Centre hospitalier universitaire vaudois

UNIL | Université de Lausanne

Anamnèse sexuelle des adolescent·e·x·s et jeunes adultes transgenres et non-binaires : étude qualitative de leurs besoins et attentes envers le corps médical

Travail de Master de Médecine n°9290
Claire Casavant

Tuteur·Tuteurice Dre AE Ambresin
Dr R Wahlen
Prof D Medico

Expert Dr A Merglen

Lausanne, mai 2022

Résumé

Les jeunes dans la diversité du genre (« gender diverse youth » GDY) représentent une proportion non-négligeable de la population, qui devient de plus en plus visible grâce notamment aux mouvements sociétaux, d'autant plus que les personnes concernées commencent à oser en parler, y compris à leurs medecins. Ceci fait que les médecins de premier de recours sont davantage confronté·e·x·s à ces patient·e·x·s et aux enjeux rencontrés. Cependant, la formation médicale manque d'enseignements spécifiques sur la prise en charge de cette population vulnérable en santé et les soignant·e·x·s peuvent ainsi se retrouver démuni·e·x·s.

La méconnaissance des besoins propres aux GDY est délétère à leur santé. Ceci se décline sur plusieurs plans : la pression de correspondre aux attentes du·de la·lx médecin (hétérocisnormativité, parcours trans universel, relations sexuelles exclusives pénétratives), prises de risques par absence de connaissance des médecins et manque de ressources disponibles (safe sex queer, jeunes LBGTQ+ ciblé·e·x·s sur internet, violences dans le couple) ainsi que l'isolement dans la souffrance (dysphorie, passing, dépression). Tout cela a pour conséquence une réticence à consulter, bien décrite dans la littérature actuelle. Dans ce travail nous souhaitons adresser une question spécifique : comment est-ce que le·la·x médecin devrait adapter son anamnèse sexuelle à la population transgenre et non-binaire pour offrir un accueil ouvert, non-jugeant et soutenant ?

L'analyse de 4 jeux de rôles de binômes de jeunes transgenres et non-binaires a permis d'obtenir un constat de la situation actuelle des GDY dans le système de soin et de proposer des compétences socio-culturelles nécessaires à un·e·x médecin pour une prise en charge inclusive.

Une vignette clinique d'anamnèse sexuelle avec unx jeune non-binaire, Jul, qui résume les résultats obtenus et recommandations de bonnes pratiques (OMS, WPATH) a aussi été rédigée.

Mots clés: anamnèse sexuelle; gender-affirmative; transgender; non-binary; gender diverse youth GDY

Anamnèse sexuelle des adolescent·e·x·s et jeunes adultes transgenres et non-binaires : étude qualitative de leurs besoins et attentes envers le corps médical **0**

1 PROBLÉMATIQUE *1*
Question de recherche 1

2 METHODOLOGIE *2*
2.1 Méthode de récolte des données (design de la recherche) 2
2.2 Recrutement 3
2.3 Échantillon 3
2.4 Déroulement de la récolte des données 3
2.5 Méthode d'analyse 4
2.6 Considérations éthiques 4

3 RESULTATS *5*
3.1 Constats d'une situation hétérocis-normée 5
3.1.1 Les présupposés hétérocisgenrés entravent à la relation de confiance 5
3.1.2 Méconnaissance et généralisations sur la prise en charge des patient·e·x·s transgenres et non-binaires et attitudes non adaptées des médecins 7
3.1.3 Accès aux soins réduit pour personnes dans la diversité du genre par manque de ressources et de connaissances 8
3.1.4 Les jeunes dans la diversité du genre sur internet 10
3.1.5 Relations amoureuses peuvent être violentes : à explorer absolument 10
3.1.6 Thèmes importants manqués en consultation : passing, dysphorie, souffrances psychiques et relationnelles 11
3.1.7 Attitudes des jeunes face à la situation de soin actuelle 13
3.2 Recommandations : avoir des compétences socio-culturelles minimales 14
3.2.1 Accueil : création d'un environnement accueillant et bienveillant 14
3.2.2 Accepter et valider le·la·x patient·e·x tel qu'il·elle·iel est 15
3.2.3 Avoir une compréhension de la diversité des parcours trans 15
3.2.4 Pratiquer la décision partagée 16
3.2.5 Utiliser un vocabulaire inclusif 17
3.2.6 Être une ressource pour les jeunes dans la diversité du genre 19
3.2.7 Déconstruire le fantasme du schéma relationnel classique 20
3.2.8 Ne pas oublier de faire un screening pour des violences 20
3.2.9 Ne pas oublier d'explorer la sécurité de ses patient·e·x·s, surtout sur internet 20
3.3 Vignette type : une interaction idéale en consultation 21

4 DISCUSSION *22*
4.1 Résumé des points principaux des analyses 22
4.2 Pour une nouvelle génération de médecins queer ? 22
4.3 Limites de l'étude 23
4.4 Perspective autoréflexive de l'auteure 23

5 CONCLUSION *24*

6 RÉFÉRENCES *25*

7 ANNEXES *27*

1 PROBLÉMATIQUE

L'adolescence est souvent une phase de défi par rapport au développement du corps, de ses caractéristiques sexuelles corporelles et du rapport à la sexualité. Ceci nécessite, pour le·la·x médecin, de conduire l'anamnèse sexuelle avec sensibilité et respect pour l'adolescent·e·x. Le modèle HEADSSS(1), utilisé pour la prise en charge des adolescent·e·x·s. aux consultations hospitalières spécialisées de la DISA au CHUV, permet d'introduire le sujet en explorant la sphère privée de l'adolescent·e·x, s'appuyant particulièrement sur les cycles menstruels, contraception, orientation sexuelle, envies, attentes et questions des jeunes (2).

Plus spécifiquement, les jeunes transgenres et non-binaires sont une population particulièrement vulnérable. Ceci n'est pas dû à leur identité de genre, qui n'est pas la même que celle qui leur a été assignée à leur naissance (assignée fille à la naissance/assigné garçon à la naissance), mais plutôt au stigma social qui peut en découler et qui peut impliquer beaucoup de stigmatisations, potentielles exclusions du cercle familial et/ou amical, risques augmentés de consommer des substances illicites (3), ainsi que des comportements sexuels à risque(4). Des comorbidités psychiatriques dont les TCA(5) et la dépression (6) sont également fréquemment rapportés dans les études récentes.

La proportion de jeunes qui s'identifient comme appartenant à la pluralité des genres (« gender diverse youth » GDY) semble aujourd'hui se situer entre 2,5-8,4%, comparé à l'identité transgenre qui se rapproche des 1,2-2,7% selon la revue systémique de Zhang 2020 (7). Il s'agit donc d'une proportion importante de la population, qui devient de plus en plus visible grâce aux mouvements sociétaux, qui ose en parler, y compris à ses médecins. Ceci fait que les médecins de premier de recours sont particulièrement confronté·e·x·s à ces patient·e·x·s et aux enjeux rencontrés. Cependant, les médecins ont rarement eu l'occasion de suivre une formation spécifique pour cette population et peuvent ainsi se retrouver démuni·e·x·s (8).

Ce décalage provoque chez ces jeunes un obstacle supplémentaire aux soins par peur que le corps médical ne comprenne pas leur réalité ou les violente par son comportement non-adéquat (9). Pourtant l'OMS et les recommandations médicales internationales de la WPATH soutiennent une approche de soin qui vise la compréhension, la reconnaissance et le soutien de l'expérience du genre vécu par les jeunes, quel que soit leur âge (10). Cette approche qualifiée de « gender affirmative » implique pour les professionnel·le·x·s de sortir du schéma hétéro-cis-centré (11), soit l'attente sociétale que toute personne soit forcément hétérosexuelle et cisgenre. Dans cette approche l'on reconnait la pluralité et la fluidité des identités de genre et des trajectoires (12–14). Sachant également que les jeunes transgenres et non binaire ont des rapports au corps, au genre et à la sexualité qui peuvent être particuliers, ces approches affirmatives devraient être adaptées à leurs réalités (10).

Question de recherche

Dès lors dans ce travail nous souhaitons adresser une question spécifique : comment est-ce que le·la·x médecin devrait adapter son anamnèse sexuelle à la population transgenre et non-binaire pour offrir un accueil ouvert, non-jugeant et soutenant ?

Effectivement le·la·x médecin est souvent démuni·e·x face à un·e·x patient·e·x dans la diversité du genre, à défaut de savoir comment faire, le·la·x professionnel·le·x peut se trouver mal à l'aise, faire des erreurs involontaires et ceci surtout lors de l'anamnèse sexuelle. Ce questionnement sensible peut influencer la prise en charge future, selon la manière dont la situation est vécue.
Ce travail a pour but de mieux comprendre ce que les jeunes transgenres et non binaires attendent des médecins de premier recours lors de l'anamnèse sexuelle et de proposer des balises ancrées dans les recommandations faites par les jeunes eux·elles·iels-mêmes.

2 METHODOLOGIE

Nous avons mené une étude qualitative et exploratoire ancrée dans des approches de recherche participatives afin de respecter les standards éthiques de la recherche auprès des personnes trans, CPATH (15). Ce travail a été fait en collaboration étroite avec Dre Erika Volmar, directrice de la fondation d'Agnodice pour s'assurer qu'il soit légitime et utile pour la population (principes 1 et 2 des principes de l'éthique de la recherche CPATH). Le respect de la confidentialité, consentement et inclusion a été assuré par la distribution des flyers en salle d'attente diverses (au sein de la DISA, au sein de CHECKPOINT VAUD, Le Refuge). De plus, avant de débuter l'activité, les jeunes ont signé une fiche d'information et de consentement (principes 3 et 4 CPATH). Ce travail a pour but d'être publié afin de permettre une meilleure visibilité et une transparence des résultats pour que la population LBGTQIA+ puisse en profiter (principe 5 CPATH). C Casavant a fait un travail d'introspection sur ses biais subjectifs en fin de travail (principe 6 CPATH).
La méthode employée est basée sur une technique d'investigation utilisant des ateliers de discussion inspirés de la technique du Sosie et de formation par l'action (16) (p. 255- 277), les jeux de rôle où les jeunes transgenres et non-binaires jouaient une anamnèse de santé sexuelle ont servi de base à la récolte des données.

