

UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2020

THÈSE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Les représentations sociales de la médecine générale chez les  
personnes transgenres**

Présentée et soutenue publiquement le 24/09/2020 à 14h  
au Pôle Formation  
par **Théo BAZANTAY**

---

**JURY**

**Président :**

**Madame le Professeur Florence RICHARD**

**Assesseurs :**

**Madame le Professeur Sophie CATTEAU-JONARD**

**Madame le Docteur Marie-Jeanne MARTIN**

**Directeur de thèse :**

**Monsieur le Docteur MESSAADI Nassir**

---

# **Avertissement**

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses :

Celles-ci sont propres à leurs auteurs

# Liste des Abréviations

CIM 11	Classification internationale des maladies
COREQ	Consolidated criteria for reporting qualitative research
FtM	Female to male (femme vers homme)
HAS	Haute autorité de santé
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
LGBTQI+	Lesbienne, Gay, Bisexuel(le), Transsexuel(le), Queer, Intersexe, et autres variantes de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre
MtF	Male to female (homme vers femme)
OMS	Organisation mondiale de la santé
SOFACT	Société française d'études et de prise en charge de la transidentité
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
WONCA	Organisation Mondiale des Médecins Généralistes
WPAT	World Professional Association For Transgender Health

# Table des matières

## Table des matières

Résumé.....	1
Introduction.....	2
I. Transidentité(s).....	2
A. Définition.....	2
B. Santé et personnes transgenres.....	5
II. Représentation sociale.....	8
A. Histoire de la psychologie sociale.....	9
B. Définitions et caractéristiques de la représentation sociale.....	9
III. Rationnel de l'étude.....	12
Matériel & méthode.....	13
I. Type d'étude.....	13
II. Critères d'inclusion et de non inclusion.....	13
III. Méthode de recrutement.....	13
IV. Entretiens.....	13
V. Analyse des données.....	14
Résultats.....	15
I. Caractéristiques de la population et des entretiens.....	15
II. Représentation sociale de la médecine générale et du médecin généraliste.....	15
A. Relation soignant soigné.....	15
B. Objectifs de la médecine générale.....	17
C. Savoir-être du médecin généraliste.....	17
D. Savoir-faire du médecin généraliste.....	19
E. Caractéristiques du métier de médecin généraliste.....	20
III. Représentation de la médecine générale spécifique à la transidentité.....	21
A. Relation médecin généraliste – personne trans.....	21
B. Attentes.....	25
C. Particularité lilloise.....	27

Discussion .....	28
A. Forces et limites.....	28
B. Adéquation entre les représentations sociales des personnes transgenres et le rôle des médecins généralistes.....	30
C. Freins à la relation entre les personnes transgenres et les médecins généralistes .....	32
D. Différentes possibilités et conseils pour une relation de soins améliorée .....	35
Conclusion .....	38
Bibliographie.....	40
Annexes.....	43
I. Glossaire.....	43
II. Guides d’entretiens .....	45
A. Premier guide d’entretien .....	45
B. Dernier guide d’entretien.....	45
III. Description de l’arbre de codage final .....	46
IV. Appel à volontaire.....	47
V. Grille COREQ.....	48

# Résumé

**CONTEXTE** : La population des personnes transgenres (PT) est importante, d'une personne sur 75 à 200. C'est une population fragilisée par des discriminations sociales, à risques au niveau psychologique et pouvant avoir besoin de soins dans le cadre d'un parcours de transition. Il semble adapté que les médecins généralistes (mg) prennent part au suivi de ce parcours. Cette étude va rechercher les perceptions que les PT ont de la médecine générale (MG) via l'analyse des représentations sociales (RS) de la MG chez les PT.

**METHODE** : Etude qualitative par entretiens semi-directifs individuels via un guide d'entretien, réalisée dans les Hauts-de-France, jusqu'à l'obtention d'une suffisance des données. Une analyse thématique de verbatims a été effectuée avec le logiciel NVivo12, avec triangulation.

**RESULTATS** : Dix PT ont participé à l'étude, 6 femmes (MtF) et 4 hommes (FtM). Les RS retrouvées s'articulent autour de l'importance de la relation de soin, l'écoute, la confiance, le recueil du consentement et la pédagogie. Les RS spécifiques à la transidentité retrouvent l'idée d'une méconnaissance de ce sujet, d'une crainte d'être mégenré ou mal reçu. Une normalisation et une simplification de la relation avec les mg sont les principales attentes des PT.

**CONCLUSION** : Les RS de la MG chez les PT et leurs attentes sont en adéquation avec le rôle et les compétences des mg. Il semble possible que les mg s'investissent dans le parcours de soins des PT. Pourtant il existe des freins à cette relation que l'on peut questionner et des moyens de l'améliorer.

# Introduction

## I. Transidentité(s)

### A. Définition

Ce chapitre présente la transidentité (le concept) et les personnes transgenres de la manière la plus claire et concise possible. Pour ce faire, il est nécessaire de faire un point sur les termes utilisés. Vous trouverez en italique des références au glossaire du Standard de soin de la World Professional Association for Transgender Health (WPATH) (1) et à celui de la revue de la littérature *Endocrinology of transgender medicine* (2).

#### **Identité de genre :**

L'identité correspond à la conscience que l'on a de soi. Elle est constituée de parts héritées, de parts acquises et se pense mieux comme une dynamique identitaire que comme un bloc figé (3).

Appliquée au genre, elle fait référence aux caractéristiques sociales, culturelles féminines ou masculines ainsi qu'aux enjeux sociaux qui y sont attachés (4).

L'identité de genre est donc le *sentiment intrinsèque d'être un homme, une femme ou d'un genre alternatif* (1).

Ce concept est central, il faut donc l'approfondir un peu. Le genre n'est pas le sexuel, il se définit, selon la définition de l'OMS, comme « les rôles, comportements, activités, fonctions et chances qu'une société considère comme adéquats pour les hommes et les femmes » (5). Comme l'explique Simone de Beauvoir, « on ne naît pas femme, on le devient ». Ce qui est considéré comme féminin et comme masculin est socialement préconstruit, il est important de le rappeler.

La notion même de féminin et de masculin comme deux « cases » s'excluant l'une et l'autre est construite par notre société occidentale. Cette conception binaire n'existe pas dans toutes les sociétés.

Un exemple existe en Polynésie Française, ou dans la tradition, il existe d'autres « cases » : les Raerae sont des hommes qui se comportent et se considèrent comme des femmes, s'habillent comme des femmes et choisissent un prénom féminin et les Mähü sont des hommes androgynes aux postures et aux gestes plutôt féminins, parfois même exacerbés, étant traditionnellement hétérosexuels (6).

En ayant déconstruit ce concept de binarité, il apparaît qu'on peut aussi comprendre l'identité de genre comme un spectre, un gradient. A l'extrémité féminine on retrouverait Barbie®, 100% femme, et à l'extrémité masculine, on retrouverait Action Man®. Il appartient alors à chacun de se placer sur ce spectre, en fonction de son ressenti, de son identité de genre.

A partir de cette notion, on peut dérouler le fil et discuter de variation de l'identité de genre devient possible.

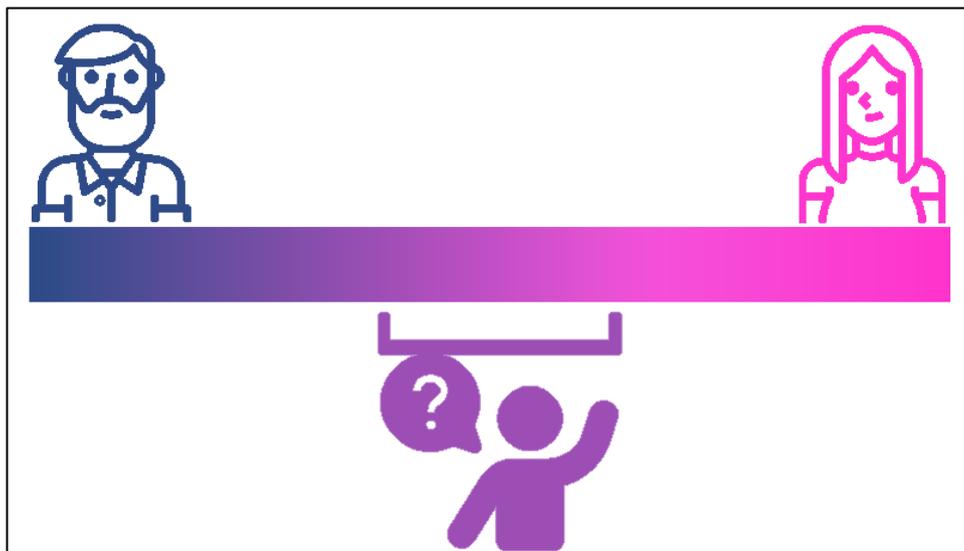


Figure 1- Spectre de genre

### **Expression de genre :**

L'expression de genre est la manière dont on présente son genre aux autres. Ce sont les *caractéristiques dans la personnalité, l'apparence et le comportement qui dans une culture donnée à un moment historique donné sont désignées comme masculines ou féminines* (1). Il est possible de se présenter clairement dans un rôle de genre, ou de se présenter dans un rôle alternatif (queer).

## **Sexe :**

*Le sexe est assigné à la naissance comme masculin ou féminin, généralement basé sur l'apparence des organes génitaux externes. En cas d'ambiguïté, d'autres composantes du sexe (organes génitaux internes, sexe chromosomique et hormonal) sont étudiées pour donner un sexe (1).*

## **Incongruence de genre :**

*Pour la plupart des gens, l'identité et l'expression de genre sont congruentes avec le sexe assigné à la naissance ; pour les personnes transgenres ou de genre non-conforme, l'identité et l'expression de genre diffèrent du sexe assigné à la naissance (1). D'un point de vue diagnostic, selon la onzième classification internationale des maladies (CIM 11), on parle alors d'une incongruence de genre (7).*

## **Dysphorie de genre :**

*Détresse causée par la discordance entre l'identité de genre d'une personne et son sexe d'assignation à la naissance.(1) C'est sur ce concept que s'articulent les soins que les personnes transgenres peuvent demander. Il ne s'agit pas de « traiter » la transidentité, mais de traiter le malaise qu'elle peut induire.*

## **Transgenre, transsexuel(le), non binaire, transidentitaire :**

*Le terme transgenre ou trans' est le terme préférable, il est un terme « parapluie » pour décrire les individus dont l'identité de genre diffère du sexe assigné à la naissance (2). Il ne préjuge pas des organes génitaux, il est considéré comme moins pathologisant par rapport au terme transsexuel, plutôt utilisé dans le monde médical, décrivant un individu qui cherche à changer ou qui a changé ses caractères sexuels primaires et/ou secondaires à travers des interventions médicales ou chirurgicales de féminisation ou masculinisation(1). Il rend donc moins compte de la diversité des parcours de transition.*

Ces parcours de transition sont multiples et dépendront du choix de chacun, depuis le changement de l'état civil, à l'adoption de certains codes sociaux du genre ressenti ou à la modification de certains traits morphologiques via des traitements hormonaux ou chirurgicaux.

On note en général Homme-vers-femme (MtF) : adjectif décrivant des individus assignés en tant qu'homme à la naissance qui changent ou ont changé leur corps et/ou leur rôle de genre vers un corps ou un rôle plus féminin, et inversement pour le terme Femme-vers-homme (FtM).

