et sa pratique est imprégnée des codes binaires en vigueur. La·e MG n'est pas épargné·e par des préjugés, conscients ou inconscients, hérités de son éducation, ses croyances, sa formation au cours de laquelle les attitudes discriminatoires ne sont pas déconstruites(8). Ces préjugés sont autant de freins dans la relation avec les personnes trans et dans leur prise en charge. C'est ce qui pousse Noa à dire que « *les MG sont représentatifs de notre société, dans 90% des cas les personnes ne sont pas safe pour moi, donc dans 90% des cas les médecins ne le seront pas* ». Une conséquence de cela est le recours à des réseaux de soins parallèles et à l'automédication qui peuvent se révéler préjudiciables pour la santé des personnes(5).

Pour d'autres, comme Alice, la figure du·de la MG représente « *l'état des connaissances, le savoir* », ce qui en fait une « *personne clé* » dans les débats de société. Certain·e·s attendent qu'il·elle devienne un·e porte-parole pour « *plaider en faveur des changements nécessaires* »(25). Léa souligne « *qu'être médecin*

est un pouvoir», un pouvoir « hérité des circonstances »¹⁰. Par ce « savoir-pouvoir » (33), la relation médecin-patient·e est asymétrique. La·e MG se trouve dans une position qui peut influencer les trajectoires des personnes, leur accès ou non aux soins et à la transition médicale.

La question du genre et de la transidentité dépasse largement le domaine médical et s'impose dans tous les domaines de la société. Nessa évoque un « *bug sociétal* » : « *une espèce de paradoxe. Je ne suis pas malade, mais j'ai besoin d'un docteur pour ma transition. C'est une chose qui découle de la société actuelle hyper genrée. Si je n'avais subi aucune pression liée au genre sur mon apparence physique de toute ma vie, je pense que cette question ne se serait pas posée. Du coup c'est une espèce de bug sociétal. Et le médical fait partie d'un système où il y a plein de choses à modifier. Modifier juste le monde médical, ça ne changera pas la vie des personnes trans. Il faut un changement plus global* ».

De la même manière pour Samia : « *le problème c'est que j'ai du mal à voir une évolution au niveau de la médecine, sans une évolution plus globale, notamment politique* ». En ce qui concerne le monde médical les politiques de santé sont encore à construire sur cette question. On attend également les recommandations de l'HAS pour guider et harmoniser les prises en charge. De plus la diversité des genres avec l'émergence des personnes non binaires, « s'impose tout juste aux professionnel·le·s de santé »(6). L'état des connaissances et la recherche ne se déploient que depuis récemment en France. La médecine générale trouve donc difficilement des réponses aux questions de personnes « en attente d'une connaissance fine et bien fondée »(22). Comment répondre à la question, par exemple, des effets secondaires d'un traitement hormonal, quand il n'existe que peu de données sur le sujet ou que ce qui est publié ne concerne pas les personnes transgenres ? Pourtant obtenir ces informations permettrait aux personnes de prendre des décisions réellement éclairées. Pour Samia : « *ce n'est pas le fait des médecins directement, mais le nombre d'études sur les personnes trans et sur l'effet des hormones, les conséquences à long terme, est très faible, donc c'est aussi pour ça qu'il y a un manque d'informations pour eux. On nous prescrit, mais sans vraiment savoir où on va* ».

Malgré tout prendre conscience de ses préjugés paraît nécessaire pour la·e MG dans la relation de soins avec les personnes trans. Leurs demandes font évoluer les pratiques. « Je penserai les corps en dehors de la norme ». C'est ce que propose dans son premier épisode le Serment d'Augusta(34) ; une série documentaire « qui s'inscrit comme un complément moderne au serment d'Hippocrate » et invite les soignant·e·s à repenser leur relation aux soigné·e·s. Il s'agirait alors de prendre conscience pour :

- Dépathologiser concrètement la transidentité et accompagner dans le respect et la dignité des personnes qui peuvent être alors des patient·e·s comme les autres pour les soins courants.
- Accompagner au plus juste les personnes dans leur transition, vers un équilibre où le genre et le corps ne seraient plus une raison de souffrance.
- Garantir un accès au droit fondamental à la santé.