2.1 Méthode de récolte des données (design de la recherche)

Huit d'adolescent·e·s·x et jeunes adultes transgenres et non-binaires de 18 à 22 ans, suivi·e·x·s au sein du service de santé d'adolescent·e·x·s à l'hôpital universitaire de Lausanne (DISA CHUV), ont participé à des ateliers de discussion. Nous avons donc mené des discussions / jeux de rôles où les patient·e·x·s prennent le rôle du·de la·x médecin et expliquent comment, selon eux, devrait être conduite l'anamnèse sexuelle des patient·e·s·x transgenres/non-binaires. C Casavant, l'étudiante en médecine avait le rôle de poser des questions pour que les jeunes rendent explicite leurs attentes. Cette démarche de recherche est conçue pour mettre les adolescent·e·x·s GDY en position d'expert. Les entretiens ont été faits en présentiel à la DISA (6) ou via zoom (2).
Il s'agit donc d'un jeu de rôle où l'un·e·x jeune jouait le·la·x médecin et l'autre le·la·x patient·e·x en présence de l'étudiante C. Casavant à chaque activité et celle de R. Wahlen à 2 entretiens. Le travail final sera présenté sous la forme d'une « vignette type » dans le cadre de l'outil éducatif I-Care de l'UNIL-CHUV destiné à la formation continue du réseau de professionnels de premier recours dans le domaine de la diversité du genre.

La rédaction de la « vignette type : anamnèse sexuelle d'unx jeune patientx non-binaire » reprend les thèmes issus des 8 entretiens ainsi que d'une publication issue d'un colloque spécialisé (12). La vignette a été envoyée aux 8 jeunes qui ont participé à l'étude, vu que tous·tes·x avaient consenti à être recontacté·e·x pour la rédaction de l'article final de l'étude, 2 jeunes ont donné des retours. La vignette a ensuite été revue par les tuteur·ice·s de ce travail de master.

2.2 Recrutement

Pour le recrutement des jeunes, nous avons exposé des flyers de l'étude dans les salles d'attentes des services hospitaliers de santé des adolescent·e·x·s du CHUV (DISA) et des HUG (USJ). Les flyers ont aussi été envoyés électroniquement au Refuge Genève, espace d'accueil pour jeunes LGBTQIA+ en difficulté, au Checkpoint Vaud, centre de santé sexuelle pour HSH et trans, et à la fondation Agnodice. Certain·e·x·s jeunes qui adhéraient aux critères de sélection ont été présélectionné·e·x·s par Dr Wahlen, qui leur a exposé le projet et les a mis en contact avec C Casavant. Tous·toutes·x ont été contacté·e·x par C Casavant qui a évalué leur capacité de discernement, leur a expliqué l'étude et a organisé les entretiens avec les binômes respectifs.

2.3 Échantillon

L'échantillon de recherche se compose de 8 jeunes de 18-22 ans dont 6 hommes trans, 2 non-binaires, d'âge moyen 19,37 ans (16-22ans). Les jeunes étaient de stades variés dans leur transition (sociale, administrative, médicale), mais tous·te·x·s avaient déjà entamé·e·x·s des démarches sociales.
Voir tableau en annexe.

2.4 Déroulement de la récolte des données

La récolte des données s'est déroulée comme suit : accueil du binôme par C Casavant au bureau de la DISA (3/4) ou par zoom (1/4) ; présentation de l'objectif de l'étude ; signature de formulaire de consentement ; complétion du questionnaire socio-démographique (âge, formation, transition) et explication du jeu de rôle. La bienveillance et la tolérance zéro pour de la discrimination lors de l'activité ont été soulignées.

Thèmes : il n'y avait pas de trame thématique, il s'agissait d'entretiens où les jeunes amenaient iels-même les sujets dont ils·elles·iels voulaient discuter. La consigne était d'aborder les sujets que le·la·x médecin doit, selon eux, aborder lors de l'anamnèse sexuelle.

Les jeunes étaient très motivé·e·x·s par l'activité et se sont appliqué·e·x·s au jeu de rôle. L'ambiance était détendue et ouverte, les personnes présentes étaient bienveillantes, respectueuses et chaque séance a dépassé le temps prévu (60 min). En moyenne les entretiens ont duré 82 min (1 :10, 1 :22, 1 :04, 1 : 54), sans compter l'introduction et la clôture de la séance. A la fin des entretiens, les jeunes recevaient un bon pour un café en récompense de leur participation.

Il est intéressant de noter qu'une heure a suffi pour créer un lien fort entre les participant·e·x·s de l'étude et qu'à tous les entretiens les jeunes échangeaient leur contact l'un·e·x avec l'autre. Il m'est arrivée de croiser certain·e·x·s des jeunes hors contexte dans la rue ou à des conférences et les retrouvailles étaient très chaleureuses.

2.5 Méthode d'analyse

Les 4 entretiens ont été enregistré sous forme audio sur le dictaphone et sur zoom, stockés sur un ordinateur portable sécurisé par mot de passe. Ces derniers ont été transcrits dans Word sur un ordinateur portable sécurisé par mot de passe. Les verbatims ont été relus et analysés par C Casavant de façon individuelle et réflective (17,18). En nous inspirant de l'analyse de contenu, les thèmes ont été extraits des entretiens et classés sur Excel avec leurs citations.

Les sujets abordés pendant les entretiens ont été regroupé en 4 thèmes principaux (Anamnèse sexuelle ; Lexique ; Compétences socio-culturelles du·de la·x médecin ; Thèmes amenés par jeunes) et en sous-thèmes sur un tableau Excel avec les citations. Ceci a permis d'établir les grands axes du travail : constat de la situation actuelle de la jeune personne dans la diversité du genre dans le système de soin et les guidelines/propositions des jeunes de comment faire mieux/quelles compétences socio-culturelles seraient nécessaires à un·e·x médecin pour prendre en charge cette population de façon optimale.

Une fois le travail de master terminé, toutes les données seront stockées pendant 10 ans de façon sécurisée au CHUV.

2.6 Considérations éthiques

Nous avons obtenu un certificat éthique par la commission cantonale d'Éthique de la recherche sur l'être humain Vaud (CER-VD) le 03.08.2021, ainsi que par la commission cantonale d'Éthique de la recherche Genève (CCER), vu l'étude multicentrique (HUG, CHUV).

3 RESULTATS

Les jeux de rôle en binôme ont permis de constater plusieurs réalités actuelles en consultation médicale avec des jeunes transgenres et non-binaires que nous avons pu classer en deux grandes catégories : les constats d'une situation de soin hétérocis-normé, qui peut être expliqué par le manque de connaissances des médecins, et les recommandations des jeunes qui en découlent.

3.1 Constats d'une situation hétérocis-normée

3.1.1 Les présupposés hétérocisgenrés entravent à la relation de confiance

Le besoin des jeunes d'être validé·e·x·s et accepté·e·x·s par leur médecin est crucial pour former une relation de confiance et ceci commence par accepter que l'expression de genre, comment la personne se présente, n'est pas la même que l'identité de genre.

> *Le médecin en fait il a pas à faire des remarques comme ça [reporter la faute sur la personne], de style les commentaires « ah oui mais t'as les cheveux longs aussi, ça aide pas », « ah ouais, mais tu t'habilles pas assez masculin, c'est difficile ». Ni même à questionner l'identité du patient . Jamais. Ça m'est déjà arrivé, un médecin m'a dit que ça n'existait pas et que c'était juste que j'avais un problème. Donc quel que soit les idées du médecin, il n'a pas à mettre ses avis ou ses pensées personnelles là-dedans . Même si un jeune lui dit « Bonjour, je suis de cette identité » c'est ok. C'est cette identité. On ne remet pas en cause.*

Les jeunes rapportent que dans leurs expériences de consultations médicales, la majorité des médecins commencent en supposant leur genre sans leur demander (présupposé cisgenré). Parfois, même que si le·la·x patient·e·x affirme son genre ouvertement, il arrive que le·la·x soignant·e·x ne connaisse pas la définition de son genre (p. ex genderfluid, non-binaire, transgenre) ce qui est rapporté comme entravant la relation thérapeutique de confiance et donc l'accompagnement optimal du·de la·lx jeune.

> *C'est [l'anamnèse sexuelle] souvent hyper stigmatisé et jugeant et hétéro-normatif et cis-normatif et juste ouais voilà. Et aussi que le·la médecin n'attende pas qu'on parle de notre petit ami juste parce qu'on a une vulve et qu'il y ait, fin, c'est juste hyper fatiguant*

L'hétérocisnormativité semble clairement nuire au rapport de confiance entre le patient et le médecin, par exemple avec les questions liées aux relations..

> *tous les médecins à qui j'en [mon orientation sexuelle] ai parlé, déjà j'ai pas parlé de mon genre parce que je savais que ça allait être … j'avais peur qu'on me prenne pour un fou*

je sais que certains médecins ont tendance à dire que, dans les relations homosexuelles, toujours le concept de la femme, enfin du pénétré et du dominant , du machin. Du coup ça aussi, ça peut être vite mal interprété, même si c'est involontaire, à nouveau, mais par le patient en général qui a sa propre vie sexuelle et n'a pas besoin d'être en plus dicté sur la façon de faire.