De même, une personne ne s'identifiant ni au genre féminin ni au genre masculin pourra se considérer comme non binaire, de genre atypique ou de genre non conforme.

### **Cisgenre :**

A l'inverse, on dit qu'une personne est cisgenre quand son identité de genre correspond à son sexe assigné à la naissance (2).

## **B. Santé et personnes transgenres**

### **Prévalence**

Aucune étude épidémiologique n'a pu donner une prévalence et une incidence formelle des différentes formes des transidentités. A cause en partie de la stigmatisation sociale, induisant une sous-évaluation et à des difficultés méthodologiques (1). La seule certitude est que cette prévalence augmente (8).

Les études basées sur les personnes transgenres consultant dans les services de soins rapportent une prévalence entre 0.015–0.014 % chez les personnes adultes assignées homme et entre 0.002–0.003% chez les personnes adultes assignées femme. Alors que les études demandant à un échantillon représentatif de la population son identité de genre donnent une prévalence de la transidentité de 0.5–0.6% des adultes (8).

En règle générale, il est accepté que dans les pays occidentaux, 1 personne sur 75 à 200 considère que le genre, qui lui a été assigné à la naissance d'après son sexe anatomique ne correspond pas à son genre véritable (9). Si on prend la fourchette basse de 1/200, on arrive à un pourcentage de la population similaire à celui des personnes véganes en France, ou à la prévalence de polyarthrite rhumatoïde chez les femmes (10).

## **Les personnes transgenres et la demande de soins**

Au-delà des termes de « transsexualisme » et de « transsexualité » qui renvoient à des concepts inadaptés de sexualité et d'attraction sexuelle, la transidentité a longtemps été considérée par le monde médical comme une pathologie. D'abord sous l'angle de l'endocrinologie avec Henry Benjamin en 1953, puis sous celui de la psychiatrie avec par exemple Norman Fisk, qui théorise la notion de dysphorie de genre en 1974 (11) (12). Les personnes transgenres sont pour l'instant surtout désignées comme « malades », même si le nouveau classement dans la Classification Internationale des Maladies, la CIM 11, semble aller dans le sens d'une « dépathologisation » en sortant le « transsexualisme » des « trouble de l'identité sexuelle » et en créant la notion « d'incongruence de genre » dans le chapitre « conditions de santé relatives à la santé sexuelle » (7).

En France, il existe encore une forte psychiatrisation du parcours de transition. La SOFECT (Société Française de prise en Charge de la transidentité), créée en 2010 suite aux recommandations de la Haute Autorité de Santé s'impose comme seule interlocutrice face aux pouvoirs publics et seule organisatrice de formations universitaires en France sur ce sujet. Cependant, cette société, pour ses recommandations de prise en charge très protocolisées de la transition sont critiquées par les associations transgenres, par un rapport de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) (13) et par de nombreux universitaires (14)(15).

Sortir de ces protocoles rigides, pour un accompagnement de la transition moins standardisé, est aussi recommandé par le Conseil de l'Europe, via Thomas Hammarberg, commissaire européen aux droits humains (16) et par les principes de Yogyakarta, une législation internationale des droits

humains en matière d'orientation sexuelle et d'identité de genre, selon laquelle : « nul ne peut être forcé de subir une quelconque forme de traitement, de protocole ou de test médical ou psychologique en raison de son orientation sexuelle ou de son identité de genre. En dépit de toute classification allant dans le sens contraire, l'orientation sexuelle et l'identité de genre d'une personne ne sont pas en soi des maladies et ne doivent pas être traitées, soignées ou supprimées » (17).

## **Le normal, le pathologique et la variation**

A partir d'un choix nosologique découle la prise en charge de la transition, c'est pourquoi les mots utilisés ont beaucoup d'importance. On a longtemps considéré la transidentité comme une maladie, une maladie mentale. Mais on peut aussi le voir comme une variation, comme un trait minoritaire. 0.5% des personnes se considèrent comme transgenre, 2% de la population mondiale est rousse, 16% de la population est gauchère. Aujourd'hui, on ne penserait pas à considérer les roux ou les gauchers comme des malades (pourtant ces deux populations ont aussi subi des discriminations dans l'histoire). Il est possible que les personnes transgenres ont été décrites comme malades mentales pour maintenir un certain ordre social, pour des raisons morales plus que scientifiques (18).

Ce n'est donc pas une pathologie mais plus l'expression d'une variation au sein d'une population. Cependant, les personnes transgenres ont parfois besoin de soins (hormones, épilation définitive, chirurgie, etc...) et d'un accompagnement psychologique. A noter qu'il est plus facile de faire un travail psychologique avec une personne si elle n'est pas contrainte par un protocole à le faire.

Sur ce sujet, le Conseil de l'Europe, les principes de Yogyakarta, l'IGAS, la WPATH et les associations sont unanimes, les soins doivent être centrés sur le patient. La responsabilité du traitement doit revenir à la personne transgenre, selon le principe de libre disposition de son corps. Lorsque chaque personne, après une information claire et loyale, adapte son parcours de transition, les situations de regrets sont rares (2).

## Population à risque

Malgré des avancées sur les droits et la visibilité des personnes transgenres, cela reste une population subissant des discriminations (16), de la violence dans la rue, sur les réseaux sociaux, dans nos administrations et parfois nos cabinets médicaux (15). Cette discrimination et cette violence spécifiquement dirigée vers une personne pour son identité de genre est appelée « transphobie », elle peut aller jusqu'au meurtre transphobe. Les personnes transgenres font face à des difficultés pour accéder au marché du travail (16), peuvent être isolées socialement, notamment de leur famille. Le fait de vivre comme une minorité stigmatisée crée un stress nommé stress de minorité (19), qui est un facteur de risque reconnu de difficultés psychologiques. Il existe aussi un effet appelé transphobie internalisée qui provient d'un sentiment de honte, d'anormalité vécu parfois depuis l'enfance.

Tout cela fait que la population trans est très fragilisée quant aux risques de maladie psychologique et psychiatrique, 40% des personnes transgenres tentent de se suicider au cours de leur vie (19). Dans une enquête états-unienne de 2015, sur 27 715 personnes transgenres, la détresse psychologique grave est neuf fois plus fréquente que dans la population générale. Elle montre également une augmentation d'abus de substances illicites et un moindre recours aux soins dû à la crainte d'être maltraité à cause de leur transidentité.

## II. Représentation sociale

Le concept de représentation sociale est un objet d'étude au carrefour de plusieurs sciences humaines: ethnologie, histoire, psychanalyse, sciences de la cognition et de la communication, mais il est au cœur de l'une d'entre elle, la psychologie sociale (20).

La psychologie sociale est la discipline qui, depuis le début du XXe siècle, étudie le vécu et les relations que nous entretenons avec les autres. Les influences du *groupe* sur l'individu, sur ses comportements, ses pensées ou ses pratiques (21).

Selon Moscovici, la psychologie sociale est « l'étude scientifique de la façon dont les pensées, les sentiments et les comportements des gens sont influencés par la présence réelle, imaginaire ou implicite des autres » (22).

La médecine générale étant définie comme intégrant les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle (23), l'étude de la psychologie sociale semble lui être particulièrement adaptée.

## **A. Histoire de la psychologie sociale**

On peut retracer l'histoire de la psychologie sociale à Auguste Comte (1798-1857), qui semble être le premier à avoir théorisé l'individu comme un être social. Puis viendront Le Bon (1895) et Tarde (1903) observant et théorisant le comportement des foules. Mais c'est à partir de Durkheim (1898) que la psychologie sociale est constituée comme une discipline spécifique articulant l'individu et la société. Puis émergent plusieurs théories. La plus utilisée est celle des behavioristes, partant du postulat que les mécanismes du comportement social sont rationnels, elle étudie la relation causale entre un stimuli et un comportement, cherchant un quasi déterminisme. D'autres théories, les théories cognitives (théorie du champ, approche phénoménologique, interaction symbolique) cherchent à expliquer le rôle des processus intérieurs, cognitifs, dans le comportement social.

Seront alors étudiés les concepts sociaux de groupe, de relation, d'influence, de cognition, de communication, d'identité et aussi de représentation sociale, concept central trouvant ses racines depuis Durkheim avec l'idée de représentation collective. Elle est surtout étudiée au travers des travaux de Moscovici (1961) (22) qui lui donnent sa définition scientifique, puis par des auteurs comme Jodelet et Abric.

## **B. Définitions et caractéristiques de la représentation sociale**

Il ne semble pas difficile d'avoir l'intuition de ce qu'est une représentation sociale, mais sa complexité apparaît dès lors qu'on s'attache à la définir.

Il est plus pertinent de donner un exemple en guise de préambule.

## **Exemple**

L'idée qu'on se fait d'un objet (dans le sens d'un objet d'étude), qu'il soit *la police*, *la vaccination* ou *le cannabis*, ne sera pas la même en fonction de son groupe social. On ne se représente pas *la vaccination* de la même manière si on est militant antivax ou professeur en santé publique. De même on ne pense pas *le cannabis* de la même manière en fonction de la distance à cet objet, c'est-à-dire si on l'a déjà rencontré (quelqu'un dans la famille est consommateur) ou pas (en avoir entendu parler via les médias).

Les représentations sont une manière de donner du sens à la réalité qui nous entoure. Cette représentation est différente en fonction de notre expérience personnelle et notre environnement social. On voit *la police* via un filtre qui a été construit socialement, et qui dit de *la craindre* ou de *lui faire confiance*. Une représentation sociale modifie les pratiques sociales, le collectif nous influence.

Ce sont ces représentations collectives, partagées et permettant de créer du sens qu'on appelle les *représentations sociales*. Elles sont élaborées par un groupe et « permettent à ses membres de penser, de se représenter le monde environnant, d'orienter et d'organiser les comportements » (24).

## **Définition**

La définition la plus simple est celle de Denise Jodelet : la représentation sociale « est une forme de connaissance socialement élaborée et partagée ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social » (20).

L'intérêt de l'étude des représentations sociales apparaît alors. Elles sont à la base de notre vision du monde et de nos comportements. Les étudier permet de passer de l'individuel au collectif, et de la dimension psychologique à la dimension sociale (21).

Selon Jodelet : « Également désignée comme « savoir de sens commun » ou encore « savoir naïf », « naturel », cette forme de connaissance est distinguée, entre autres, de la connaissance scientifique. Mais elle est tenue pour un objet d'étude aussi légitime que cette dernière en raison de son importance dans la vie sociale, de l'éclairage qu'elle apporte sur les processus cognitifs et les interactions sociales ». (20)

## **Caractéristiques**

Comme soulignée par sa définition, la caractéristique principale de la représentation sociale est d'être partagée par les membres d'une population donnée (25).

On considère aussi depuis Moscovici qu'une représentation s'élabore par deux processus : *l'objectivation* mettant en forme des idées abstraites, leur donnant un contour, et *l'ancrage* qui enracine cette représentation dans le groupe social, lui donnant une valeur et rendant possible son usage (24).

Selon la théorie la plus courante, ayant été démontrée expérimentalement par Moliner (25), une représentation est structurée par un noyau central, les éléments de fortes valeurs, partagés par tout le groupe, et par des éléments périphériques, de moindre importance et susceptibles de varier, mais servant d'interface entre le cœur de la représentation et la réalité quotidienne (24).