¹⁰ Serment d'Hippocrate

Conclusions

Ce travail est allé à la rencontre de jeunes personnes transgenres, non binaires et en questionnement sur leur identité de genre. Il a permis d'appréhender la place de la médecine générale dans le contexte de la transidentité.

Le modèle binaire du genre se déconstruit pour laisser se déployer la diversité des genres. Pourtant les personnes trans sont confronté·e·s à la stigmatisation et la violence. Dans un système cis-normatif, il existe parmi les médecins, une méconnaissance et des préjugés issus notamment de l'histoire du « transsexualisme ». Ces préjugés conduisent à des difficultés d'accès aux soins et des inégalités en santé pour les personnes trans.

Dépathologiser, dépsychiatriser la transidentité, connaître les nouvelles façons de se dire, s'affranchir de la binarité des genres pour ne s'intéresser qu'à l'individu·e, respecter l'autodétermination, écouter sans juger, font partie des attentes des personnes rencontrées, pour renouer un lien de confiance avec le monde médical. Adopter une démarche trans affirmative et connaître les besoins spécifiques permettent d'améliorer les suivis, dans les parcours de transition comme pour les soins courants.

La population trans est hétérogène, chaque parcours est unique. Les personnes déterminent par elles-mêmes qui elles sont et quels sont leurs besoins de transition. Le genre est dynamique, il se questionne sans cesse et les praticien·ne·s, doivent pouvoir accueillir et accompagner les demandes même flexibles. Lorsque la médecine est sollicitée, la·e MG trouve sa place dans cette démarche centrée sur la personne. Certain·e·s souhaitent qu'elle·il soit la·e référent·e de leur parcours médical. Elle·Il accompagne vers un équilibre où le genre et le corps ne sont plus cause de souffrance. Les moyens de soutenir sont divers : reconnaissance et soutien de la personne dans sa transition sociale, prescription médicale, orientation vers d'autres spécialistes au sein d'un réseau de praticien·ne·s sensibilisé·e·s, soutien psychologique.

Pour les personnes jeunes, notamment les adolescent·e·s, les difficultés de la transidentité rencontrent leurs vulnérabilités d'individus en construction. Ils·Elles·Iels attendent de leur MG un rôle « *d'adulte* » pour les rassurer, un rôle de « *médiateur·ice* » auprès de leurs familles qui ne sont pas toujours un soutien. L'accompagnement de ces jeunes leur permet d'explorer et d'affirmer leur genre, d'explorer les émotions et difficultés rencontrées. Il renseigne sur les possibilités de prise en charge, les ressources et donne accès aux moyens médicaux de transition et aux différent·e·s praticien·ne·s.

L'accueil et l'accompagnement des personnes trans dans le respect et la dignité passe donc par la prise de conscience des préjugés et une meilleure formation des soignant·e·s, en y associant l'expertise des personnes concernées.

UNIVERSITE DE SAINT-ETIENNE JEAN MONNET
FACULTE DE MEDECINE JACQUES LISFRANC

CONCLUSIONS

Ce travail est allé à la rencontre de jeunes personnes transgenres, non binaires et en questionnement sur leur identité de genre. Il a permis d'appréhender la place de la médecine générale dans le contexte de la transidentité. Le modèle binaire du genre se déconstruit pour laisser se déployer la diversité des genres. Pourtant les personnes trans sont confronté·e·s à la stigmatisation et la violence. Dans un système cis-normatif, il existe parmi les médecins, une méconnaissance et des préjugés issus notamment de l'histoire du « transsexualisme ». Ces préjugés conduisent à des difficultés d'accès aux soins et des inégalités en santé pour les personnes trans.

Dépathologiser, dépsychiatriser la transidentité, connaître les nouvelles façons de se dire, s'affranchir de la binarité des genres pour ne s'intéresser qu'à l'individu, respecter l'autodétermination, écouter sans juger, font partie des attentes des personnes rencontrées, pour renouer un lien de confiance avec le monde médical. Adopter une démarche trans affirmative et connaître les besoins spécifiques permettent d'améliorer les suivis, dans les parcours de transition comme pour les soins courants.