Les jeunes rapportent une gêne du médecin à aboder la sexualité et n'ont, selon eux·elles·iels, pas eu assez d'espaces pour en discuter sans être jugé·e·x. La réaction du·de la·x médecin influencera le·la·x jeune à dévoiler davantage sur sa personne ou non, entravant donc une relation thérapeutique et une prise en charge optimales avec conséquence sur leur santé.

Dès que je parlais déjà de ma sexualité, il y avait des questions qui étaient en relation avec « ah mais peut-être que c'est à cause de certains traumatismes lorsque vous étiez petit, que voilà » et du coup, si déjà certains professionnels parlent de ce genre de chose, comme si c'était évident qu'on devait être traumatisé pour être queer, enfin voilà ça m'a fermé et du coup pour mon genre, j'osais même pas imaginer

j'étais dans des relations ouvertes poly amoureuses, j'avais super peur d'avoir le sida et je savais pas comment faire et voilà tant pis juste parce que la personne avec qui j'en parle, elle est pas safe. Et juste que du coup le médecin arrête ses conneries et soit ouvert d'esprit [pour m'aider]

Les jeunes rapportent des expériences avec des professionnel·le·x·s qui donnent leurs avis personnels sur la vie sexuelle ou amoureuse de leurs patient·e·x·s. Il est intéressant de noter que les jeunes ne sont pas seulement heurté·e·x·s par les propos jugés transphobes qu'ils·elles·iels ont reçu par le·la·x médecin, mais aussi par l'équipe soignante et le cadre autour qui aurait tenté de défendre le·la·x professionnel·le·x.

Ça m'a choqué en fait, de me dire que des gens peuvent encore avoir des propos pareils [transphobes] et que dans les autres gens qui étaient à côtés, personne a réagi en fait . Il y avait une infirmière et la seule chose c'est qu'elle m'a suivi en me disant « mais vous pouvez comprendre, il est âgé etc. Il a une autre manière de voir les choses ». « Pardon, mais non en fait, je veux voir un autre médecin, je m'en fous si c'est pas un médecin du service, mais je refuse de retourner avec lui dans cette pièce. Je ne veux pas ». En fait c'est aussi le fait qu'on l'a défendu qui m'a choqué. C'était le groupe autour qui l'a défendu comme quoi c'était quelque chose de normal.

De plus les références explicites et directes à leur anatomie sont vécues comme une forme de microagression ou de curiosité malsaine.

Il y aura toujours un ou une conne qui dira « ah mais du coup t'as quoi entre les jambes? »

Les jeunes rapportent des prescriptions presque automatiques d'une contraception à un·e·x patient·e·x avec une vulve qui a des rapports, même si ces derniers disent ne pas en avoir besoin et demandent plutôt une protection contre les MST.

> *je suis allé qu'une fois chez une gynéco et c'était horrible. Elle mettait toute la pression sur moi, que je devais prendre la pilule, je ne lui ai même pas demandé de prendre la pilule, elle m'a fait une ordonnance sans que je lui demande. Elle a jugé mes rapports, il n'y avait aucune compréhension. Et juste je ne suis jamais retourné chez la gynéco*

Les jeunes décrivent un manque d'ouverture face aux relations queer ou moins « classiques », telles que aromantiques et asexuelles, qui ne seraient que trop peu abordées et jugées par les professionnel·le·x·s.

> *Le nombre de fois où j'ai un ami qui est aromantique et asexuel, donc il ne ressent pas le besoin d'avoir un copain, une copine, de relations sexuelles […] mais le nombre de fois qu'on lui a sorti que c'est un extraterrestre, qu'il n'est pas normal, qu'il aille se faire soigner.*

3.1.2 Méconnaissance et généralisations sur la prise en charge des patient·e·x·s transgenres et non-binaires et attitudes non adaptées des médecins

Les jeunes rapportent que les médecins ont une préconception selon laquelle toutes les personnes dans la diversité du genre aimeraient faire une transition médicale avec hormonothérapie et chirurgie transaffirmative. Ce qui n'est pas le cas selon notre échantillon (et la littérature) qui rapporte qu'il y a autant de parcours trans que de personnes dans la diversité du genre.

> *Je connais des hommes trans qui ne veulent absolument pas prendre de testo, ou qui ne veulent pas faire de mastectomie, fin torsoplastie et de quoi que ce soit et du coup qui préfèrent simplement dire « mon corps c'est mon corps et je suis un homme donc c'est un corps d'homme et je ne passe pas de femme à homme »*

Les jeunes ressentent une pression à expliquer et répéter leur identité genre dans tout contexte de consultation médical, ce qui ajoute une barrière à consulter, lorsque par exemple le·la·x jeune n'a pas la volonté d'expliquer ce jour-là ou n'est pas d'humeur de s'exposer à la réaction de la personne soignante.

> *Il y a d'autres personnes qui ne veulent pas ça [questions sur leur genre] et qui restent dans cette optique de « moi je veux juste être, je ne veux pas être exposé par rapport à ça et je veux simplement qu'on me respecte dans mon identité sans me poser 5000 questions gênantes et des trucs comme ça ».*

*j'ai dû aller dans un centre de radiologie random et je me suis dit « comment est-ce que je vais lui expliquer ça, à la radio, c'est pas ce qu'elle est censée voir » *rires* ça a été, elle n'a rien dit. Je lui ai juste mentionné, que j'étais transgenre et puis après, elle était là « ah ok, trop bien » et on en a parlé. Mais je me dis à partir du moment qu'elle pose son truc sur mon ventre et qu'elle regarde et si je lui avais rien dit, je sais pas ce qu'elle aurait dit*

Les jeunes déplorent le fait que ce soit aux patient·e·x·s de s'adapter au·à la·x médecin. Effectivement lorsqu'ils·elles·iels ne se sentent pas en sécurité avec le·la·x professionnel·le·x, les jeunes font en sorte de correspondre aux attentes des médecins, quitte parfois à mentir.

J'ai changé plusieurs fois de gynéco parce qu'ils sont très… y en avait un qui était très hostile, c'était horrible, mais du coup … quand je vais là-bas, vu que je sais pas, si c'est safe ou pas, je dois toujours faire semblant d'être une personne cis et c'est très malheureux à dire ça comme ça, mais je dois faire semblant. Et du coup je sais pas, franchement, c'est pas agréable du tout.

3.1.3 Accès aux soins réduit pour personnes dans la diversité du genre par manque de ressources et de connaissances

Les jeunes rapportent un manque d'information sur le safe sex queer et de la difficulté à trouver des réponses auprès de leurs médecins. Ils·elles·iels se demandent entre autres comment se protéger, quand se protéger, quels sont les risques de rapports vulves-vulves, où se faire dépister de façon bienveillante pour les personnes dans la diversité du genre et peu cher, où trouver les informations ?

on manque énormément d'informations pour le sex safe que ce soit généralisé, j'ai l'impression que c'est hyper stigmatisé, que c'est comme quelque chose de sale, voire inexistant, les relations lesbiennes, par exemple. C'est insupportable! moi, je veux juste pas tomber malade […]Que personne, alors que c'est des médecins, sache ce qui me protège, sache parler de digue dentaire, ni comment ça fonctionne alors que c'est des médecins. Juste c'est très énervant

Les jeunes expliquent qu'ils·elles·iels voudraient parler de leurs questionnements sur le genre avec leurs médecins, mais ne savent pas comment, mais surtout qu'ils·elles·iels n'ont pas l'impression que le·la·x médecin puisse répondre à leurs questionnements.

J'aimerais bien avoir des informations sur une forme de fluidité du corps […] «est-ce que je suis fluide ou est-ce que je suis non-binaire » et « comment est-ce que je le vis au quotidien ? » parce qu'il y a des jours où ça me rassure socialement […] d'avoir un corps qui peut être associé à une personne cis parce que j'ai pas la force de me battre, parce que j'ai pas envie, parce que ce jour-là ça va, ça me fait rien ou même je me sens bien avec. Et y a des jours où ça va pas du tout supportable, et je peux pas, ça me fait mal […] Et comment est-ce que je peux […] savoir un peu comment contrôler cette fluidité là sans que ça soit une violence ?

Souvent les jeunes avaient l'impression que le·la·x médecin n'utilisait que son expérience clinique, le récit de ses propres patients dans la diversité du genre pour comprendre la problématique, sans lecture ou renseignement externe à la consultation. Ce qui limite l'accompagnement que peut être proposé aux jeunes.

> *Et c'est pas à nous de les [médecins] éduquer, c'est à eux d'admettre leurs limites. Soit d'essayer, l'idéal serait que elles/eux-mêmes s'éduquent, mais s'iels ne le peuvent pas, qu'ils aient l'honnêté dire « ok, ça c'est mes limites aujourd'hui. Par contre cette personne-là peut »*

Plusieurs récits décrivent que lorsque leur médecin ne savait pas comment prendre en charge le·la·x patient·e·x, car ce n'était pas son domaine d'expertise, il·elle·iel ne réorientait pas le·la·x patient·e·x et il·elle·iel se retrouvait seul·e·x à chercher un·e·x autre professionnel·le·x de la santé.

> *Qu'en général ce qui se passe c'est qu'ils sont en mode « ben je peux pas t'aider» et du coup bah j'ai plus de médecin, ok maintenant faut que je trouve un autre et c'est toujours notre travail en fait.*

Il est également constaté un manque de réseau de soin pour les jeunes transgenres et non binaires. En tant que patient·e·x, ils·elles·iels se sont senti·e·x·s seul·e·x dans leur parcours de santé, il·elle·iel ont dû trouver des psychiatres, généralistes et spécialistes selon des recommandations de leurs pairs. Ce manque de ressource en professionnel·le·x·s qualifié·e·x·s comporte des risques pour cette population.