### **III. Rationnel de l'étude**

La prévalence élevée et en augmentation ainsi que la fragilité de cette population font de la transidentité un sujet à part entière pour la médecine générale. Il y a d'ailleurs un intérêt croissant sur ce sujet, via des thèses de médecine générale (26) (27) ou la synthèse sur l'accueil et l'accompagnement des personnes transgenres publiée dans la revue Prescrire (28).

Il semble intéressant d'aborder ce sujet du point de vue des premiers intéressés, les personnes transgenres et d'étudier leurs relations, leurs perceptions, leurs attentes face à la médecine générale. L'étude de leurs représentations sociales de la médecine générale permet cette exploration.

# Matériel & méthode

## I. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative réalisée par des entretiens individuels semi directifs, auprès de personnes transgenres des Hauts de France.

## II. Critères d'inclusion et de non inclusion

Les participants à l'étude devaient être des personnes s'identifiant comme transgenre, vivant dans les Hauts de France, quel que soit leur parcours de transition. N'étaient pas incluses les personnes mineures et ne pouvant s'exprimer en français.

## III. Méthode de recrutement

Le recrutement a été effectué via deux appels à témoignages : un premier en collaboration avec deux associations lilloises de défense des intérêts des personnes transgenres via réseaux sociaux et listes d'e-mail, un deuxième via deux cabinets de médecine générale connus à Lille pour recevoir des personnes transgenres, en proposant directement aux patients suivis de participer à l'étude.

A partir de ces appels à témoignages, une méthode de recrutement dit en « boule de neige » a été réalisée.

## IV. Entretiens

Les entretiens ont été réalisés par le doctorant avec l'aide d'un guide d'entretien élaboré après deux entretiens exploratoires et qui a évolué au cours de l'étude (Annexes 2 et 3). Ces entretiens se sont déroulés à la convenance du participant à son domicile ou dans un lieu neutre (bar, salon de thé), ils ont été enregistrés sur un micro enregistreur H1 puis retranscrits avec anonymisation. Chaque participant savait qu'il allait être interviewé par un étudiant en thèse de médecine générale réalisant

une recherche sur la transidentité (Annexe 4). Les participants et le doctorant ne se connaissaient pas avant la réalisation des entretiens.

## **V. Analyse des données**

Les entretiens ont été analysés selon un premier codage longitudinal, soit une analyse des thèmes de chaque entretien, puis selon un codage transversal, sur le logiciel NVivo 12, pour identifier les thèmes communs à tous les entretiens, ceux-ci ayant été déterminés par les données récoltées. Ces deux codages ont évolué au cours de l'étude, le dernier arbre de codage est présenté en annexe.

A chaque étape, un double codage a été réalisé : par le doctorant et par une psychosociologue titulaire d'une licence de psychologie et d'un master de psychologie sociale.

L'étude a été clôturée lorsqu'une suffisance des données a été considérée comme atteinte.

# Résultats

## I. Caractéristiques de la population et des entretiens

Dix personnes ont participé à l'étude : 6 femmes (MtF) et 4 hommes (FtM), entre 19 et 56 ans.

Leurs noms ont été changés en utilisant des noms générés aléatoirement sur un site internet (29).

Les entretiens ont été réalisés entre Février 2019 et Février 2020, le premier et le dixième ont été réalisés en présence d'une troisième personne non interviewée. Ils ont duré entre 26 minutes et 1 heure et 37 minutes pour une moyenne de 49 minutes.

Nom	Age	Genre	Début du parcours de transition	Engagement associatif	Durée de l'entretien	Lieu de l'entretien
Gabrielle	56	MtF	7 ans	Oui	40 min	Domicile
Valentine	19	MtF	6 mois	Non	1h01	Salon de thé
Agathe	45	MtF	2 ans	Oui	1h10	Domicile
Malo	21	FtM	1 an 1/2	Non	45 min	Cafétéria
Tom	20	FtM	3 ans	Oui	26 min	Salon de thé
Victor	33	FtM	1 an	Oui	1h37	Salon de thé
Flora	19	MtF	2 ans	Oui	29 min	Bar
Gael	24	FtM	3 ans	Oui	39 min	Bar
Ninon	26	MtF	1 an 1/2	Non	44 min	Salon de thé
Mélissa	35	MtF	1 an 1/2	Oui	39 min	Salon de thé

Figure 2 - Détails des participants

## II. Représentation sociale de la médecine générale et du médecin généraliste

### A. Relation soignant soigné

#### Rôle central du médecin généraliste

Un premier élément retrouvé dans les entretiens est le caractère central du médecin généraliste dans le parcours de soin.

Central parce que c'est le médecin qui est le plus vu au cours de la vie d'une personne, par exemple pour **Flora**, « *c'est le médecin qu'on voit le plus souvent en général, c'est le médecin avec qui on a le plus de lien* ». Ainsi que pour **Gael** : « *il y a pas mal de casquettes, [...] en plus c'est un médecin familial, il fait carrément, genre il fait la vie de la personne* ».

Central aussi parce que c'est la porte d'entrée dans les soins. Selon **Ninon**, « *c'est le premier interlocuteur en cas de problème de santé. Ça c'est ma vision, en tout cas. [...] C'est une personne importante. Je suis contente d'avoir une bonne relation avec mon médecin traitant.* ».

## **Relation de confiance**

Un élément revenant aussi fréquemment dans les entretiens est l'importance de la relation de confiance. **Malo** l'exprime en disant qu'il a besoin de se sentir « *assez en sécurité pour pouvoir parler, ou, heu, dire les angoisses ou les choses qui nous inquiètent, dernièrement, dans notre vie personnelle. Sans avoir peur d'éventuelles réactions négatives.* ».

**Ninon** explique « *un médecin traitant, c'est quelqu'un d'important, en qui il faut avoir confiance. Ça peut pas juste être quelqu'un chez qui on va en trainant des pieds, en se disant "oh non, encore lui", parce que sinon, soit on va lui cacher des choses parce que on n'a pas confiance, soit lui il va pas nous croire.* ».

L'importance de cette relation de confiance est encore majorée lorsqu'on aborde les sujets d'identité de genre et d'orientation sexuelle : selon **Gabrielle** : « *Surtout quand il est question d'identité de genre. J'imagine, l'orientation sexuelle s'il faut en parler à un médecin c'est un peu la même chose. Ça relève de l'intime, de l'identité, donc heu... Oui on attend... On attend un rapport de confiance.* ».

## **Relation d'autorité**

Cette relation semble 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'aille 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.* ».

## **B. Objectifs de la médecine générale**

Pour certaines personnes interviewées, il semble évident que l'objectif de la médecine générale est le soin, la lutte contre les maladies. Par exemple pour **Gabrielle** : « *Quand il y a un truc qui va pas on va voir un médecin généraliste et on attend de lui qu'il nous apporte des réponses. Et éventuellement qu'il nous soigne s'il y a un problème.* ».

Mais pour d'autres, l'objectif est avant tout d'être un soutien, comme le dit **Flora**, « *... une place d'accompagnement, et de... et d'aide.* ».

On peut noter que la prévention est peu représentée dans les entretiens, juste une fois par **Tom** quand il résume la place du médecin généraliste : « *Soigner, prévenir, heu, accorder de l'écoute.* ».

## **C. Savoir-être du médecin généraliste**

Parmi les représentations des compétences du médecin généraliste qui sont retrouvées, celles qui se rapportent au savoir-être sont plus nombreuses que celles qui se rapportent au savoir-faire, à la technique. Cela montre l'importance donnée à la communication et à la relation interpersonnelle.

Par exemple, **Flora** ne souhaite pas « *qu'il n'y ait pas de gentillesse, d'empathie, qu'il n'y ait même pas... heu... "bonjour, au revoir". Qui serait vraiment très... "qu'est-ce que vous avez ? Bon je vous ausculte. Bon, je vous donne ça" et puis voilà.* ». En creux, on comprend cette importance dans le discours de **Victor** : « *C'était pas top, [...] quand j'allais en consultation il était sur son portable, heu, je savais même pas à quel moment je pouvais parler, ou je sais pas... heu... Et puis, heu... Bon, il écoutait pas forcément. [...] Et puis des fois quand j'y allais, j'avais mal au ventre avant d'y aller* ».

## Importance de l'écoute

La compétence la plus citée est l'écoute. C'est souvent la première chose citée pour valoriser un médecin généraliste, par exemple dans cette phrase de **Mélissa** : « *c'est un bon docteur et tout, donc elle est très à l'écoute, elle, heu, elle comprend aussi, il y a pas de soucis, la chose bien c'est qu'elle s'intéresse aussi à nos vies.* ».

Une écoute qui va au-delà de ce qui est dit, qui doit parfois chercher dans le non verbal. **Gabrielle** : « *Le médecin doit essayer d'aller au-delà de l'apparence, ou essayer de décrypter la demande qui n'est peut-être pas, parfois pas complètement explicite, ou avec une excuse, qui renvoie à autre chose.* ».

Lorsque cette écoute n'est pas présente, elle réfère parfois à une pratique dépassée : pour **Gael** « *c'était un généraliste assez vieux aussi, de la vieille... vraiment de la vieille école, genre en mode, on vous écoute pas, on vous demande pas, on fait pas d'explication, on vous donne ce qu'il faut et c'est basta.* ».

Cette écoute s'étend aussi au ressenti du patient, ainsi qu'à l'expertise qu'il a de son corps. **Victor** dit qu'il faut « *faire confiance aux... aux patients, patientes, enfin, par rapport à leur corps vu que... c'est les premières personnes à habiter dedans [...], nous on vit dans notre corps, nous on ressent les choses. Et il y a beaucoup, enfin, il y a des médecins des fois, ils écoutent pas cette partie-là* ».

## Importance de la bienveillance et de l'empathie

En plus de l'écoute, il est souvent fait mention des notions de bienveillance et d'empathie, avec parfois un mélange de ces deux notions. Ces compétences sont associées soit à un critère de qualité pour un médecin généraliste, soit même une obligation inhérente à ce métier. Comme chez **Valentine** selon qui, pour être médecin « *Je pense qu'il faut être, comment dire... Enfin, déjà faut... Comment dire ça... Faut être capable d'apprécier les autres...* ». Ou chez **Gael** « *Bon après qu'il soit sympa, c'est normal, enfin, bienveillant c'est le minimum.* ».

## Recueil du consentement

Un autre élément retrouvé est l'importance du recueil du consentement. Demander l'autorisation avant de faire un soin ou de toucher une personne est considéré comme une marque de respect et met à l'aise les personnes interviewées. Pour **Flora** : *« ça c'est un truc que vraiment j'aurais aimé que le Dr (endocrinologue) fasse, c'est simplement me dire est-ce que vous êtes prête, est-ce que vous êtes d'accord, est ce que vous... vous sentez prête... Comprendre que, par exemple, il y a des gens qui ont plus de mal avec le fait d'être touché, surtout à certains endroits, d'être touché en général ».*

## D. Savoir-faire du médecin généraliste

### Pédagogie

L'importance qu'un médecin soit pédagogue, c'est-à-dire qu'il explique bien ce qu'il vous arrive et ce qu'il convient de faire, revient souvent dans les entretiens. On peut rapprocher cela d'une compétence en communication, à la frontière entre savoir-être et savoir-faire.