La population trans est hétérogène, chaque parcours est unique. Les personnes déterminent par elles-mêmes qui elles sont et quels sont leurs besoins de transition. Le genre est dynamique, il se questionne sans cesse et les praticien·ne·s, doivent pouvoir accueillir et accompagner les demandes même flexibles. Lorsque la médecine est sollicitée, la·e MG trouve sa place dans cette démarche centrée sur la personne. Certain·e·s souhaitent qu'elle·il soit la·e référent·e de leur parcours médical. Elle·il accompagne vers un équilibre où le genre et le corps ne sont plus cause de souffrance. Les moyens de soutenir sont divers : reconnaissance et soutien de la personne dans sa transition sociale, prescription médicale, orientation vers d'autres spécialistes au sein d'un réseau de praticien·ne·s sensibilisé·e·s, soutien psychologique.


Pour les personnes jeunes, notamment les adolescent·e·s, les difficultés de la transidentité rencontrent leurs vulnérabilités d'individus en construction. Ils·elles·iels attendent de leur MG un rôle « d'adulte » pour les rassurer, un rôle de « médiateur·ice » auprès de leurs familles qui ne sont pas toujours un soutien. L'accompagnement de ces jeunes leur permet d'explorer et d'affirmer leur genre, d'explorer les émotions et difficultés rencontrées. Il renseigne sur les possibilités de prise en charge, les ressources et donne accès aux moyens médicaux de transition et aux différent·e·s praticien·ne·s.


L'accueil et l'accompagnement des personnes trans dans le respect et la dignité passe donc par la prise de conscience des préjugés et une meilleure formation des soignant·e·s, en y associant l'expertise des personnes concernées.

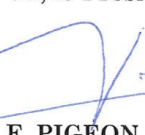
VU ET PERMIS D'IMPRIMER
A Saint-Etienne, le