> *Y a tellement de gens qui sont seuls là-dedans [parcours trans], c'est … Moi je veux être psy pour personnes trans justement parce que […] y a rien pour ces personnes, y a personne qui est là. Et juste c'est pour ça, que ça me donne la force d'aller tous les jours en amphi alors que les profs sont tous transphobes *rires* mais ouais, j'espère que ça va changer.*

Un autre point rapporté est le manque de sensibilité et de compréhension qu'auraient les médecins à l'urgence du besoin de transition de certaines personnes dans la diversité du genre. Ce qui retombe sur son entourage qui n'a pas forcément les ressources à faire face à cette problématique.

> *Malheureusement c'est pas un travail que les médecins font [explorer l'urgence du besoin de transition] et ça retombe sur les amis, et pour avoir été l'ami vers qui des personnes sont venues comme ça, c'est très violent. Et moi j'ai souvent été démuni de pas savoir quoi faire, parce que j'ai pas les ressources nécessaires, je sais pas ce qu'il faut faire*

3.1.4 Les jeunes dans la diversité du genre sur internet

Les jeunes rapportent qu'internet et surtout les réseaux sociaux sont leurs sources principales d'information et pallie ainsi au manquement médical (et scolaire). Internet étant donc à la fois un lieu d'échange, de réconfort et de connaissances et en même temps source d'harcèlement possible et de fausses informations.

> *J'ai beaucoup découvert, voir 90% des choses que j'ai découvert sur la trans-identité c'était à travers youtube donc ça eu un impact, que j'ai pas eu à l'école donc enfin, le réseau social a eu cet impact, tandis que l'école non. Donc je pense que c'est important d'en discuter quand même, y a beaucoup de choses qu'on peut découvrir et après on peut aussi avoir de mauvaises expériences.*

> *Je trouve pas normal d'apprendre à genrer les gens correctement via instagram, d'apprendre à avoir du sex safe via instagram, je trouve ça pas normal*

Les jeunes attendraient de leur médecin et de l'école des informations fiables au sujet de leur transidentité, mais comme elles sont déficitaires, ils·elles·iels se tournent vers internet. Nous avons parlé surtout des applications de rencontre où les jeunes se questionnent sur comment annoncer à leur(s) partenaire(s) qu'ils·elles·iels sont transgenres ou non-binaires sans s'exposer trop ouvertement au fétichisme ou au cyber harcèlement.

> *Les jeunes transgenres, tout le monde subit à un certain moment une certaine forme de cyber harcèlement, si on est out sur les réseaux, si on met quoi que ce soit. Même sans être out d'ailleurs. Je sais que je connais des personnes qui se faisaient insultées qui disaient pas qu'ils étaient [trans].*

> *Alors en tant qu'homme trans sur les applis de rencontre c'est toujours un peu compliqué , on ne va pas se mentir. *rires* Euh, ben si on enlève les gens chelous qui envoient des messages un peu […] Je reçois des DM de gens qui m'envoient des dickpics ou bien, qui sont un peu trop, comment dire, euh investi dans cette idée de trouver quelque chose et qui posent beaucoup trop de questions et qu'à partir du moment qu'on ne répond pas au bout de 2 secondes, ils sont pas super contents et commencent à dire des trucs pas cool ou à insulter*

3.1.5 Relations amoureuses peuvent être violentes : à explorer absolument

Les jeunes ont rapporté plusieurs types de relations amoureuses y compris exclusives, ouvertes, aromantiques, asexuelles et à chaque fois, revenait le thème de la violence dans le couple qui pouvait exister dans toute forme de relation intime. Selon les jeunes, les médecins exploraient de façon trop brusque cette sphère ou ne le faisaient pas du tout. Ils·elles·iels auraient préféré que les médecins abordent la question via le sentiment de sécurité dans le couple plutôt que d'adresser directement la violence.

*J'ai fait récemment une expertise auprès d'un psychiatre et il m'a demandé cash dans l'expertise « Avez-vous déjà vécu des violences sexuelles ? » *yeux baissés sur feuille* Euh mais c'est flippant comme question *rires* « t'aurais peut-être d'autres manières d'aborder la chose ? » fin c'est un peu violent, surtout qu'après il t'explique le terme, il te dit « alors un viol, c'est ça ; une violence sexuelle c'est ça » et toi t'es en face et tu te sens souillé. *rire* C'est assez violent.*

3.1.6 Thèmes importants manqués en consultation : passing, dysphorie, souffrances psychiques et relationnelles

Un sujet très discuté pendant les divers entretiens a été l'influence du regard des autres sur soi et son importance sur la perception de soi. Le passing, donc le fait d'être perçu du genre dans lequel le·la·x jeune s'identifie par des inconnu·e·x·s, est rapporté comme une source d'angoisse.

Il y a le rapport à soi mais aussi le rapport de la société à notre corps et de manière générale, il y a pleins de corps qui ne sont pas conformes aux attentes ou aux clichés de la société, ça peut occasionner un malaise chez pleins de gens. J'entends par exemple les bains publics ou les saunas […] à tout moment si on a un handicap physique ou si on a simplement un corps qui ne correspond pas aux normes, ben ça peut être problématique. Pas nécessairement pour nous, parce que nous on s'est déjà peut-être accepté comme ça, mais pour les autres. Je veux dire, on va se recevoir des regards ou ce genre de chose. C'est clair qu'il y a le rapport à soi, mais il y a aussi le rapport des autres sur soi.

En fait c'est un peu oxymorique parce qu'en fait on prône pas mal le « je m'en fous du regard des autres » sauf que c'est totalement le regard des autres qui nous angoisse et moi ce que je me dis souvent, c'est que c'est pas lié à juste le regard des autres, c'est l'impact qu'aura ce regard sur nous. C'est que si quelqu'un me croise dans le rue, j'ai un mauvais passing, on me dit « madame », y a aucun impact dans ma vie, si je suis avec mes parents, qui savent, ça va, mais si je suis avec une bande de potes et on me dit ça, ça va avoir un impact et là ça va me déranger.

Auprès de mes amis et inconnus dans la rue, j'ai beau passer pour un homme cis genre pour la majorité du temps. Moi parfois, j'en fais encore des cauchemars, je me vois comme j'étais dans le passé. Donc le rapport à soi est clairement pas le même que le rapport des autres sur soi. On peut l'intégrer, se dire « oui ok, actuellement je suis comme ça » mais on a quand même des ressentis qui sont autres parfois. Ça fait bizarre.

Le risque du *tucking* et *binding*, des pratiques pour améliorer le passing dans le genre désiré, n'est pas fait de façon adéquate selon les jeunes. Ils·elles·iels rapportent l'importance que le·la·x médecin se montre conscient·e·x de la souffrance du jeune face à son corps, être à l'écoute et adapter ses recommandations médicales à leur réalité (et pas seulement aux guidelines) : l'inconfort du binder lors du sport empêche la pratique sportive, la dysphorie poussant les jeunes à porter les binders pendant plus d'heures que préconisé.

*« Qui le [binder] porte en sécurité ? » *rires**
« Non, personne, mais quand même bien prévenir niveau sécurité surtout en été et ce bordel »
*« Attention, tu ne le portes pas plus que 6-8h, on sait que tu le portes 24h, mais c'est pas grave. » *rires**

Les jeunes ont aussi évoqué les comorbidités associés à la dysphorie, dont les troubles du comportement alimentaire et la dépression.

La norme cis-hétéro a fait que j'ai des eating disorders, dont maintenant je me distancie, mais voilà j'ai ce truc où avec la dysphorie, le rapport au corps est compliqué et du coup ça fait que le rapport à la nourriture est compliqué

la dysphorie de genre c'est pas le trouble, ce qui va mal c'est pas le fait d'être trans, c'est le fait qu'il y ait des normes et qui du coup font qu'on est en dépression ou qui font que du coup on ait énormément d'anxiété sociale ou pleins de choses comme ça

Nous avons aussi discuté de la difficulté de s'adapter au changement des rôles de genre lors d'une transition. Par exemple, lorsque le jeune a été sociabilisé comme femme (assigné femme à la naissance) pendant une partie de sa vie et puis a fait son coming-out homme (identité de genre homme) et est donc exposé à la différence en société des 2 genres : la peur d'être agressé en rue (intégré lors de socialisation femme) versus la peur de faire peur en rue (vivre en tant qu'homme en société).

*Le fait de s'assoir tard le soir dans le métro et de te dire « mince, j'ai encore la peur de me faire agresser ou comme ça » et d'un coup réaliser que la fille qui est en face et qui est en train de s'éloigner de toi, elle pense que c'est toi l'agresseur. *rire* […] Oui dès qu'on est perçu en tant qu'homme, tout de suite dans les transports en commun, je laisse beaucoup plus d'espace aux dames. […] C'est un peu une peur d'être pris pour une menace maintenant.*

Les jeunes ont de grandes attentes face à la transition médicale (hormonothérapie et chirurgie transaffirmative) qui doivent absolument être explorées par le·la·x médecin pour préparer le·la·x patient·e·x aux risques associés afin que les résultats attendus soient réalistes. Il y a une impatience « que le corps et la tête s'alignent », « que les menstruations cessent ». Il faut oser parler des effets négatifs de l'hormonothérapie, de son effet sur la sexualité et aussi de la potentialité d'une détransition (même si très faible).

C'était pas très efficace quoi. […], ça m'a donné des vertiges, c'était une espèce de pilule, c'était encore pire que si on bouffait des œstrogènes[…] C'était juste pour stopper les règles, mais au final c'était un contraceptif qui servait à rien. C'est pas ça que je veux, je veux juste stopper mes règles.