Par exemple **Gael** parle de son médecin traitant en disant *« je suis tombé vraiment sur un bon, qui explique tout. ».*

Cette pédagogie est considérée comme aidant à limiter les risques des actes médicaux. **Valentine** : *« Le fait de prendre un traitement ou de faire quelque chose sans qu'on vous dise comment ça passe... Je pense que c'est... C'est plutôt mauvais enfin... Il peut y avoir du surdosage, etc., ça peut être nocif. ».*

### Connaissances

Les représentations des connaissances techniques et diagnostiques sont assez dispersées. Pour certains, il n'y a pas beaucoup de différences de connaissances d'un médecin à l'autre. **Malo** : *« Mais bon, ça, je pense, la plupart des médecins connaissent leur sujet, évidemment. »* et pour **Mélissa**, la

différence « *entre un bon et un mauvais, heu... Ça peut pas être sa manière de prescrire, parce que du coup, ça... enfin c'est, il sait ce qu'il doit faire, et puis c'est son boulot* ».

Alors que pour d'autres, tous les médecins ne se valent pas en termes de connaissances et de formation : pour **Agathe**, « *il y a des médecins, on sait, il faut bien le dire, quand même, qui sont quand même moins pointus que d'autre. Qui sont moins formés que d'autre etc.* ».

Parfois la représentation des connaissances est négative si elle n'est pas accompagnée de savoir-être, comme pour **Victor** : « *J'ai l'impression qu'ils sont dans leurs bouquins, enfin, ils ont appris des bouquins et ils voient pas le... le reste quoi, enfin... je sais pas... j'ai beaucoup l'impression, en général... j'ai l'impression qu'ils apprennent les bouquins par cœur et qu'après, dans le vrai... ils font pas attention à ce qu'on peut ressentir.* ».

## **E. Caractéristiques du métier de médecin généraliste**

### **Disponibilité et proximité**

La représentation d'un médecin généraliste est celle d'un médecin qu'on peut voir rapidement et qui est géographiquement proche. C'est illustré dans cette phrase d'**Agathe** : « *c'était sur conseil de mon médecin traitant, qui est juste au coin de la rue, c'est toujours un avantage* ».

L'importance de la disponibilité s'accompagne d'une idée de carence de médecin et un engorgement des consultations : comme le dit **Victor** : « *il y a beaucoup de problème et malheureusement, il n'y a pas assez de médecin.* », « *s'il y avait des médecins pour tout le monde, on prendrait un rendez-vous le lendemain, ou le surlendemain.* » ou **Agathe** « *pour ce que j'en sais, sa clientèle est déjà bouclée, il y a déjà... ces journées sont déjà bien remplies donc je pense pas qu'il lui reste beaucoup de place, malheureusement pour prendre d'autre clients.* ».

### III. Représentation de la médecine générale spécifique à la transidentité

#### A. Relation médecin généraliste – personne trans

##### Choix du praticien

Un point important est l'attention portée au choix du praticien, il est souvent fait mention que les personnes trans se renseignent sur les médecins généralistes avant de consulter, via internet ou via les associations. Par exemple pour **Malo** « *au tout début en fait je savais pas du tout où me tourner, et heu... du coup à chaque fois, je repoussais le moment où j'allais prendre rendez-vous, parce que je savais pas exactement avec qui, comment et quoi* » ou selon **Ninon** « *Elle s'est renseignée, et elle a réussi à trouver un médecin qui apparemment avait une bonne réputation pour... en ce qui concerne les personnes trans.* ».

##### Méconnaissance du domaine de la transidentité

Ensuite, la représentation que la majorité des médecins généralistes ne connaissent pas le sujet de la transidentité est très partagée. Comme l'explique **Malo** : « *je pourrais aller voir un généraliste plus près de chez moi, mais j'ose pas, en fait, parce que je me dis que les personnes ne doivent pas très bien connaître, etc., même si c'est juste de renouveler l'ordonnance* », « *j'aimerais pas, en fait, que... les... le sujet de la question trans reste toujours un truc un peu obscur, heu... de l'ordre de l'exception, auquel juste une poignée de médecins s'y connaisse et pour lequel la grande majorité des médecins n'y connaisse rien.* », ou selon **Flora** « *elle s'est un peu intéressée, elle a pas forcément compris tout de suite, elle connaissait pas forcément le sujet non plus. C'est un sujet que beaucoup de personne ne connaissent pas du tout encore maintenant* ».

Cette méconnaissance est considérée comme plus importante sur le sujet de l'hormonothérapie, les personnes interviewées ont la représentation que les médecins généralistes ne

savent pas qu'ils peuvent prescrire des hormones ni comment le faire. Selon **Mélissa** « *la majorité des médecins en tout cas, sont pas au courant que pour les personnes trans, ils peuvent totalement prescrire des hormones, en fait.* ».

C'est à cause de cette méconnaissance que naissent des situations où la relation est dégradée. D'une part, elle induit une gêne et un jugement, comme l'explique **Gabrielle** « *l'ignorance génère des préjugés. Quand on sait pas on suppose et on suppose forcément pas très bien.* ». Il en résulte aussi des questions qui sont considérées comme gênantes ou inappropriées. Pour **Malo** « *Parce que je sais que ceux qui posent des questions gênantes, c'est pas parce qu'ils sont méchants, ou quoi, c'est juste parce qu'ils ne connaissent pas le sujet en fait, et, heu, dans le doute, du coup ils posent des questions, et ils ne savent pas que ce sont des questions qui sont gênantes et qu'il serait mieux de ne pas poser en fait.* ».

Le sujet des questions mal vécues est une autre donnée qui revient beaucoup dans les entretiens, il semble que la curiosité de certains médecins est parfois mal interprétée, voir considérée comme déplacée et dérangement. Pour **Ninon** : « *j'avais une angine, ou je sais plus quoi, à l'époque, et quand je suis allée la voir, une des premières choses qu'elle m'a demandé, c'était de lui donner mon deadname (nom de naissance, qui n'est plus utilisé, NDLR), alors que j'avais changé mon prénom à l'état civil, et que je venais la voir pour quelque chose qui n'a aucun rapport. Et ça, ça fait partie des trucs qui me mettent pas en confiance* » Ou selon **Malo** « *j'avais toujours des questions un peu bizarres. [...] On me demandait toujours si je voyais un psy en fait. On me demandait, heu... Je sais pas pourquoi on me demandait ça mais... Voilà. [...] Et on me demandait aussi quelles opérations j'avais faites. On me demandait parfois ça. Et ou quelles opérations j'avais l'intention de faire. Et bah moi, j'avais pas de réponse en fait* ».

## **Anxiété anticipatrice**

Il existe dans les discours une importante mention d'anxiété liée aux soins. Une anxiété anticipatrice, une rencontre avec un nouveau médecin va générer une crainte d'être rejeté, mal traité.

On le voit quand **Victor** dit « *J'ai toujours un peu d'appréhension parce que... j'entends beaucoup autour de moi, qu'il y a pas mal de médecins ou de... bah, en général, hein, qui sont pas forcément ouverts à ces questions-là* », ou **Malo** « *Et c'est comme une menace qui pèse constamment. Et c'est ça qui me stresse en fait. C'est l'idée, en fait, qu'il y ait des personnes pour lesquelles je risque d'avoir une réaction violente. Le simple fait de le savoir fait que je me sens toujours un peu angoissé quand je sais que la personne va savoir que je suis trans.* ».

Cette crainte peut être un frein à la consultation, voire elle peut entraîner un non recours, comme l'explique **Agathe** « *Il y a énormément de trans qui ne consultent même pas leur médecin, certaines le font à tort et à travers* ».

## **Mégenrage**

Une des principales problématiques en consultation est le mégenrage, le fait de ne pas être genré de la manière dont on se reconnaît, dire « il » ou « monsieur » à une personne souhaitant qu'on s'adresse à elle avec des pronoms féminins (ou inversement). On le voit bien quand **Ninon** explique « *Ne pas me genrer au masculin quand je commence la séance en lui disant "bonjour, je suis une femme". Ne pas utiliser mon deadname quand ça me met clairement mal à l'aise. C'est déjà deux points importants.* » De même avec **Flora** « *elle essayait de me genrer au féminin quand même quelques fois. Elle disait pas mon deadname, elle faisait attention. Sauf dans les... quand c'était des procédures administratives, du coup c'est... voilà, c'est ce que j'entendais par bienveillante* ».

## **Rejet**

Ce qui semble être le plus craint est un refus net et non motivé de la consultation de la part du médecin et à cause de la transidentité. Cela peut être vécu comme de la transphobie, un rejet de la personne transgenre parce qu'elle est transgenre. C'est ce qu'explique **Mélissa** « *de pas faire comme beaucoup de médecin que j'ai vu, enfin, que j'ai... que j'ai entendu, en fait, ou... heu, ils se braquent tout de suite, en disant "non mais, moi, c'est pas moi." et puis hop. Et en fait, ils coupent court, et*

*tout. » ou comme l'explique **Agathe** « Ceux qui refusent spontanément, c'est des motifs idéologiques, clairement. Un médecin qui dirait "hop hop hop hop, je toucherais jamais à ça, non non non non", etc., mais sans pouvoir à lui-même honnêtement se justifier d'une méconnaissance... c'est clairement qu'il n'a pas envie. Il n'a pas envie parce qu'il n'a pas envie de s'occuper de la personne devant, il n'a qu'une seule... ce qui l'arrangerait énormément ce serait qu'elle aille voir un autre médecin et puis qu'elle ne rentre plus jamais dans son cabinet. ».*

Ce rejet peut parfois s'accompagner de ce qui est vécu comme un renvoi à la maladie psychiatrique. Selon **Ninon** « *J'ai déjà été traitée comme une chose. Traitée comme une malade mentale.* ». Ou comme un renvoi à une forme de monstruosité, comme pour **Agathe** « *quand j'avais affronté ce remplaçant de mon médecin, j'ai ressenti clairement du dégoût. [...] on sentait qu'il voulait se débarrasser, que je m'en aille vite vite. Et c'était vraiment pas une expérience agréable, parce que là, d'un seul coup, on se dit bon, clairement je suis un monstre, visqueux sans doute, je sais pas s'il a peur que je lui saute dessus parce que j'ai des besoins sexuels d'un seul coup irrépissibles envers les médecins remplaçants. Mais c'était vraiment très dur à vivre comme moment. Très très difficile.* ».

## **Chance**

Les personnes interviewées se considéraient comme chanceuses quand elles n'avaient pas eu à faire face aux rejets qu'elles craignaient. Comme le dit **Mélissa** « *j'ai eu un parcours qui est beaucoup plus simple que la majorité des personnes trans, simplement* », ou **Ninon** « *Ça a pas été mon expérience. Et je pense que je suis vraiment chanceuse.* »

## **Essentialisation**

Un mécanisme à l'œuvre dans la relation entre une personne trans et un médecin généraliste est l'essentialisation, soit le fait de réduire un individu à une seule de ses dimensions, en l'occurrence à la transidentité. C'est illustré par **Gabrielle** « *quand on va voir un médecin, quand on est trans,*

*qu'on va voir un médecin, il arrive aussi, assez fréquemment, que ce médecin voit d'abord la transidentité avant de voir la pathologie qu'il pourrait y avoir. »* ou par **Malo** « *quand je viens en consultation pour quelque chose, par exemple si je consulte pour mon œil, que la consultation se déroule en rapport avec mon œil et que je n'ai pas de question en rapport avec ma transidentité, alors que ce n'est pas le sujet de la consultation. »*

C'est aussi le cas pour le renvoi systématique à la question des organes génitaux et d'une chirurgie de réassignation sexuelle comme on le comprend avec **Malo** : « *on me demandait aussi quelles opérations j'avais faites. [...] C'est comme si en fait on sous-entendait que mon entité était directement reliée à, à certaine partie de mon corps en fait, que j'étais sensé vouloir modifier ou que j'étais sensé avoir une intention quelconque de modifier »*.