Vu, la Directrice de la Thèse,

M. PILLARD

Vu, le Président du Jury,

P. FRAPPE

Vu, le Doyen de la Faculté,

Ph. BERTHELOT

Vu, le Président de l'Université

F. PIGEON

Bibliographie

1. Enquête Santé Trans 2011. Association Chrysalide [Internet]. [cité 4 oct 2023]. Disponible sur: <https://chrysalide-asso.fr/wp-content/uploads/2019/10/santetrans2011.pdf>
2. Alessandrin A. Sociologie des transidentités. 2ème édition revue et augmentée. Paris: Le Cavalier Bleu; 2023. 165 p.
3. Grenouilleau S, Suarez T. Sexe, genre et santé. Rapport d'analyse prospective 2020 [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2020 p. 217. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/rapport_analyse_prospective_2020.pdf
4. Wahlen R, Brockmann C, Soroken C, Bertholet L, Yaron M, Zufferey A, et al. Adolescents transgenres et non -binaires : approche et prise en charge par les médecins de premier recours. Rev Médicale Suisse. 2020;(16):5.
5. Picard H, Jutant S. Rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans [Internet]. Haute Autorité de Santé; Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-relatif-a-la-sante-et-aux-parcours-de-soins-des-personnes-trans>
6. Poirier F. Transidentité et processus adolescent. In: Santé LGBT Les minorités de genre et de sexualité face aux soins. Lormont, France: Le Bord de l'Eau; 2020. p. 159.
7. American Psychiatric Association. DSM-5, Gender dysphoria [En ligne]. 2013. [Internet]. [cité 6 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.psychiatry.org/patients-families/gender-dysphoria/what-is-gender-dysphoria>
8. Dergham M, Pellet R, Boulekouane J, Charles R. Les personnes trans et le soin. Parties 1 et 2. Médecine. 1 avr 2022;18(4):171-6.
9. Poirier F, Condat A, Laufer L, Rosenblum O, Cohen D. Non-binarité et transidentités à l'adolescence : une revue de la littérature. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. sept 2019;67(5-6):268-85.
10. Remaud É. Des pistes de réflexion sur les enjeux éthiques de l'accompagnement et de la reconnaissance de l'autonomie des mineurs transgenres en France. médecine/sciences. 1 janv 2023;39(1):39-43.
11. Dhenain M. Parcours de transition des personnes transgenres. Note de cadrage [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2022. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-09/reco454_cadrage_trans_mel.pdf
12. Binder P, Heintz AL, Tudrej B, Haller DM, Vanderkam P. L'approche des adolescents en médecine générale. Deuxième partie : évaluer, accompagner. exercer 2018;142:169-81.
13. Tudrej B, Heintz AL, Rehman MB, Marcelli D, Ingrand P, Binder P. Bien qu'ils n'en soient pas conscients, les médecins généralistes améliorent le bien-être de leurs patients adolescents. exercer 2018;144:264-5.
14. Principes de Jogjakarta [Internet]. 2007 [cité 6 juin 2023]. Introduction aux Principes de Jogjakarta – Yogyakartaprinciples.org. Disponible sur: <https://yogyakartapinciples.org/introduction-fr/>
15. Sexe et identité Au delà de la binarité Arte [Internet]. 2022 [cité 28 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=7UQ4rfklzp0>
16. Alessandrin A, Dagorn J, Meidani A, Richard G, Toulze M. Santé LGBT. Les minorités de genre et de sexualité face aux soins. Lormont, France: Le Bord de l'Eau; 2020.
17. Tecquert L. La relation médecin-patient dans la construction identitaire de patients trans: étude qualitative auprès de patients et leurs médecins généralistes [Thèse d'exercice Médecine]. [France]: Université Paris Est Créteil; 2021.
18. Beaubatie E. L'espace social du genre. Diversité des registres d'action et d'identification dans la population trans' en France. Sociologie. 17 déc 2019;10(4):395-414.
19. Casper MC. Nommer? pour quelle(s) réalité(s) ? Lett Enfance Adolesc. 2012;87(1):15.
20. Gender EURO Note d'information OMS/Europe – La santé des transgenres dans le contexte de la CIM-11 [Internet]. Copenhague : Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Europe ; 2019. Disponible sur : <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/gender/gender-definitions/who-europe-brief-transgender-health-in-the-context-of-icd-11> [Internet]. [cité 22 août 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/europe/health-topics/gender>
21. Gresy B, Piet E, Vidal C, Salle M, Niosi M, Gardais N. Prendre en compte le sexe et le genre

- pour mieux soigner : un enjeu de santé publique. Paris: Haut Conseil de l'égalité entre les femmes et les hommes; 2020 déc. Report No.: Rapport n°2020-11-04 Santé 45 voté le 04 11 2020.
22. Meidani A, Alessandrin A. Cancers et transidentités : une nouvelle « population à risques » ? *Sci Soc Sante*. 24 mars 2017;35(1):41-63.
 23. Espineira K, Thomas MY. *Transidentité et transitudes, se défaire des idées reçues*. Paris: Le Cavalier Bleu; 2022. 183 p.
 24. Mission égalité-diversité Université Claude Bernard Lyon 1. *Médecine et transidentité : une relation à (dé)construire*. [Internet]. (Amphi 25 : parlons discrimination). Disponible sur: <https://egalite-diversite.univ-lyon1.fr>
 25. Hana T, Butler K, Young LT, Zamora G, Lam JSH. Transgender health in medical education. *Bull World Health Organ*. 4 avr 2021;99(4):296.
 26. Hutzler M, Lamy H, Dergham M, Dawidowicz S. De la violence médicale, une enquête qualitative en soins primaires: *Médecine*. 1 mai 2023;19(5):215-9.
 27. Betancourt JR, Green AR, Carrillo JE, Ananeh-Firempong O. Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Rep*. 2003;118(4):293-302.
 28. Vernier C, Montpied A. *Regards des personnes transidentitaires sur leurs parcours de soins: quelle place pour la médecine générale? Étude qualitative par entretiens semi-dirigés [Thèse d'exercice Médecine]*. [France]: Université de Grenoble; 2019.
 29. 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 d'exercice. Médecine]. Lyon, France : Université Claude Bernard ; 2018.
 30. Medjkane F, Brunet F. *Transidentités. Regards croisés et expériences transformatrices*. Doin; 2023.
 31. Medico D, Pullen Sansfaçon A, Galantino GJ, Zufferey A. « J'aimerais mourir. » Comprendre le désespoir chez les jeunes trans par le concept d'oppression développementale. *Frontières* [Internet]. 6 juill 2020 [cité 16 juill 2023];31(2). Disponible sur: <http://id.erudit.org/iderudit/1070338ar>
 32. Reversé C, Alessandrin A. La santé des mineurs trans en France. *Soins*. oct 2022;67(869):28-30.
 33. Mattei JF. Le pouvoir médical. *Bull Académie Natl Médecine*. mars 2021;205(3):277-83.
 34. Sorbonne Université [Internet]. 2023 [cité 25 oct 2023]. *Le Serment d'Augusta : un podcast pour réinventer ensemble la relation soignant soigné*. Disponible sur: <https://www.sorbonne-universite.fr/actualites/le-serment-daugusta-un-podcast-pour-reinventer-ensemble-la-relation-soignant-soigne>