3.1.7 Attitudes des jeunes face à la situation de soin actuelle

Les récits des jeunes décrivent en majorité qu'ils·elles·iels se disent se résigner à la non-compréhension du milieu médical à leur condition

> *j'avoue que je suis plus dans le truc « ok, c'est un hôpital. C'est la binarité médicale . On va m'appeler par mon deadname parce que sur les trucs d'assurance, ça doit être mon deadname » ou ce genre de chose.*

> *« ah, avec les médecins ça va jamais fonctionner entre nous »*

Chez les jeunes qui se définissent comme militant·e·x·s et s'engagent activement contre ce qu'ils·elles·iels qualifient de microagressions dans le contexte des soins, le constat de ces situations est jugé aberrant et désolant.

> *C'est pas censé arriver justement, t'es pas censé te sentir mal par rapport à ça, t'es pas censé subir ça. Parce que c'est de la violence, dite micro-violence et du coup, ça te met quand même mal à l'aise et t'as pas à subir ça*
> *Faire du militantisme dans un moment ultra intime et à poser qui t'es. C'est juste normal, la personne elle a tellement de pouvoir sur toi à ce moment-là, je sais pas comment dire, c'est ultra intime et la personne est en situation d'autorité et juste genre t'es déjà super fort d'y aller.*

3.2 Recommandations : avoir des compétences socio-culturelles minimales

Comment devrait se comporter le·la·x professionnel·le·x en santé pour assurer des soins « gender affirmative » ? Toute bonne relation thérapeutique nécessite la création d'un environnement accueillant et bienveillant, d'une rencontre de l'autre sans a priori et d'une humilité culturelle pour accueillir les particularités de prise en charge de la population LGBTQIA+.

3.2.1 Accueil : création d'un environnement accueillant et bienveillant

Mettre à l'aise le·la·x patient·e·x, établir un safe space, ceci peut être fait en amont de la consultation en exposant des fiches LGBTQIA+-friendly et/ou de l'art faite par des artistes queer dans la salle d'attente, avoir un site internet ouvertement LGBTQIA+-friendly. Au début de la consultation, le·la·x médecin peut donner ses pronoms (activement, avec un pin, affiche etc.) pour montrer qu'il·elle·iel est sensibilisé·e·x à la problématique. Après avoir donné ses propres pronoms, il est recommandé de demander les pronoms du·de la·lx patient·e·x (qui peuvent être fluides et changer d'une consultation à l'autre) et finalement demander le prénom employé par le·la·x jeune, gardant à l'esprit que le nom sur le dossier n'est pas forcément le nom d'usage du·de la·x patient·e·x (deadname).

> *Quand c'est écrit « safe space pour les personnes queer » genre pas forcément queer mais en général, que ce soit en disabled ou racisé, qu'ils marquent que «c'est un safe space, c'est une clinique en relation avec des personnes queer » […] Des petits trucs comme ça, des petits clins d'œil en mode « non c'est bon, tu peux m'en parler »*

> *Mais après si c'est une personne [médecin] qui n'est pas forcément queer, mais qui, déjà depuis le début donne ses pronoms, parce que le fait de dire, de les intégrer dans sa vie, même si la personne peut être cis et qu'elle n'a pas besoin au quotidien de dire ses pronoms et qu'elle le dise comme si c'était complétement normal, bah, ce genre de détail ça me rassure personnellement.*

> *Que le médecin me dise ses pronoms à lui pour savoir que la personne va pas me juger. Parce que du coup j'ose pas trop leur dire que c'est [mes pronoms] «il,lui » comme ça depuis le début parce que j'ai peur qu'il comprenne pas. [dire ses pronoms en premier] ça veut dire qu'il a déjà intégré ça chez iel et du coup y a pas de, je vais pas me sentir attaqué, si je lui dis mes pronoms et lui ou elle ou iel[…] ça me rend plus, je me sens plus à l'aise*

Le·la·x médecin peut valider les jeunes dans la diversité du genre, surtout en tant que pédiatre ou médecin de famille, les jeunes recommandent d'oser poser les questions sur le genre et d'utiliser un langage le moins genré possible dès le jeune âge.

> *Disons vous êtes médecin de famille et vous connaissez le jeune depuis tout petit et tout à coup, il vous dit en fait je me sens garçon, mais qu'il a toujours une queue de cheval, qu'il est toujours en jupe, vous pouvez par exemple lui demander « Est-ce que ça va ? Est-ce que t'as déjà fait ton coming out ? Est-ce que t'es en sécurité ? » Ce genre de questions.*

Quand j'étais petit, je savais pas comment mettre un nom sur mon genre. Je croyais que tout le monde se sentait comme moi en fait par rapport à son genre. Et oui du coup, que déjà les pédiatres […] qu'on genre pas forcément la personne… qu'on essaye d'être plus neutre possible peut-être avec les enfants? Que les pédiatres ne fassent pas d'assumption depuis le début « ah cet enfant est cis » […] utiliser des pronoms neutres. Qu'il y ait un peu ce dialogue avec la patiente qui peut être ne le sait pas, mais qui est non-binaire ou trans.

3.2.2 Accepter et valider le·la·x patient·e·x tel qu'il·elle·iel est

Souvent il a été reporté que les jeunes ressentaient une pression à être vu d'une certaine façon par leur médecin, d'expliquer (ou même cacher) leur genre ou leur orientation sexuelle au·à la·x médecin, qui avait ses idées propres sur le sujet, ce qui bloquait la création du lien thérapeutique. Certain·e·x·s attendaient de connaître les opinions de leur médecin (en 3 consultations environ) sur certains sujets avant de leur parler de leur sexualité ou de leur genre, par peur d'être jugé·e·x ou de devoir faire face à des opinions personnelles désagréables du·de la·lx professionnel·le·x. Valider la personne en face, telle qu'elle est, sans attentes permettrait d'accélérer ce processus de confiance, tout en la respectant et la soignant au mieux.

Ne pas avoir de présupposé sur la personne est le plus important. Parce que moi j'ai ressenti que ce soit les médecins ou n'importe qui, s'ils me voient avec une apparence féminine, ils vont se dire « ah ben, t'as un copain ? t'es attirée par les garçons ? ». Dans le contexte médical, il faudrait que le patient soit une feuille blanche, on connait pas la personne et c'est la personne qui nous apporte des choses, et on note les informations sur elle. Il faudrait vraiment partir d'aucun principe, n'importe son apparence, la façon dont la personne s'habille… une feuille blanche quoi.

Pour encourager cette confiance les jeunes recommandent de mettre l'accent sur l'émotionnel, sur le ressenti de la personne.

*Mettre l'accent sur l'émotionnel. Parce que je veux dire, le fait de se sentir à l'aise avec qqn ou en confiance, ça part quand même des émotions. Donc c'est vraiment avoir l'air ouvert, sympa et le concept du safe place, inclure le patient, jouer sur l'inclusion. Et un truc, après ça relève quand même du professionnalisme, c'est vraiment être centré sur la personne en face et ne pas trop parler de toi en fait. Parce que, ça pourrait logique, mais si un médecin se ramènent avec ses propres expériences ou quoi, le patient va être là « ok, elle est pour qui la consultation ? ». *rires**

3.2.3 Avoir une compréhension de la diversité des parcours trans

Un premier souhait de la part des jeunes serait que les médecins s'informent sur la problématique (pas seulement se baser sur les récits des patient·e·x·s), soit redirigent ces jeunes chez un·e·x collègue compétent·e·x dans le domaine.

ça [demander l'identité de genre] peut être intéressant pour le médecin en fait, donc parfois ça peut être agaçant pour le la personne, le patient. Donc à nouveau, il faut poser la question « est-ce que ça te tente d'en parler ? », « Est-ce que t'as l'énergie pour ? », « Est-ce que t'es fatigué d'en parler ? Si c'est le cas, ben dis-moi juste comment je peux faire pour éviter de te blesser durant l'entretien » et qu'après le médecin puisse aller s'informer lui-même là-dessus, sans forcément tout le temps compter sur le patient pour l'informer sur ça. Je sais que c'est un truc qui était assez difficile tout le temps, c'était d'expliquer encore et encore et du coup ça devenait fatiguant au bout d'un moment. Alors qu'une recherche sur internet, on retrouve assez facilement le concept.

Un deuxième souhait de la part des jeunes serait que les médecins soient conscient·e·x·s qu'il y ait autant de parcours trans, qu'il y a de personne dans la diversité du genre. Ainsi il est important de bien différencier la transition sociale, administrative et médicale. L'absence d'une ou d'autre ne remet pas en doute l'identité de genre la personne qui lui est propre. Et aussi que le·la·x médecin puisse prodiguer des conseils préventifs sur le tucking et binding (les redflags du portage trop soutenu, les conséquences sur le buste et la potentielle opération).

utiliser les termes « transition médicale », « transition sociale » parce que c'est les termes à utiliser vu que pas toutes les personnes trans font une transition médicale .

3.2.4 Pratiquer la décision partagée

Le·la·x patient·e·x est l'expert·e·x de son ressenti, ses valeurs, ses besoins. L'accueillir ouvertement va permettre d'amener un processus de décision partagée, chacun·e·x comme co-expert·e·x de son domaine grâce à une collaboration avec le·la·x médecin.
Renforcer l'autonomie et le respect des limites des patient·e·x adolescent·e·s·x en demandant la permission, en rappelant le cadre de confidentialité, en expliquant pourquoi l'on pose certaines questions/fait certains examens, en étant transparent dans les explications tout en rappelant aux jeunes qu'ils·elles·iels peuvent refuser de répondre permet une meilleure relation thérapeutique et aussi une meilleure affirmation de soi chez une population vulnérable sur multiples fronts (adolescence, identité de genre).

« si jamais une de mes questions vous met mal à l'aise, vous n'êtes pas obligé d'y répondre. Il n'y a pas de souci ».