## **B. Attentes**

### **Normalité et Autodétermination**

L'attente principale face à un médecin généraliste semble être le fait d'être considéré comme quelqu'un de normal, c'est le corollaire de la crainte de l'essentialisation. On peut par exemple citer **Ninon** « *Bah, qui me traite comme une humaine, et comme une femme. »*, ou **Agathe** « *en tant que médecin généraliste, une fois que vous accueillez la personne comme vous accueilleriez n'importe quel autre client ou cliente, après le reste... On attend d'un médecin généraliste le fait d'être un médecin généraliste. »*

Il y a aussi dans cette demande de normalité une envie que la transidentité soit acceptée par les médecins sans avoir à subir un jugement négatif ou une remise en question préalable. Comme pour **Ninon** « *il a juste accepté tout ce que je lui ai dit sans me remettre en question, donc mon ressenti c'était positif. [...] J'ai déjà rencontré des médecins, et des personnes en dehors de la médecine, qui m'ont juste dit que j'étais un mec gay, qui m'ont dit que je faisais une bêtise, qui m'ont dit que j'étais juste dépressive et que c'était mon moyen de m'échapper de la réalité. Des gens qui ont*

*simplement refusé le fait que j'étais une meuf trans, c'est des gens qui pensent que mon ressenti n'est pas valide et qui pensent que c'est une bêtise d'avoir envie d'être une femme quand on est née dans un corps d'homme. ».*

## **Simplification et place du médecin généraliste**

Lors des entretiens, il apparaît souvent que l'organisation des soins aux personnes transgenres est considérée comme trop complexe et qu'il serait plus simple et mieux vécu de faire le suivi de la transition avec le médecin généraliste. Comme l'explique **Flora** « *par rapport à la transition, je dirais que ça serait important que les médecins généralistes puissent faire une primo-ordonnance et suivre... heu, et faire vraiment un suivi... Et que tous les médecins généralistes le peuvent... Je pense que ça serait bien, parce que justement, en tant que personne transgenre, je me serais sentie mieux de faire mon suivi de bout à bout de la transition avec mon médecin généraliste qui me connaît, plutôt qu'avec... plutôt que de devoir voir un endocrinologue. ».* Ou selon **Ninon** « *Dans un parcours de transition idéal, ce devrait être le médecin généraliste qui donne son traitement à une personne trans. [...] l'endocrinologue, il devrait être là seulement... seulement si le traitement lambda qu'on donne au départ ne fonctionne pas, ou, heu qu'il y a des problèmes. ».*

Par ailleurs, il apparaît que de nombreuses personnes transgenres refusent de suivre les protocoles émis par la SOFECT, si elles en ont la possibilité. Selon **Gabrielle**, « *Un protocole mis en place par la SoFECT, par la "so-infecte" plutôt, qui était extrêmement malveillant et violent. A commencer par la psychiatisation. ».*

## **Formation**

Une autre attente retrouvée est celle d'une augmentation ou une amélioration de la formation des médecins généralistes. Selon **Gabrielle** « *Ça devrait être intégré. Il devrait y avoir une formation au santé LGBT de façon plus large. »*, ou selon **Malo** « *je pense qu'il y a besoin d'informer les gens, et les médecins, de ce que c'est en fait, la transidentité. Parce que je sais que ceux qui posent des*

*questions gênantes, c'est pas parce qu'ils sont méchants, ou quoi, c'est juste parce qu'ils ne connaissent pas le sujet en fait ».*

## **C. Particularité lilloise**

Cette partie s'éloigne du sujet de l'étude, les représentations sociales de la médecine générale dans son ensemble, mais il est difficile de ne pas parler du fait qu'à Lille il y ait des maisons médicales où des médecins généralistes accueillent de nombreuses personnes transgenres et suivent beaucoup de transitions et que c'est une organisation peu fréquente en France. Comme l'explique **Victor** « *Mais... c'est vrai que... il y a pas beaucoup d'endroit où ça se passe comme à Lille, quoi... Là on a de la chance d'avoir (maison médicale) et puis après apparemment à (maison médicale 2) ou ils reçoivent aussi des personnes trans »*

# Discussion

## A. Forces et limites

### Méthode

Le choix d'une étude qualitative est la plus adaptée pour ce travail, déjà parce qu'elle permet d'analyser le caractère subjectif des représentations de chaque personne interviewée pour mieux les contextualiser. Aussi parce qu'elle permet de recueillir des données sur le vécu et sur les expériences personnelles, données qui, selon Jodelet (30) servent l'étude des représentations en psychologie sociale.

Par ailleurs, il est difficile d'imaginer pouvoir atteindre un nombre suffisant de participants pour une étude quantitative des représentations sociales.

### Validité interne

Dans cette étude, la méthodologie décrite par Thémistoklis Apostolidis (31) est appliquée pour en augmenter la validité interne. Il décrit l'utilisation de la triangulation comme combinaison de différentes méthodes visant à vérifier l'exactitude et la stabilité des observations, et permettant de conférer aux recherches qualitatives de la validité, de la rigueur et de la profondeur.

Ici la triangulation est réalisée par la présence d'une chercheuse externe effectuant un second codage, et renforcée par le fait que cette chercheuse a un parcours différent que celui du chercheur principal.

La validité est recherchée aussi grâce à une méthode séquentielle, par un aller-retour constant entre d'une part le terrain, le recueil de données et d'autre part l'analyse et la conceptualisation.

Cette étude s'attache à remplir les critères COREQ, permettant d'améliorer cette validité. Une grille représentant ces critères et la manière dont cette étude y répond se trouve en annexe.

Pour finir, la méthode d'analyse qualitative est maintenant bien connue dans les départements de médecine générale des facultés et de plus en plus utilisée, ce qui augmente la qualité de son enseignement et des travaux.

## **Limites**

Les participants à l'étude ayant été recrutés sur la base du volontariat via des associations et des cabinets de médecine générale et sachant que l'investigateur est étudiant en médecine, il est possible que ceux qui ont répondu aient soit une bonne relation avec la médecine générale et ne craignent pas en parler, soit l'ont fait par militantisme associatif, ce qui correspond à un biais de recrutement. Ce biais est modéré ensuite par le recrutement en boule de neige.

Le caractère séquentiel de l'étude et le manque d'expérience initiale de l'investigateur sur la conduite d'entretien peut entraîner un biais de réalisation. Les premiers entretiens peuvent donc être moins informatifs que les suivants.

## **Particularité Lilloise**

Il existe une particularité d'accompagnement de la transition à Lille puisque depuis plusieurs années, un cabinet de médecine générale s'est engagé avec le monde associatif pour améliorer l'accès aux soins et surtout l'accès à l'hormonothérapie des personnes transgenres souhaitant y avoir recours (27). D'autres cabinets lillois les ont imités, mais dans cette étude, la grande majorité des personnes interviewées ont été ou sont suivies dans ce cabinet. Ce n'est ni une force ni une limite, mais bien une particularité inhérente à l'étude, il pourrait donc être intéressant de produire des répliques de cette étude dans d'autres régions de France pour vérifier la stabilité des résultats.

## **B. Adéquation entre les représentations sociales des personnes transgenres et le rôle des médecins généralistes**

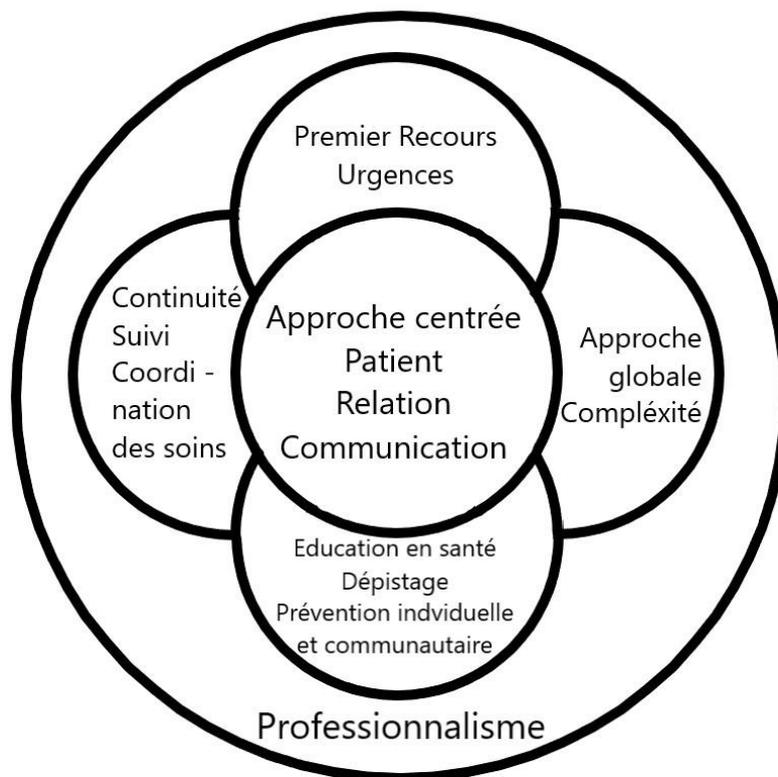
### **Cohérence avec les données de la littérature**

Un premier point à soulever est que les représentations sociales des personnes transgenres sur le sujet de la médecine générale ne sont pas éloignées de celles de la population générale. Dans la littérature, on retrouve bien que l'importance de l'écoute, de la confiance et de la qualité de la relation de soins est au premier plan (32). Arrive ensuite la notion de respect, partagée par la population générale et les personnes transgenres. On peut faire le rapprochement avec nos résultats sur les attentes que les personnes transgenres ont sur le respect du ressenti de leur identité de genre et sur la demande qu'elles ont qu'on se réfère à eux de la manière qu'elles choisissent.

Ainsi, les personnes transgenres n'ont pas une vision de la médecine générale différente de celle de n'importe quelle autre personne entrant dans un cabinet. Elles attendent d'être traitées comme tel, avec le même soutien, la même pédagogie et la même disponibilité.

## Cohérence avec les compétences des médecins généralistes

Si on se base sur la définition de la médecine générale décrite par la WONCA, la médecine générale est le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée. Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient (23).



*Figure 3 - Marguerite des compétences du médecin généraliste*

Dans les compétences requises pour l'exercice de la médecine générale, comme synthétisée par la marguerite des compétences du médecin généraliste (33), on retrouve toutes les attentes exprimées par les personnes interviewées dans cette étude.

Les capacités de relation interpersonnelle et de communication, avec une approche centrée sur le patient, sont au cœur de cette marguerite. Elles sont aussi la valeur centrale attendue par les personnes transgenres.