Annexes

Annexe 1 : Abréviations

ALD : Affection Longue Durée

CIM 11 : Classification Internationale des maladies 11^{ème} version

CNAM : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

CNIL : Commission Nationale Informatique et Libertés

DSM V : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

HAS : Haute Autorité de Santé

LGBTQIA+ : lesbiennes, Gays, Bi, Transgenres, Queer, Intersexes, Asexuel·le·s et plus (le « + » indiquant la non-exhaustivité, incluant toutes les personnes qui ne se reconnaissent pas dans les termes cités précédemment)

MG : Médecin Généraliste

OMS : Organisation mondiale de la santé

IST : Infection Sexuellement Transmissible

TNBI+ : Transgenre Non Binaire Intersexué et plus (le « + » indiquant la non-exhaustivité, incluant toutes les personnes qui ne se reconnaissent pas dans les termes cités précédemment)

Annexe 2 : Lexique

Extrait du lexique proposé sur le site Transidentificlic.

- **Assigné-e à la naissance** : se dit en parlant du genre qui a été attribué par l'état civil à la naissance
- **Autodétermination (droit à l')** : principe selon lequel chaque personne détermine librement son genre
- **Cis / Cisgenre** : personne qui s'identifie au genre lui ayant été attribué à la naissance
- **Cissexisme** : partir du principe que tel corps correspond à telle identité de genre (par exemple présupposer qu'une personne d'apparence masculine est un homme et inversement)
- **Coming-out** : révélation de la transidentité de manière publique
- **Deadname** : prénom assigné à la naissance (connotation de fardeau, à ne surtout pas utiliser)
- **Dysphorie de genre** : terme employé dans le DSM V, désignant l'inconfort ou la détresse ressenti par une personne trans lorsque son genre perçu par la société et/ou assigné à la naissance diffère de son identité de genre. N'est absolument pas systématique, ni nécessaire et ni suffisante pour déterminer l'accès éventuel à une hormonothérapie et/ou une chirurgie.
- **Expression de genre** : façon dont les personnes expriment leur identité de genre, basée sur des stéréotypes de genre (par exemple un homme peut avoir une apparence correspondant aux stéréotypes féminins de la société)
- **Femme trans / personne transféminine** : personne assignée homme à la naissance et s'identifiant comme femme. On s'adresse à elle au féminin.
- **Genre** : construction sociale s'appuyant sur l'assignation arbitraire du genre à la naissance, où dans notre société occidentale actuelle le lien est fait entre les organes génitaux/ la sexualité/ les goûts/ les comportements etc. Les études de genre ont montré que si les genres masculins et féminins sont prédominants dans nos sociétés, il n'en reste pas moins qu'ils ne sont pas les seuls.
- **Homme trans / personne transmasculine** : personne assignée femme à la naissance et s'identifiant comme homme. On s'adresse à lui au masculin.
- **Identité de genre** : expérience individuelle du genre d'une personne, qui peut correspondre ou non à son genre assigné à la naissance
- **Iel** : exemple de pronom neutre parfois utilisé par les personnes non binaires
- **LGBTQ+** : acronyme faisant référence aux personnes s'identifiant comme lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres ou queer. Le + inclus les autres identités et orientations.
- **Mégenrer** : utiliser le mauvais pronom ou les mauvais accords de genre en parlant d'une personne, par ignorance, oubli ou méchanceté
- **Non-Binaire** : Personne qui ne s'identifie ni comme une femme ni comme un homme et qui navigue sur le spectre du genre
- **Outing / outer** : désigne le fait de révéler la transidentité d'une personne sans son consentement, la mettant de facto en danger
- **Passing / Cispassing** : action de "passer pour" une personne cisgenre, basé sur les stéréotypes de genre (par exemple le fait pour un homme trans d'être appelé spontanément monsieur dans la rue)
- **Transsexuel·le** : terme médical psychiatrique du XXe siècle pathologisant à ne pas utiliser, car réduit la transition de genre au sexe, niant le côté social
- **Transsexualisme** : ancien terme extrêmement pathologisant désignant la transidentité
- **Trans / Transgenre** : personne ne s'identifiant pas au genre qui lui a été assigné à la naissance et qui peut réaliser un parcours de transition social ou médical
- **Transidentité** : se dit pour désigner une identité de genre différente de celui assigné à la naissance
- **Transition** : toute démarche d'affirmation de genre pour mettre son rôle de genre social, son expression de genre, son corps, éventuellement son état civil, plus en phase avec son ressenti interne. N'est pas obligatoire, quelle que soit la façon dont se présente la personne
- **Transphobie** : action niant, volontairement ou non, et avec ou sans véhémence, l'identité d'une personne qui ne correspond pas à celle assignée à la naissance (par exemple mégenrer, dire que l'on soigne des femmes enceintes alors qu'il existe aussi des hommes et des personnes non binaires qui peuvent être enceint·es)