Si t'es à l'aise d'en parler, bien sûr, si tu n'es pas à l'aise d'en parler, on en parle pas

je n'y ai jamais pensé [de rappeler la confidentialité avant l'anamnèse sexuelle] parce que pour moi, ça allait de soi . Si j'allais chez le médecin, c'était un cadre confidentiel et puis qu'il allait pas avoir de transmission de données. C'est pour ça qu'en général, je suis assez confiant envers tout type de médecin, parce que je pars du principe qu'ils prennent leur job au sérieux et s'ils ne le font pas, j'hésiterais pas à leur faire remarquer. Ils n'ont pas à divulguer des informations personnelles, ni rien. Ça fait partie du secret professionnel de toute façon.

Les jeunes témoignent à plusieurs reprises d'un manque de collaboration dans leur prise en charge où ils·elles·iels ne comprennent pas pourquoi certaines questions sont posées (pouvant être interprété comme curiosité mal placée), certains examens sont faits (de façon non-consentie) ou pourquoi le·la·x médecin ait autant insisté pour certains sujets (fertilité, contraception malgré relations vulve-vulve exclusives).

> *ils l'ont testée dans son dos pour savoir si elle était enceinte, alors qu'elle était en couple avec une femme et qu'elle la dit. Et en fait ils ont dit : « ouais mais on sait jamais, hein, les gens comme vous… On sait pas si vous trompez votre compagne ». Mais pardon ? Je veux dire c'est le genre de réflexion que je trouve stupide et d'une tristesse. Le côté non-confiance, le côté si tu fais un test sur quelqu'un, t'es sensé le prévenir parce qu'il y a le consentement.*

Il ressort à plusieurs reprises que les jeunes aimeraient être impliqué·e·x·s dans leur prise en charge et ceci serait un pilier important pour créer le lien de confiance avec les professionnel·le·x·s de santé.

> *Il n'y a pas de respect sans confiance et pas de confiance sans respect.*

> *S'ils [les médecins] ont un doute sur quelque chose, expliquer pourquoi ils ont ce doute. Que tel et tel symptôme leur fait penser à tel et tel chose et puis qu'ils aimeraient quand même faire un test pour éloigner cette possibilité.*

3.2.5 Utiliser un vocabulaire inclusif

Le vocabulaire utilisé en consultation permet d'instaurer un climat bienveillant pour le·la·x jeune dans la diversité du genre, en validant son vécu à travers son expression verbale. Ils·elles·iels ont donnés plusieurs conseils pratiques pour améliorer la relation de confiance.

> *C'est beaucoup sur les petits mots comme ça [mots inclusifs] que ça se joue et qui fait qu'il y a plus le lien de confiance et ça permet généralement au patient de se dire « ok, bon ben, voilà, je ne suis pas remis en cause dans mon identité même dans les sous-entendus », on pourrait dire*.

> *Et éviter d'utiliser les termes « ah mais c'est parce que vous êtes un homme » ou « parce que vous êtes une femme », parce qu'il y a aussi des personnes agenres qui utilisent certains pronoms et qui se sentent ni homme, ni femme et qui veulent éviter d'être comité à ça. Ça serait simplement adapter un peu plus son vocabulaire pour qu'il soit moins genré*.

Le premier conseil pratique est celui d'accorder les adjectifs au genre du·de la patient·e·x ou parler de façon agenrée : Comme dit plus haut, demander les pronoms du·de la patient·e·x, sans se baser sur son expression de genre permet d'éviter un mégenrage qui sera délétère à la relation thérapeutique, surtout ne pas associer les organes génitaux au genre.

C'est quoi tes pronoms ? Si tu as des pronoms, et sinon est-ce que tu préfères que j'évite de te genrer ? C'est aussi possible.

[il suffit de demander] le prénom, les pronoms et simplement demander « est-ce que ça vous va si j'utilise le terme homme pour vous, ou est-ce que vous préférez que j'utilise un autre terme ? ». Juste le demander et juste arrêter d'utiliser les termes binaires.

Je trouve le plus important, que tant qu'on n'associe pas les organes génitaux à un genre, je trouve que c'est pas très grave de me dire que j'ai des ovaires et un utérus, tant qu'on commence pas à me parler au féminin par la suite

Le deuxième conseil des jeunes est de demander quels termes sont utilisés par le·la·x patient·e·x et y adhérer. Comme nous l'avons vu, le rapport au corps et la terminologie du corps est très importante, ainsi lorsqu'il s'agit de nommer certaines parties du corps, les jeunes suggèrent d'utiliser les termes scientifiques et plutôt éviter les termes « féminins » ou « masculins », y compris pour les protections sexuelles (préservatif pénien ≠ préservatif masculin/féminin).

Par exemple au lieu de dire « c'est ta copine » parce que la personne a une vulve, dire « ah ben voilà la personne avec qui tu relationnes a une vulve », si on arrive pas à respecter ses pronoms, juste parler en tant que vulve, voilà on laisse tranquille le genre de la personne et tout ça, pour vraiment parler de safety et de sex.

Utiliser les termes plus scientifiques et essayer de si jamais les expliquer, donc c'est vraiment dire « personne avec une vulve », « personne avec pénis ».

En parler avec la personne, de demander avec quel terme il/elle est à l'aise. Parce qu'il y aura des personnes avec qui on va parler d'organes génitaux d'un point de vue strictement biologique, ça ne va pas les déranger, d'autres personnes ça va les déranger, d'autres personnes faut peut-être genrer 100% au masculin ou au féminin même si le cadre biologique est à l'opposé. Demander quels sont les termes à utiliser qui rendent à l'aise la personne.

Appeler un chat un chat, ça ne va blesser personne

Le troisième conseil est de parler ouvertement de la complexité d'un langage inclusif pour les médecins et de rester humble en proposant au·à la·lx jeune de corriger, s'il fait des fautes et accepter la correction, sans justification (p ex l'expression de genre « ambiguë »).

Alors je suis vraiment désolé, je ne m'y connais pas particulièrement dans la thématique transgenre ou transidentitaire, mais merci de m'avoir fait la remarque et je ferai attention sur le futur.

3.2.6 Être une ressource pour les jeunes dans la diversité du genre

Les jeunes dans la diversité de genre voient le·la·x médecin comme ressource face à leurs questionnements sur leur identité de genre, leur sexualité, leurs possibilités de transition sociale/médicale/administrative. Cependant, il ressort dans les entretiens que les médecins rencontré·e·x·s ne sont pas armé·e·x·s du savoir nécessaire pour correctement accompagner et répondre aux questions des jeunes.

> *Ce que j'aimerais encore plus faire c'est juste lui [au médecin] donner toute la liste d'information que j'ai, toutes les ressources que j'ai pour en faire une base de donnée*

Un premier souhait de la part des jeunes serait que les médecins de premier recours proposent des ressources et des noms de professionnels trans-friendly, afin d'éviter que les jeunes se retrouvent seul·e·x dans leur parcours de santé.

> *Que les médecins généralistes puissent, et les pédiatres, puissent quand l'enfant grandit dire « ah ok, t'as ces questions-là, ok ben, moi je m'y connais peut-être pas, c'est peut-être pas un truc avec lequel t'es à l'aise de l'aborder avec moi, mais du coup, tiens y a cette liste-là [professionels trans-friendly], tu peux aller regarder. C'est des gens qui sont safe qui vont t'écouter, je te fais un bon pour que tu y ailles une ou deux fois si tu veux juste voir et puis voilà » et sans plus si iel n'arrive pas. C'est pas très compliqué à faire*

> *C'est pas normal que mes potes me disent « ah bah, ouais je dois me dépatouiller dans tout le pays pour trouver une personne qui m'aide à faire ce dont j'ai besoin pour changer ceci sur ma carte d'identité ou faire cela » et c'est juste, ça m'énerve.*

Un deuxième souhait de la part des jeunes serait que les médecins aient des réponses au sujet du safe sex queer, un sujet dont nous avons particulièrement parlé pendant les entretiens où il y aurait un manque de ressources.

> *En fait j'ai l'impression de pas être assez informé sur la santé sexuelle des personnes transgenres . Parce que quand on prend des cours d'éducation sexuelle ou quand on regarde sur internet, les moyens de protection qu'on connaît sont formés pour les personnes cis-genres et puis, on sait, on connaît plus les maladies qui se transmettent dans des rapports hétérosexuels cis-genres, mais étant une personne transgenre, je me posais des questions, comme « comment devrais-je me protéger sexuellement si j'avais fait une phalloplastie ? Qu'est-ce qui rentrerait en jeu en tant que transmission des IST ? ».*

> *En fait, je ne connais pas les risques des rapports vulve à vulve, du coup je sais pas si c'est dangereux ou pas*

3.2.7 Déconstruire le fantasme du schéma relationnel classique

Un thème fort qui est revenu plusieurs fois est que les jeunes avaient l'impression que les médecins ne comprenaient pas les relations intimes qu'ils·elles·iels avaient. Les médecins auraient des préjugés sur la façon de vivre une sexualité (« toujours de la pénétration ») et posaient des questions dirigées sur ces attentes, voir même pathologisaient les conduites des jeunes. Il serait donc important de banaliser les autres styles de relations qui ne sont pas forcément monogames hétérosexuelles et écouter le·la·lx jeune sans poser de questions trop orientées, pour éviter d'heurter les jeunes.

> *j'ai un ami qui est aromantique et asexuel, donc il ne ressent pas le besoin d'avoir un copain, une copine, de relations sexuelles […] mais le nombre de fois qu'on lui a sorti que c'est un extraterrestre, qu'il n'est pas normal, qu'il aille se faire soigner […] Ça fait partie des choses à banaliser, comme les différentes sexualités, le fait d'être hétéro, homo, bi, pan, peu importe, je pense que ça fait partie des choses à banaliser, parce que c'est quelque chose dont on ne parle jamais, même encore maintenant, les sexualités […] je pense valider le fait qu'on peut avoir une attirance sexuelle ou pas en avoir dans le milieu médical c'est quelque chose d'important.*

3.2.8 Ne pas oublier de faire un screening pour des violences

Il serait aussi indispensable de faire un screening pour des violences, qui peuvent être psychologiques, physiques ou de nature négligente.