Le suivi et la coordination des soins dans la durée, avec les différents acteurs médico-sociaux et dans l'intérêt du patient sont tout à fait adaptés au suivi d'une transition.

Il en va de même pour la compétence sur l'approche globale et la prise en compte de la complexité des situations et de leurs interactions.

## **C. Freins à la relation entre les personnes transgenres et les médecins généralistes**

### **Du côté des personnes transgenres**

Une des particularités des résultats de cette étude est la notion d'anxiété liée aux soins. Cette crainte peut être un frein à la consultation, entraînant un retard de recours aux soins, voire un non recours. Elle est due aux discriminations que les personnes transgenres subissent tout au long de leurs parcours (9) et ces expériences peuvent émousser la capacité à entrer dans une relation de confiance. Certaines études rapportent qu'environ un quart des personnes transgenres rapportent des expériences négatives avec des professionnels de santé et près de la même quantité rapportent avoir renoncé à des soins par peur d'une telle expérience (34).

D'autre part, ces discriminations peuvent être internalisées, provoquer un sentiment de honte, d'anormalité et créer l'idée de ne pas être digne d'être accompagné et soutenu.

Ces deux freins peuvent parfois créer un premier abord distant lors d'une consultation. Cette distance peut être interprétée par le médecin généraliste comme de la gêne, de l'incertitude, voire de la méfiance et de l'agressivité.

### **Du côté des médecins généralistes**

Il serait intéressant ici de disposer d'une étude similaire à celle-ci étudiant les représentations des médecins généralistes sur le sujet de l'accompagnement de la transition.

Les connaissances des médecins généralistes sur les thématiques LGBTQI+ sont très variables (35) et un manque de connaissance peut être un premier frein à l'accueil d'une demande de suivi par une personne transgenre. D'autant que trouver des informations scientifiques pouvant les aider dans cet accompagnement peut être ardu.

Souvent, il y aura en face une personne qui se sera renseignée à l'avance, dont le cheminement vers l'acceptation de sa transidentité aura été long et parcouru de recherche personnelle, via internet et le monde associatif. Ainsi il peut y avoir un décalage entre ce qu'une personne transgenre a anticipée et ce qu'un médecin généraliste est disposé à lui proposer.

Par ailleurs, un médecin généraliste peut ignorer les conditions de prescription d'une hormonothérapie. Il peut craindre des répercussions disciplinaires s'il en prescrivait. Alors qu'en France, tout médecin peut prescrire une hormonothérapie féminisante et renouveler un traitement par androgènes, après une primo-ordonnance qui reste réservée aux endocrinologues, gynécologues et urologues.

Il est aussi possible que le médecin généraliste craigne de donner un traitement ayant des répercussions définitives que la personne demandeuse pourrait regretter ensuite. L'idée qu'un avis psychiatrique initial serait obligatoire reste très présente, même si ce n'est pas le cas en France (28). Or il est clairement démontré que dans le cadre d'un suivi régulier, prenant le temps et s'adaptant à la personne en transition, les regrets sont très rares (2). Il est possible en médecine générale de prendre du temps pour la réflexion et pour donner une information claire, loyale et adaptée. Il est aussi intéressant de noter que le regret est moins craint dans d'autres procédures impactant fortement la vie ou le physique d'une personne, comme pour la chirurgie esthétique ou les interruptions volontaires de grossesse. Le point essentiel étant de respecter la liberté des patients à disposer de leurs corps.

Ensuite, les médecins généralistes peuvent se heurter à la difficulté de trouver des interlocuteurs médicaux pouvant les aider dans l'accompagnement d'une transition, s'ils en cherchent. Il y a en France un accès limité aux endocrinologues, gynécologues et urologues acceptant les motifs de consultations liés à la transition (28).

Enfin, il peut exister une difficulté émanant du fait que la majorité des médecins ne se sont jamais questionnés sur leur genre, cela peut les rendre mal à l'aise lorsqu'ils sont face à ces questionnements (28). Aussi, une demande de suivi d'une personne transgenre peut aller à l'encontre de leurs morales personnelles, entraînant un rejet idéologique plus ou moins conscient. Sur ce sujet, on peut faire un parallèle avec l'émergence du VIH dans les années 80, période au cours de laquelle on a vu apparaître chez certains médecins généralistes des comportements peu rationnels et empreints de croyance et de morale. L'amélioration des connaissances sur ce sujet a par la suite permis un meilleur accompagnement des patients (36).

Ces freins peuvent amener à conseiller à une personne transgenre de se rapprocher d'une structure se déclarant comme officielle, la SOFECT, ce que beaucoup préfèrent éviter tant elle est critiquée, ce qui peut mettre la relation de soins dans l'impasse.

Pourtant le premier professionnel de santé qu'une personne se questionnant sur son genre va solliciter sera souvent son médecin traitant, c'est parfois même la seule ressource, la seule écoute bienveillante (37). On sait aussi qu'un accueil tolérant et qu'une acceptation de cette interrogation permet de gagner en sérénité et en bien-être, diminuant l'apparition d'anxiété grave et de dépression (38). Il semble donc important de respecter et de valider les choix d'une personne transgenre, notamment dans le cadre des soins primaires (39), en gardant en tête qu'il s'agit de personnes pouvant être fragilisées par des discriminations, des violences et des exclusions.

Il est aussi possible que le rôle du médecin généraliste soit celui d'un soutien à la famille d'une personne en transition, aidant celle-ci dans l'acceptation de ce choix (40).

Un médecin généraliste peut donc trouver pleinement son rôle dans l'accompagnement de la transition d'un de ses patients.

## **D. Différentes possibilités et conseils pour une relation de soins améliorée**

Comme décrit plus haut, il n'y a rien de spécifique dans l'accompagnement des personnes transgenre nécessitant des compétences que le médecin généraliste ne saurait avoir. A condition qu'il ait compris le souhait des personnes transgenres d'être confortées dans leurs choix et respectées dans leurs identités.

Pourtant cette relation peut se heurter à des obstacles, ce chapitre s'attachera donc à discuter des possibilités de rencontre entre une personne transgenre et un médecin généraliste et à proposer des pistes pour améliorer leur relation.

### **Cas général d'un médecin généraliste souhaitant être plus accueillant avec les personnes transgenres**

Certaines adaptations dans les habitudes ou dans les cabinets des médecins généralistes peuvent permettre d'être plus inclusif envers les personnes transgenres. Il est possible de se procurer la plaquette proposée par l'association Chrysalide, compilant des conseils pour l'accueil des personnes transgenre (41), ou lire l'article sur le sujet paru dans la revue Prescrire (28).

Une affiche en salle d'attente sur la question du genre permettra à une personne se questionnant sur son genre de se sentir bienvenue.

Il est aussi assez simple de prendre l'habitude d'appeler les personnes en salle d'attente avec leurs seuls noms de famille, sans les précéder de « Monsieur » ou « Madame ». C'est une habitude simple à prendre, les cas d'homonymie en salle d'attente sont rares et n'engendreront pas la gêne que peut causer un mégenrage.

## **Cas d'une personne venant consulter pour la première fois pour un recours sans lien avec la transidentité**

Il est alors important de ne pas focaliser la consultation sur la transidentité, de ne pas considérer la personne transgenre comme une curiosité et d'éviter les questions personnelles pouvant venir à l'esprit dans un tel cas. Comme pour n'importe quel patient, il n'est pas nécessaire de poser des questions sur la forme de son sexe à une personne consultant pour un rhume ou une otite.

Pour prendre un autre exemple, il est montré que lors d'une consultation avec un patient obèse, l'abord des problématiques liées au poids est mieux vécu si la relation de confiance avec le soignant est installée et si la personne n'est pas considérée uniquement à travers le prisme du surpoids (42). Il est donc conseillé de ne pas en discuter à la première consultation sauf si le patient l'aborde lui-même. Il en va de même pour un patient transgenre, il est plus correct de laisser la personne aborder le sujet si elle le souhaite.

Par ailleurs, il est préférable d'accepter et de respecter les pronoms avec lesquels les personnes transgenres souhaitent qu'on s'adresse à eux. Il faut aussi accepter de se tromper, de pouvoir être maladroit, sans s'offusquer si on est repris.

## **Cas d'une personne transgenre en demande de suivi de médecine générale mais pas de suivi de la transition**

Deux possibilités s'ouvrent : celle d'un refus de la part du médecin et celle d'une acceptation.

Dans le cas d'un refus, il peut être intéressant de s'interroger sur ses raisons sous-jacentes, au vu des différents freins discutés plus haut. Malgré tout, il y aura des médecins qui ne souhaiteront pas poursuivre de relation de soins avec une personne transgenre. Il convient alors de rester courtois dans ce refus, de ne pas renvoyer de jugement négatif. Comme l'explique l'article R4127-7 du code de la santé publique (43), le médecin a le devoir de garder une attitude correcte et attentive. Il a aussi le devoir d'orienter vers un médecin susceptible de débiter ce suivi, selon l'article R4127-47 (44). Il peut aussi dans ce cas renvoyer vers les associations ou vers le planning familial.

Si le médecin accepte de commencer cette relation de soins, alors il faut organiser le suivi comme pour n'importe quel autre patient, en prenant le temps de nouer une relation de confiance basée sur l'écoute et centrée sur le patient. Au fil de cette relation, le médecin pourra se rapprocher de la personne accompagnant la transition pour connaître les spécificités du suivi d'une personne transgenre, par exemple le fait qu'une femme transgenre conserve une prostate, ou les effets indésirables possible d'une hormonothérapie au long cours.

### **Cas d'une personne souhaitant un accompagnement de sa transition par son médecin généraliste**

Chaque médecin peut alors se positionner dans la part qu'il prend dans cet accompagnement, en fonction de ses connaissances et de son envie de les développer. Il peut organiser l'accompagnement psycho-social, le soutien psychologique, la prévention, le soutien à la famille. Il peut aussi débiter une hormonothérapie de féminisation, ou renouveler l'ordonnance d'une hormonothérapie de masculinisation, prescrire des séances d'orthophonie pour le travail de la voix, coordonner diverses chirurgies.

La relation de confiance, la vision transversale qu'ont les médecins généralistes, les décisions centrées sur les souhaits du patients, en prenant le temps d'en discuter, permettra une transition mieux vécue et une amélioration de la qualité de vie (2) (38).

Il faut aussi créer un réseau de soins bienveillant et accueillant des personnes transgenres. Par exemple, si le patient ou la patiente souhaite consulter un psychiatre (comme décrit plus haut, la population des personnes transgenres est fragilisée sur le plan psychologique surtout à cause des discriminations et exclusions qu'elles peuvent subir), une attention particulière est nécessaire pour trouver un praticien accueillant positivement les personnes transgenres. Il est possible de se rapprocher des associations défendant les droits des personnes transgenres pour avoir ces informations.

# Conclusion

Les personnes transgenres ayant participé à cette étude ont des représentations sociales de la médecine générale similaires à celles de la population générale. Elles sont en demande d'une relation de confiance avec leur médecin traitant, mettant l'accent sur l'importance de l'écoute et de la bienveillance. Elles demandent aussi à être reconnues dans leurs identités, ce qui commence par être genrées correctement et par un respect de leur intimité.