Annexe 3 : Avis du comité d'éthique



Comité d'Éthique du CHU de Saint-Etienne
Commission recherche de Terre d'éthique
comite.ethique@chu-st-etienne.fr
Pr Pascale Vassal
pascale.vassal@chu-st-etienne.fr
Institutional Review Board : IORG0007394

Mme Sophia DELAGE

Université Jean Monnet
Faculté de Médecine Jacques Lisfranc
Département de Médecine Générale

Saint-Etienne, le 27/04/2022

De : Pascale Vassal
Réf : **IRBN492022/CHUSTE**
Objet : **Avis Favorable**

Titre : « Identités de genre : attentes des adolescentes et adultes jeunes vis-à-vis de la médecin généraliste (Thèse d'exercice de médecine générale). »

Madame, Monsieur,

Je vous remercie d'avoir soumis votre projet de recherche au Comité d'Éthique du Centre Hospitalier Universitaire de Saint-Etienne.

Cette étude a été examinée lors de la séance plénière du mercredi 13 avril 2022. Un résumé a été présenté par Mme Sophia DELAGE qui a par la suite répondu aux questions des membres du Comité d'Éthique.

Votre projet a été référencé par le numéro IRBN492022/CHUSTE.

Nous vous demandons de faire référence à ces numéros dans tous les documents qui seront produits ainsi que pour toutes correspondances.

Au regard de l'article R1121-2 du code de la Santé Publique modifié par Décret n°2006-477 du 26 avril 2006 - art. 1 JORF 27 avril 2006 définissant dans son alinéa 2 et suivants « les recherches non interventionnelles portant sur des produits mentionnés à l'article L.5311-1 » et du code Pénal article 226-16 et suivants relatifs « aux atteintes aux droits de la personne résultant des fichiers ou des traitements informatiques », le Comité d'Éthique du CHU de Saint-Etienne a examiné les pièces et auditionné le représentant de ce projet de recherche.

Après délibération, le Comité d'Éthique du CHU de Saint-Etienne a donné un **Avis Favorable** à la conduite de cette étude.

Si votre projet change après la date de cet avis sous quelque forme que ce soit, vous devez en informer le Comité d'Éthique.