> *je pense que c'est quelque chose à demander [la violence] parce que déjà c'est quelque chose de très difficile à aborder avec un médecin. C'est quelque chose que des fois on a besoin d'en parler, mais on ne sait pas comment l'aborder auprès d'un médecin donc je pense que la question bien posée est très importante à avoir. Parce que le cas de violences conjugales, que ce soit physique, psychique ou sexuelle, c'est un sujet qui est très important de manière générale.*

> *t'appuies plutôt sur l'émotionnel ressenti, je pense que c'est plus sain et moins bloquant que de simplement demander « avez-vous déjà vécu des violences sexuelles, psychiques ou physiques » ?*

3.2.9 Ne pas oublier d'explorer la sécurité de ses patient·e·x·s, surtout sur internet

Un autre rôle clé du·de la médecin est de s'assurer de la sécurité des jeunes, en explorant les facteurs protecteurs chez les jeunes (famille, ami·e·x·s, école, formation, travail, loisirs, sports) et les comportements exploratoires versus à risques (alcool, drogues) de la population adolescente, comme décrit dans le HEADSSS(1). Sans oublier que les jeunes dans la diversité du genre sont plus à risque de consommer des drogues et de l'alcool que leurs pairs, qu'ils·elles·iels sont plus fréquemment la cible de violence sur internet et surtout sur les applications de rencontre (fétichisme, harcèlement) et à leurs yeux, c'est au·à la·x médecin de les accompagner dans cela.

C'est justement la question de la sécurité, que la personne soit majeure ou mineure, c'est pas au médecin de dire que ça c'est légal/illégal mais la question de la sécurité. Et tout ce qui a été dit sur se prévenir sur les applications, ça compte aussi sur internet en général, donc sur les réseaux sociaux, surtout, mais pas forcément que sur les applis de rencontre.

Avec les générations qui viennent là, y a de plus en plus de réseaux sociaux, enfin ça prend une place monstrueuse dans la société et clairement : petite prévention. Non mais peut-être demander déjà quel rapport on a avec les réseaux sociaux, et si on a le sentiment que c'est quelque chose qui nous influence ou pas de manière générale

3.3 Vignette type : une interaction idéale en consultation

Pour illustrer au mieux les constations de ce travail, nous avons rédigé une vignette type. Il s'agit d'une compilation des 8 entretiens menés avec les jeunes avec un document de colloque des HUG sur l'anamnèse sexuelle des jeunes transgenres(12).

Nous avons créé un personnage fictif, Jul, jeune non-binaire de pronoms « il, iel » assigné fille à la naissance qui consulte pour un chek-up. Inspiré par les entretiens menés avec les jeunes, nous nous concentrons sur l'anamnèse sexuelle (S du HEAADSS).

La vignette a été améliorée par les corrections des jeunes ayant participé à l'étude et par l'équipe de recherche. A consulter en annexe.

4 DISCUSSION

4.1 Résumé des points principaux des analyses

Fidèle à la littérature actuelle, notre cohorte rapporte le constat suivant : la méconnaissance des besoins en santé des jeunes dans la diversité du genre des médecins est délétère à leur santé (19). Ceci se décline sur plusieurs plans : la pression de correspondre aux attentes du·de la·lx médecin (hétérocisnormativité, parcours trans universel, relations sexuelles exclusives pénétratives), prises de risques par absence de connaissance des médecins et manque de ressources disponibles (safe sex queer, jeunes LBGTQ+ ciblé·e·x·s sur internet, violences dans le couple), isolement dans la souffrance (dysphorie, passing, dépression). Tout cela a pour conséquence une réticence à consulter, bien décrite dans la littérature (19,13).

Comme expliqué par un jeune, n'oublions pas que le fait de finalement consulter un·e·x professionnel·le·x de santé est potentiellement « un refuge » et si l'interaction se passe mal, c'est « double peine ». Il y aurait le fait que ce n'est pas possible pour le·la·lx jeune dans la diversité du genre de parler de toutes ses questionnements et qu'en même temps il·elle·iel perde encore plus confiance dans le système de santé. Ceci influencerait leur rapport à tout le cadre médical en général, qui s'exprimerait surtout en « angoisse de la salle d'attente » généralisée dans toute notre cohorte.

Cependant en adaptant sa prise en charge, la rendant plus inclusive et plus ouverte, il est possible de faire une grande différence dans le parcours de santé de ces jeunes. Comme décrit plus haut, cela peut se faire en amont de la consultation (site internet/cabinet ouvertement pro-LBGTQIA+, art queer en salle d'attente, …) et pendant la consultation (donner ses pronoms, utiliser du langage inclusif, …). Être conscient·e·x de ses propres préjugés, dont l'adhérence à l'hétérociscentrisme, et limites permet de les déconstruire, se former ou alors de réorienter vers un·e·x collègue plus à l'aise avec ces problématiques.

Sans oublier, que même si les jeunes dans la diversité du genre ont leur spécificités et facteurs de risques propres, le HEADSSS reste un outil adapté et les jeunes insistent sur le volet « safety » qui doit être exploré systématiquement.

4.2 Pour une nouvelle génération de médecins queer ?

L'aspect fondamental de ce travail est la volonté des jeunes à faire changer la situation actuelle où l'accès aux soins est entravée. Leurs recommandations concrètes basées sur leurs expériences propres permettent de donner des pistes pour accueillir de façon meilleure toutes personnes en consultation, peu importe leur identité de genre ou leur orientation sexuelle.

Vu l'importance croissante de cette population et les lacunes du savoir médical, il y a une volonté de la part de plusieurs organisations de santé internationales d'intégrer la santé LGBTIQIA+ au cursus médical. Ceci a comme objectif de combler les inéquités de santé largement décrites dans la littérature(20) en sensibilisant la nouvelle génération de médecins et en leur donnant les outils (plus ou moins suffisants) pour une prise en charge inclusive et bienveillante.

L'unx des jeunes a parlé de la « fausse neutralité » des médecins, de par leur absence de tatouages, piercings, couleurs de cheveux fluos pour rassurer la « norme », on renforcerait et rassurerait la norme sociétale, soit cis hétéro blanche au péril de ceux·celles·x qui ne correspondraient pas. Plus concrètement, il y aurait un manque de représentation de médecins

queer perçue par les jeunes. Ceci a aussi été exposé par unx autre jeune, qui aurait été plus à l'aise avec unx médecin queer, mais ne s'est jamais retrouvé devant une personne qui l'était ouvertement. Serait-ce parce que c'est caché, c'est trop personnel? Ou serait-ce plutôt qu'il y a un problème d'accès à ce métier pour les minorités sexuelles? Comme décrit dans les travaux récents, les jeunes LGBTQIA+ ont moins tendance à avoir l'aspiration d'aller à l'université (21) et ceux·celles·cx qui ont la formation médicale post-graduée sont plus à risque de burnout, discriminations et agressions sexuelles (22). Il y a donc bel et bien un manque de personnel médical queer, en tout cas de visibilité. Une solution proposée par l'université de Toronto serait un programme de mentorat pour les jeunes LGBTQIA+ par étudiant·e·x·s en médecine (23). Ceci permettrait de donner des « role models » aux jeunes dans la diversité du genre, qui serait un facteur protecteur dans leur santé (24), diminuant leur stress psychologique comparé à ceux·celles·x qui n'en ont pas. Tout en exposant les étudiant·e·x·s en médecine aux particularités de cette population, en enrichissant leur formation prégraduée et en gardant l'autonomie des jeunes dans la diversité du genre, les validant et promouvant leur volonté d'être acteur·e·x·s de leur santé. Fondamentalement ce qui est espéré avec les projets de sensibilisation à la santé des personnes LGBTQIA+ est de former des médecins plus empathiques, plus inclusif·ve·x·s, plus adapté·e·x·s aux besoins et attentes de leur patient·e·x·s, sans faire de mal.

> *Juste [que les medecins] correspondent à la société, parce que c'est pas à nous de correspondre aux médecins, pour que le médecin puisse se dire « ah oui, ok, c'est ça tes problèmes », c'est à eux de faire l'effort d'être empathiques, faire l'effort de se mettre à notre place.*

4.3 Limites de l'étude

La petite taille de l'échantillon (8), sans femmes trans, ce qui fait que concrètement notre cohorte soit formée exclusivement de personnes assignées femmes à la naissance, est une limite de notre étude. Toutefois ceci semble être une limite récurrente dans les études actuelles selon ma tuteurice Prof Medico. Ceci peut être lié à de multiples facteurs, mais aussi à l'évolution des parcours trans, qui sont aujourd'hui plus souvent rapportés par des personnes assignées filles à la naissance. Il serait intéressant de connaître aussi la réalité de femmes trans et d'autres identités de genre et de la confronter aux sujets évoqués par les jeunes qui ont participé dans l'étude.