Ces représentations et ces attentes sont en adéquation avec la définition de la médecine générale et les compétences des médecins généralistes. Les médecins généralistes peuvent accompagner la transition des patients, dans un contexte bio-psycho-social, à des degrés différents en fonction de leurs connaissances et de leur volonté de formation personnelle. La qualité de la relation de soins attendue en médecine générale peut améliorer le vécu de la transition et en diminuer les risques.

Pour aider à l'accompagnement de la transition en médecine générale, il pourrait être intéressant de développer des outils et des références sur le modèle d'Antibiocliv®. Ce type d'outil est de plus en plus recherché par les médecins généralistes. Ils permettent de rapidement trouver une information claire et sûre. Il pourrait en être de même pour un outil d'aide à l'accompagnement de la transition, expliquant les conseils pour bien accueillir les personnes transgenres, les modalités des parcours de transition possibles, une aide à la prescription d'une hormonothérapie et une liste d'interlocuteurs, professionnels de santé et associations, engagés dans l'accompagnement de ces personnes.

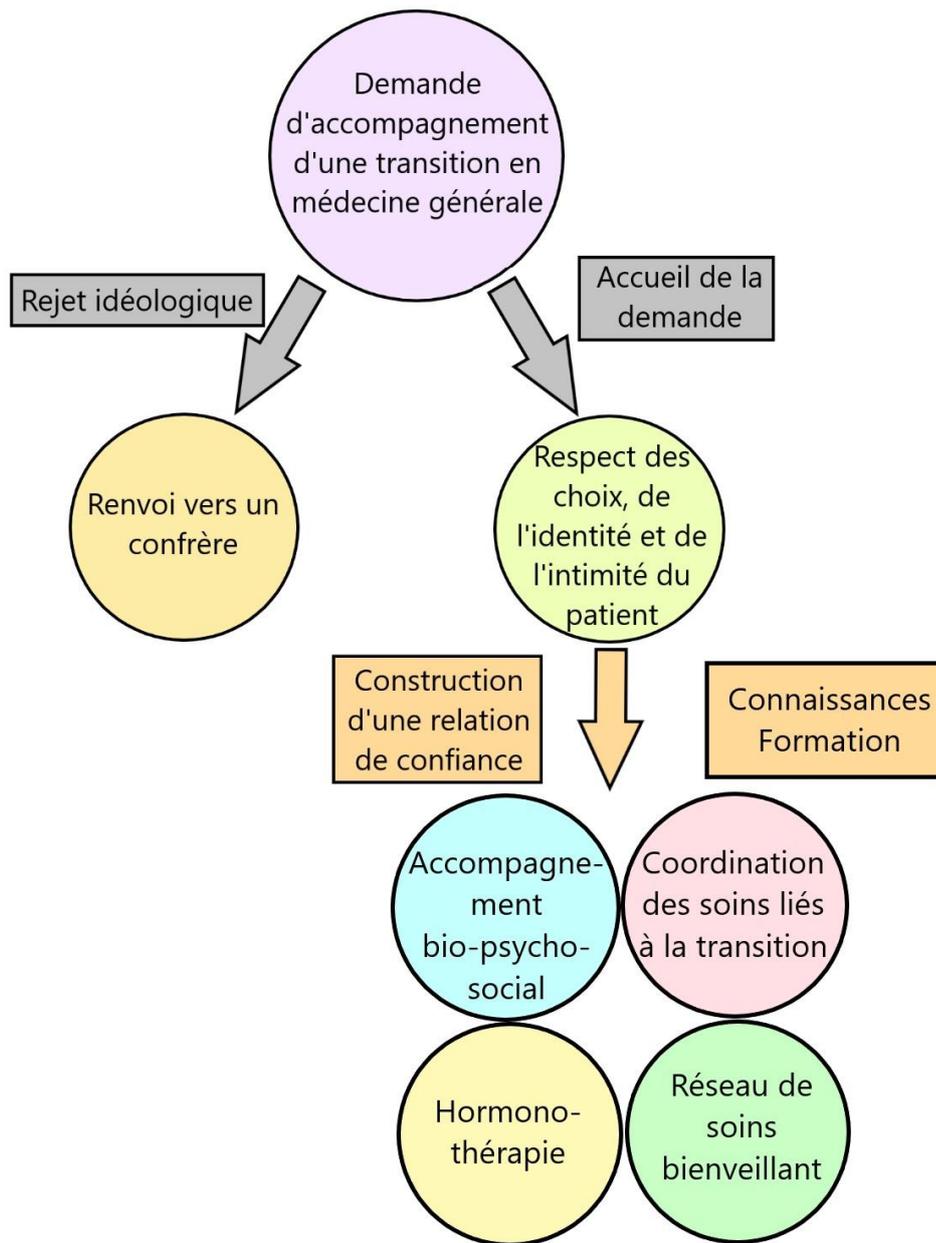


Figure 4 - diagramme des possibilités d'accompagnement d'une transition

# Bibliographie

1. Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen-Kettenis P, DeCuypere G, Feldman J, et al. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7. *Int J Transgenderism*. 1 août 2012;13(4):165-232.
2. T'Sjoen G, Arcelus J, Gooren L, Klink DT, Tangpricha V. Endocrinology of Transgender Medicine. *Endocr Rev*. 10 oct 2018;40(1):97-117.
3. Messaadi N. Apprentissages en situations informelles et construction de soi : cas des personnes atteintes de diabète [Internet] [thesis]. <http://www.theses.fr>. Lille 1; 2017 [cité 13 juin 2020]. Disponible sur: <http://www.theses.fr/2017LIL12024>
4. Benghozi P. L'identité sexuée, le sexuel et le genre dans une perspective psychanalytique du lien et de la relation. *Rev Psychother Psychanal Groupe*. 19 mai 2015;n° 64(1):167-80.
5. World Health Organization. Genre et santé [Internet]. Disponible sur: <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/gender>
6. Natea Montillier Tetuanui. Mahu et raerae, d'hier à aujourd'hui [Internet]. Disponible sur: <https://www.hiroa.pf/2013/08/mahu-et-raerae-dhier-a-aujourd'hui/>
7. ICD-11 - Mortality and Morbidity Statistics [Internet]. [cité 4 déc 2018]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f411470068>
8. Zucker KJ. Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity. *Sex Health*. 2017;14(5):404-11.
9. Winter S, Diamond M, Green J, Karasic D, Reed T, Whittle S, et al. Transgender people: health at the margins of society. *The Lancet*. 23 juill 2016;388(10042):390-400.
10. Guillemin F, Saraux A, Guggenbuhl P, Roux CH, Fardellone P, Bihan EL, et al. Prevalence of rheumatoid arthritis in France: 2001. *Ann Rheum Dis*. 1 oct 2005;64(10):1427-30.
11. Alessandrin A. Du « transsexualisme » aux devenirs Trans [Internet]. [cité 9 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.theses.fr/15891449X>
12. Mouzon C. L'invention des trans' [Internet]. Masculin-Féminin. Editions Sciences Humaines; 2014 [cité 10 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/masculin-feminin--9782361062248-page-46.htm>
13. ZEGGAR H, DAHAN M. Evaluation des conditions de prise en charge médicale et sociale des personnes trans et du transsexualisme [Internet]. Disponible sur: <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article253>
14. Kervran P. Sous le joug médical : l'invention d'un symptôme - Ép. 2/4 - Les transidentités, racontées par les trans [Internet]. France Culture. Disponible sur: <https://www.franceculture.fr/emissions/lsd-la-serie-documentaire/les-transidentites-racontees-par-les-trans-24-sous-le-joug-medical-linvention-dun-symptome>

15. Alessandrin Arnaud. Sociologie de la transphobie / Arnaud Alessandrin et Karine Espineira ; [préface d'Yves Raibaud]. 2015.
16. Discrimination on grounds of sexual orientation and gender identity [Internet]. Human Rights Intergovernmental Cooperation. [cité 17 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.coe.int/en/web/human-rights-intergovernmental-cooperation/work-completed/discrimination-on-lgbt>
17. Yogyakarta principles [Internet]. Disponible sur: <http://yogyakartaprinciples.org/principles-fr>
18. Reucher T. Dépsychiatriser sans démedicaliser, une solution pragmatique. Inf Psychiatr. 2011;Volume 87(4):295-9.
19. October O published on 2, 2018. Suicide Risk and Prevention for LGBTQ Patients » LGBT Health Education Center [Internet]. LGBT Health Education Center. [cité 9 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.lgbthealtheducation.org/publication/suicide-risk-and-prevention-for-lgbtq-patients/>
20. Jodelet D. Les représentations sociales [Internet]. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2003. 454 p. (Sociologie d'aujourd'hui; vol. 7e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-representations-sociales--9782130537656.htm>
21. Fischer G-N. Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale [Internet]. 2020 [cité 17 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.dunod.com/sciences-humaines-et-sociales/concepts-fondamentaux-psychologie-sociale>
22. Moscovici Serge. Psychologie sociale / Moscovici Serge ; Abric Jean-Claude [al.]. Paris: PUF - Presses Universitaires de France; 1989.
23. Allen DJ, Heyrman PJ. La Definition Europeenne de la Medecine Generale – Medecine de Famille préparé par la WONCA EUROPE (Société Européenne de médecine générale - médecine de famille) 2002. :52.
24. Mannoni P. Les représentations sociales: « Que sais-je ? » n° 3329. Que sais-je; 2016. 104 p.
25. Flament C. 9. Structure et dynamique des représentations sociales [Internet]. Vol. 7e éd. Presses Universitaires de France; 2003 [cité 20 janv 2020]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.ressources-electroniques.univ-lille.fr/les-representations-sociales--9782130537656-page-224.htm>
26. Vernier C, Montpied A. Regards des personnes transidentitaires sur leurs parcours de soins : quelle place pour la médecine générale ? Étude qualitative par entretiens semi-dirigés. 3 avr 2019;212.
27. Guillot C. Variations de genre : vers un accompagnement dé-psychiatrisé ? Enquête qualitative auprès du Collectif Trans Hauts-de-France [Internet] [Doctorat de médecine]. Lille; Disponible sur: <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-13581>
28. Accueillir et accompagner les personnes transgenres. Avec respect, sans préjugé. Prescrire Tome 40 N° 438 2020-04 Pp 276-284.
29. Tirage au sort de prénoms [Internet]. Magicmaman.com. Disponible sur: <https://www.magicmaman.com/tirage-au-sort-de-prenoms,3426205.asp>