Très cordialement

Professeur Pascale VASSAL

Annexe 4 : Guide d'entretien

Question brise glace

- Pouvez-vous vous présenter ?

Le genre

- Pour vous le genre c'est quoi ?
- Comment vous identifiez/genrez-vous ?
- Pouvez-vous me donner une définition ?
- Depuis quand vous posez-vous des questions sur votre genre ?
- Comment ces questions ont-elles commencer à se poser pour vous ?
- Vers qui avez-vous pu vous tourner pour en discuter ?
- Quelles sont vos difficultés au quotidien ?

La.e MG / le système de soin

- Comment cela se passe lorsque vous êtes confronté à un problème de santé ?
- Comment accédez-vous au système de soin ?
- Quelles sont vos relations avec votre MG ?
- Qu'est-ce que la.e MG représente pour vous ?
- Quelles sont vos appréhensions avant et pendant une consultation ?
- Comment avez-vous abordé votre identité de genre avec votre médecin ?
- Qu'attendez-vous de votre médecin ?
- Comment trouvez-vous son approche sur les questions d'identité de genre ?
- Qu'aimeriez-vous améliorer dans votre prise en charge ?

Fin de l'entretien

- Avez-vous des questions ?
- Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

THESE DE MEDECINE - SAINT-ETIENNE

NOM DE L'AUTEURE :	DELAGE Sophia	N° DE THESE :	2023-59
TITRE DE LA THESE :			
Quelle place pour la médecine générale dans les questionnements de genre ? Etude qualitative auprès de jeunes personnes transgenres, non binaires ou en questionnement sur leur identité de genre			
RESUME :			
Introduction :			
<p>L'évolution des normes de genre est un enjeu pour notre société. Les personnes transgenres, non binaires, ou en questionnement sur leur identité de genre font face à des difficultés d'accès au système de santé, pour les parcours de transition mais aussi pour les soins courants, malgré des enjeux de santé spécifiques. Ces enjeux existent aussi pour des jeunes qui traversent une période clé de la construction de soi. Quelle place pour la médecine générale dans ce contexte ? Ce travail a cherché à comprendre, en allant à la rencontre de ces jeunes, leurs représentations du·de la généraliste (MG) et leurs attentes pour améliorer les pratiques.</p>			
Méthode :			
<p>Une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés a été menée auprès de jeunes personnes transgenres, non binaires ou en questionnement sur leur identité de genre. Le recrutement a été fait par bouche à oreille en dehors des cabinets médicaux. Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données et l'analyse faite selon les principes de la théorisation ancrée.</p>			
Résultats/Discussion :			
<p>Le modèle de genre binaire se déconstruit pour laisser se déployer la diversité des genres. Accompagner les personnes trans demande de connaître les nouvelles façons de se dire, de prendre conscience de ses préjugés et d'adopter une démarche trans-affirmative. Les personnes attendent de leurs MG : une écoute bienveillante, une dépathologisation, le respect de leur autodétermination sans jugement et des professionnel·le·s de santé formé·e·s. Certain·e·s souhaiteraient que leur MG soit la·e référent·e de leur parcours de transition ; pour les plus jeunes qu'il·elle puisse être un·e « <i>adulte</i> » qui les rassure et un·e « <i>médiateur·ice</i> » auprès de leurs familles.</p>			
Conclusion :			
<p>L'évolution des normes met la·e MG face à ses propres représentations du genre et de la transidentité. Les personnes attendent d'être considérées dans leur singularité, dans une démarche centrée sur l'individu·e. La médecine générale doit pouvoir garantir un accès au droit fondamental à la santé.</p>			
MOTS CLES : Transidentité - Genre - Médecine générale			
JURY :	Président :	Pr FRAPPE Paul	Faculté de Médecine Jacques Lisfranc
	Assesseurs :	Pr CHARLES Rodolphe	Faculté de Médecine Jacques Lisfranc
		Dre SAVALL Angélique	Faculté de Médecine Jacques Lisfranc
	Directrice :	Dre PILLARD Mathilde	Faculté de Médecine Jacques Lisfranc
DATE DE SOUTENANCE : 14 Novembre 2023			