30. Jodelet D. Place de l'expérience vécue dans les processus de formation des représentations sociales. In 2006. p. 235-55.
31. Apostolidis T. Représentations sociales et triangulation : enjeux théorico-méthodologiques. ERES; 2005.
32. Jeoffrion C. Santé et Représentations sociales : une étude « multi-objets » auprès de Professionnels de Santé et Non-Professionnels de Santé. Cah Int Psychol Soc. 2009;Numéro 82(2):73-115.
33. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Vo U M E. :8.
34. James S, Herman J, Rankin S, Keisling M, Mottet L, Anafi M. The Report of the 2015 U.S. Transgender Survey. 2016 [cité 9 mars 2020]; Disponible sur: <https://ncvc.dspacedirect.org/handle/20.500.11990/1299>
35. Tarragon J, Messaadi N, Martin M, O.Cottencin, M.Bayen, S.Bayen. Comment aborder l'orientation sexuelle des patients consultant en médecine générale ? Disponible sur: [https://www.exercer.fr/full\\_article/1306](https://www.exercer.fr/full_article/1306)
36. Souville M. Le savoir et le risque : appropriation et adaptation des connaissances en médecine générale. Societes. 2002;no 77(3):21-36.
37. de Vries ALC, Klink D, Cohen-Kettenis PT. What the Primary Care Pediatrician Needs to Know About Gender Incongruence and Gender Dysphoria in Children and Adolescents. *Pediatr Clin North Am.* 2016;63(6):1121-35.
38. Johns MM, Beltran O, Armstrong HL, Jayne PE, Barrios LC. Protective Factors Among Transgender and Gender Variant Youth: A Systematic Review by Socioecological Level. *J Prim Prev.* 2018;39(3):263-301.
39. Newhook JT, Winters K, Pyne J, Jamieson A, Holmes C, Feder S, et al. Bien renseigner les parents et les professionnels. *Can Fam Physician.* 1 mai 2018;64(5):e201.
40. Telfer MM, Tollit MA, Pace CC, Pang KC. Australian standards of care and treatment guidelines for transgender and gender diverse children and adolescents. *Med J Aust.* 06 2018;209(3):132-6.
41. Association Chrysalide. L'accueil médical des personnes trans [Internet]. Chrysalide. 2019. Disponible sur: <https://www.chrysalide-asso.fr/nos-documents/laccueil-medical-des-personnes-trans/>
42. Prod'homme L, Riglet C, Godart N, Huas C. Montez sur la balance ! Vécu de l'abord du poids en consultation de médecine générale. *Sante Publique (Bucur).* 23 mai 2019;Vol. 31(1):7-17.
43. Code de la santé publique - Article R4127-7. Code de la santé publique.
44. Code de la santé publique - Article R4127-47. Code de la santé publique.

# Annexes

## I. Glossaire

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Transgenre :** adjectif désignant un groupe varié d'individus qui occultent ou transcendent les catégories culturellement définies du genre. L'identité de genre des personnes transgenres peut varier à différents degrés du sexe d'assignation à la naissance (Bockting, 1999).

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

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

## **II. Guides d'entretiens**

### **A. Premier guide d'entretien**

Question 1 : Pouvez-vous vous présenter ?

Relance : Pouvez-vous me parler de votre parcours de transition ?

Question 2 : Pour vous, c'est quoi la médecine générale ?

Relance : Pour-vous, quel est le rôle de la médecine générale ?

Question 3 : Pour vous, qu'est-ce qu'un médecin généraliste ?

Question 4 : Pouvez-vous me raconter des expériences avec des médecins généralistes ?

Relance : Pouvez-vous me raconter une consultation marquante ? / Avez-vous une autre consultation marquante à me raconter ?

### **B. Dernier guide d'entretien**

Question 1 : Est-ce que vous pouvez vous présenter ?

Relance : Est-ce que vous pouvez me parler de votre parcours de transition ?

Question 2 : Quel a été votre premier contact avec un médecin en tant que personne trans ?

Question 3 : Quel est votre premier souvenir en lien avec la médecine générale ?

Question 4 : A votre avis, quelle place occupe le médecin généraliste dans la vie d'une personne ?

Question 5 : Selon vous, qu'est-ce qui fait la différence entre un bon et un mauvais médecin généraliste ?

Question 6 : Selon vous, quelle serait la place d'un médecin généraliste dans le parcours de transition ?

### III. Description de l'arbre de codage final

Lors de la réalisation du codage, plusieurs ébauches d'arbres de codage ont été réalisés, initialement sur le modèle expériences, représentations et attentes, pour finalement donner deux grandes catégories, représentation sociales spécifique à la transidentité et non spécifique à la transidentité.

Représentations du médecin généraliste	Représentations spécifiques à la transidentité
<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Caractéristique du métier<ul style="list-style-type: none"><li>- Disponibilité</li><li>- Métier difficile</li><li>- Proximité</li><li>- Vocation/Passion</li></ul></li><li>➤ Objectif de la médecine générale<ul style="list-style-type: none"><li>- Objectif de prévention</li><li>- Objectif de soins</li><li>- Objectif de soutien</li></ul></li><li>➤ Relation Soignant soigné<ul style="list-style-type: none"><li>- Relation d'autorité</li><li>- Relation de confiance</li><li>- Rôle centrale du médecin généraliste</li></ul></li><li>➤ Savoir être<ul style="list-style-type: none"><li>- Importance de la bienveillance</li><li>- Importance de l'accueil</li><li>- Importance de l'écoute</li><li>- Importance de l'empathie</li><li>- Importance du recueil du consentement</li></ul></li><li>➤ Savoir faire<ul style="list-style-type: none"><li>- Autoformation</li><li>- Connaissances</li><li>- Pédagogie, explication</li><li>- Réseau de soin</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Attentes<ul style="list-style-type: none"><li>- Acceptation sans jugement</li><li>- Attente de simplification et d'uniformisation</li><li>- Autodétermination</li><li>- Formation des médecins</li><li>- Normalisation</li><li>- Place centrale du médecin traitant</li><li>- Respect du savoir du patient</li></ul></li><li>➤ Chance personnelle dans son parcours</li><li>➤ Explication des difficultés ressenties dans le parcours de soins<ul style="list-style-type: none"><li>- Relation au médecin</li><li>- Anxiété anticipatrice</li><li>- Essentialisation<ul style="list-style-type: none"><li>- Renvoi à l'hormonothérapie</li><li>- Renvoi aux organes génitaux</li></ul></li><li>- Attention portée au choix du praticien</li><li>- Méconnaissance</li><li>- Mégenrage</li><li>- Non recours</li><li>- Question déplacée – intrusive</li></ul></li><li>➤ Rejet<ul style="list-style-type: none"><li>- Renvoi à la maladie psy</li><li>- Renvoi à la monstruosité</li></ul></li></ul>

## IV. Appel à volontaire

Ce texte a été relayé sur les réseaux sociaux de deux associations de défense des intérêts des personnes transgenre et utilisé par deux médecins généralistes recevant des personnes trans pour promouvoir l'étude auprès de leurs patients.

Bonjour,

Je suis étudiant en thèse de médecine générale et je réalise une recherche sur la transidentité.

Dans ce cadre, je réalise des entretiens individuels pour recueillir la voix des personnes trans sur le sujet de la médecine.

Je m'intéresse aux avis et aux expériences des personnes, il n'y a donc pas besoin de connaissance particulière.

Cet entretien sera anonymisé, que ce soit votre nom, ceux des gens que vous pourrez donner ou les lieux que vous nommerez.

Il sera réalisé dans un lieu de votre choix, en fonction de vos disponibilités.

Si vous êtes intéressé.e par cette recherche, vous pouvez me contacter à l'adresse suivante :

(Adresse mail)

Merci d'avance,

Théo Bazantay.

## V. Grille COREQ

La grille COREQ est une grille permettant de juger de la qualité d'un travail de recherche qualitative.

Elle est présentée ci-après avec la réponse apportée par cette étude.

Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion

### Caractéristiques personnelles

1. Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focusgroup) ?	Le doctorant
2. Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Interne de médecine général
3. Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	Remplacement en médecine générale
4. Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Homme
5. Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Formation de médecine générale, parcours ACTE de la faculté de médecine de Lille, participation à un atelier en recherche qualitative.

### Relations avec les participants

6. Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Non
7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche	Pas d'information, hormis celle présente dans l'appel à volontaire
8. Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? Par exemple : biais, hypothèses,	Etudiant en thèse de médecine générale, réalisant une recherche sur la transidentité

	motivations et intérêts pour le sujet de recherche	
--	--	--

## Domaine 2 : Conception de l'étude

### Cadre théorique

9. Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu	Analyse de contenu via les représentations sociales
--	---	---

### Sélection des participants

10. Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige	Appel à volontaire via les réseaux sociaux de deux associations et effet boule de neige
11. Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel	Courriel et appel à volontaire via les réseaux sociaux de deux associations
12. Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	10
13. Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	Pas de moyen de le savoir

### Contexte

14. Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail	2 au domicile 5 dans un salon de thé 2 dans un bar 1 dans une cafétaria
15. Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Lors de l'entretien 1 et 10
16. Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? Par exemple :	CF résultats

	données démographiques, date	
--	---------------------------------	--

### Recueil des données

17. Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Oui, CF annexe II
18. Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Non
19. Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Oui, enregistrement audio
20. Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focusgroup) ?	Oui, pour la plupart des entretiens, mais non retranscrit dans cette étude
21. Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focusgroup) ?	CF résultats
22. Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Oui, il a été convenu d'une suffisance de donnée
23. Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non

### Domaine 3 : Analyse et résultats

#### Analyse des données

24. Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	Deux
25. Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Oui, CF Annexe III
26. Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou	Non

	déterminés à partir des données ?	
27. Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	NVivo 12
28. Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non

### Rédaction

29. Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? Par exemple : numéro de participant	Oui, avec nom généré aléatoirement.
30. Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Ne se prononce pas
31. Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Ne se prononce pas
32. Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Ne se prononce pas

**AUTEUR : Nom : BAZANTAY**

**Prénom : Théo**

**Date de soutenance : 24/09/2020**

**Titre de la thèse : Les représentations sociales de la médecine générale chez les personnes transgenres**

**Thèse - Médecine - Lille 2020**

**Cadre de classement : médecine générale**

**DES + spécialité : médecine générale**

**Mots-clés : médecine générale, représentation sociale, personne transgenre, transidentité, transition, accompagnement**

**Résumé :**

**Contexte :** La population des personnes transgenres (PT) est importante, d'une personne sur 75 à 200. C'est une population fragilisée par des discriminations sociales, à risques au niveau psychologique et pouvant avoir besoin de soins dans le cadre d'un parcours de transition. Il semble adapté que les médecins généralistes (mg) prennent part au suivi de ce parcours. Cette étude va rechercher les perceptions que les PT ont de la médecine générale (MG) via l'analyse des représentations sociales (RS) de la MG chez les PT.

**Méthode :** Etude qualitative par entretiens semi-directifs individuels via un guide d'entretien, réalisée dans les Hauts-de-France, jusqu'à l'obtention d'une suffisance des données. Une analyse thématique de verbatims a été effectuée avec le logiciel NVivo12, avec triangulation.

**Résultats :** Dix PT ont participé à l'étude, 6 femmes (MtF) et 4 hommes (FtM). Les RS retrouvées s'articulent autour de l'importance de la relation de soin, l'écoute, la confiance, le recueil du consentement et la pédagogie. Les RS spécifiques à la transidentité retrouvent l'idée d'une méconnaissance de ce sujet, d'une crainte d'être mégenré ou mal reçu. Une normalisation et une simplification de la relation avec les mg sont les principales attentes des PT.

**Conclusion :** Les RS de la MG chez les PT et leurs attentes sont en adéquation avec le rôle et les compétences des mg. Il semble possible que les mg s'investissent dans le parcours de soins des PT. Pourtant il existe des freins à cette relation que l'on peut questionner et des moyens de l'améliorer.

**Composition du Jury :**

**Président :**

Madame le Professeur Florence RICHARD

**Assesseurs :**

Madame le Professeur Sophie CATTEAU-JONARD

Madame le Docteur Marie-Jeanne MARTIN

**Directeur de thèse :**

Monsieur le Docteur MESSAADI Nassir