4.4 Perspective autoréflexive de l'auteure

Vu la composante subjective de l'analyse qualitative des données, je vais présenter un aperçu de mes propres sensibilités face à la question à l'étude : je suis une femme cis blanche hétérosexuelle, qui a grandi dans plusieurs villes européennes dans une famille de classe économique favorisée suisse-canadienne. Consciente de mes privilèges et les trouvant fondamentalement injustes, je m'engage depuis le début de mes études dans diverses organisations pour les populations vulnérables (METIS, le Point d'Eau Lausanne) tout en m'intéressant au genre et à la communauté queer depuis mon adolescence, ravie des cours de Médecin et Genre (Carole Clair et Joëlle Schwarz). Mais c'est seulement lors d'un stage à la consultation pédopsychiatrique de Zurich (KJPP) où je travaille avec Dre D Pauli que je rencontre des familles d'enfants et adolescent·e·x·s transgenres et non-binaires. Immédiatement, ce fût le

coup de foudre, mes deux intérêts réunis et je pouvais y faire quelque chose pour aider la cause : mon travail de master.
J'ai été très touchée par l'intérêt des jeunes à participer à cette étude. Tous·tes·x étaient très motivé·e·x·s à transmettre leurs idées, leurs conseils, leurs attentes et leurs déceptions face au monde médical. Il y a une claire volonté de leur part de faire changer les choses, de les améliorer, dans le but que les prochain·e·x·s soient mieux pris·e·x en charge.
Ce qui m'a particulièrement frappée, c'est la volonté de voir le positif chez ces jeunes, lorsqu'on discutait de ce qui n'allait pas dans leur vie, p ex à l'école où aucune structure LGBTQIA+ avait été mise en place avant leur venue, ils·elles·iels se réjouissaient qu'actuellement les jeunes comme eux avaient ces structures. Ce que j'essaie d'expliquer est que ces jeunes ont les ressources pour améliorer leur propre prise en charge et celle de leurs adelphes. Il suffit de leur donner un espace de parole et de les écouter. Je suis très contente d'avoir pu mettre à disposition un tel espace pour ce travail et suis très reconnaissante des rencontres faites et des liens (forts) créés avec ces jeunes.

5 CONCLUSION

Ce travail a été fait avec la volonté d'aider les médecins qui veulent accompagner tous·tes·x adolescent·e·x·s et jeunes adultes, c'est à dire tous·tes·x les médecins, et qui peuvent rencontrer des difficultés autour des enjeux sur le genre et en particulier concernant l'anamnèse sexuelle.
Il s'agit effectivement d'enjeux souvent méconnus par les médecins, qui ne les ont pas appris au cours de leur formation et donc découvrent les spécificités de la prise en charge de cette population « sur le tas ». Ceci pouvant d'une part être déstabilisant et anxiogène pour les médecins, ainsi que heurtant pour les patient·e·x·s. Ce malaise conduit à une mauvaise communication, encombrant donc au lien thérapeutique et empêchant une prise en charge optimale. L'ambition de ce travail est d'amener des clés de compréhension et d'outils pour la pratique de tous les jours pour tous·tes·x les médecins : écouter ouvertement son·sa·x patient·e·x, utiliser les mêmes termes que lui·elle·iel, ne pas s'attendre qu'il·elle·iel soit hétérosexuel·le·x et cis genre, ne pas assumer la binarité (dans les identités, rapports sexuels, orientations etc.), ne pas oublier les risques propres à cette population (drogues, MST, prostitution, dépression) et surtout promouvoir une sexualité positive et affirmative.
J'espère avoir réussi à stimuler la réflexion, tout en donnant des pistes concrètes de comment conduire une anamnèse sexuelle chez cette population (cf. vignette), il s'agit d'un domaine encore trop peu étudié avec les jeunes concerné·e·x·s et je me réjouis de découvrir de nouvelles études dans le futur : comment détecter et prendre en charge les comorbidités de la dysphorie de genre ? Comment sensibiliser les médecins installé·e·x·s ? Comment permettre plus de représentation de cette population dans le domaine médical ?

6 RÉFÉRENCES

1. Goldenring JM, Rosen DS. Getting into adolescent heads: An essential update. Contemporary Pediatrics. 2004;19.

2. Launay DM, Demierre M. Santé sexuelle des adolescentes : comment l'aborder en consultation ? REVUE MÉDICALE SUISSE. 2016;4.

3. Goodwin SR, Moskal D, Marks RM, Clark AE, Squeglia LM, Roche DJO. A Scoping Review of Gender, Sex and Sexuality Differences in Polysubstance Use in Adolescents and Adults. Alcohol and Alcoholism. 2022;agac006. DOI: 10.1093/alcalc/agac006

4. Quinn GP, Tishelman AC, Chen D, Nahata L. Reproductive health risks and clinician practices with gender diverse adolescents and young adults. Andrology. 2021;9(6):1689-97. DOI: 10.1111/andr.13026

5. Parmar DD, Alabaster A, Vance S, Ritterman Weintraub ML, Lau JS. Disordered Eating, Body Image Dissatisfaction, and Associated Healthcare Utilization Patterns for Sexual Minority Youth. Journal of Adolescent Health. 2021;69(3):470-6. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2021.02.002

6. Marzetti H, McDaid L, O'Connor R. "Am I really alive?": Understanding the role of homophobia, biphobia and transphobia in young LGBT+ people's suicidal distress. Social Science & Medicine. 2022;298:114860. DOI: 10.1016/j.socscimed.2022.114860

7. Zhang Q, Goodman M, Adams N, Corneil T, Hashemi L, Motmans J, et al. Epidemiological considerations in transgender health: A systematic review with focus on higher quality data. :13.

8. Raygani S, Mangosing D, Clark KD, Luong S, Flentje A, Sarah G. Integrating LGBTQ+ health into medical education. The Clinical Teacher. 2022;19(2):166-71. DOI: 10.1111/tct.13463

9. Medico D, Zufferey A. Un futur pour les enfants et les jeunes transgenres: Que savons-nous sur les besoins et les solutions ? Revue Médicale Suisse. 2018;14(621):1765-9. DOI: 10.53738/REVMED.2018.14.621.1765

10. Sansfaçon AP, Medico D. JEUNES TRANS ET NON BINAIRES de l'accompagnement à l'affirmation. Editions du Remue-Ménage. 2021.

11. Marzetti H. Proudly proactive: celebrating and supporting LGBT+ students in Scotland. Teaching in Higher Education. 2018;23(6):701-17. DOI: 10.1080/13562517.2017.1414788

12. Wahlen R, Brockmann C, Soroken C, Bertholet L, Yaron M, Zufferey A, et al. Adolescents transgenres et non -binaires : approche et prise en charge par les médecins de premier recours. Revue Médicale Suisse. 2020;16(691):789-93. DOI: 10.53738/REVMED.2020.16.691.0789

13. Rafferty J. Ensuring Comprehensive Care and Support for Transgender and Gender- Diverse Children and Adolescents. 2018;142(4):16.

14. Olson KR, Durwood L, DeMeules M, McLaughlin KA. Mental Health of Transgender Children Who Are Supported in Their Identities. Pediatrics. 2016;137(3):e20153223. DOI: 10.1542/peds.2015-3223

15. Bauer G, Devor A, Heinz M, Marshall Z, Pullen Sansfaçon A, Pyne J. Code d'éthique de la CPATH en matière de recherche concernant les personnes trans et les communautés. 2019;10.

16. Clot Y. Clinique du travail et action sur soi. Dans: Baudouin J-M, Friedrich J. Théories de l'action et éducation. De Boeck Supérieur; 2001. DOI: 10.3917/dbu.baudo.2001.01.0255

17. Braun V, Clarke V. Reflecting on reflexive thematic analysis. Qualitative Research in Sport, Exercise and Health. 2019;11(4):589-97. DOI: 10.1080/2159676X.2019.1628806

18. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology. 2006;3(2):77-101. DOI: 10.1191/1478088706qp063oa

19. Lovejoy C, Fitzgerald L, Mutch A. Understanding access to healthcare for gender diverse young people: a critical review of the literature. Culture, Health & Sexuality. 2022;1-15. DOI: 10.1080/13691058.2021.2017486

20. van Heesewijk J, Kent A, van de Grift TC, Harleman A, Muntinga M. Transgender health content in medical education: a theory-guided systematic review of current training practices and implementation barriers & facilitators. Adv in Health Sci Educ. 2022; DOI: 10.1007/s10459-022-10112-y

21. Feldman S, Watson RJ, Gallik C. College aspirations, gender sexuality alliances, and teacher support among diverse LGBTQ youth. Educational Review. 2022;74(2):281-97. DOI: 10.1080/00131911.2020.1816907

22. Smith R, Johnson A, Targan A, Piggott C, Kvach E. Taking Our Own Temperature: Using a Residency Climate Survey to Support Minority Voices. Fam Med. 2022;54(2):129-33. DOI: 10.22454/FamMed.2022.344019

23. Blatman ZM, Tang V, Patel M. Advancing mentorship opportunities of LGBTQ+ youth through a novel cascading mentorship and advocacy training model for medical students. Can Med Educ J. 2022;13(1):105-6. DOI: 10.36834/cmej.71323

24. Bird JDP, Kuhns L, Garofalo R. The Impact of Role Models on Health Outcomes for Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Youth. J Adolesc Health. 2012;50(4):353-7. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2011.08.006

25. Service de traduction du gouvernement du ministère des Services gouvernementaux, Services aux consommateurs. [En ligne]. février 2018. OPS Bilingual Glossary on Gender Identity [cité le 18 avril 2022]. Disponible: https://www.sdc.gov.on.ca/sites/mgcs-onterm/Documents/GenderIdentity/GIgloss.pdf

7 ANNEXES

Lexique issu glossaire bilingue de la FPO sur l'identité de genre (2018)(25)

- Transgenre : Se dit d'une personne dont l'identité de genre diffère de celle associée au sexe qui lui a été assigné à la naissance.
- Non-binaire : Se dit d'une personne dont l'identité de genre se situe en dehors du modèle de genre binaire homme ou femme.
- Cisgenre : Personne dont l'identité de genre correspond à celle qui est habituellement associée au sexe assigné à la naissance.
- Diversité du genre : Représentation équitable et inclusive des genres, y compris les genres non binaires.
- Mégenrer : Utiliser les mauvais genres, pronoms, appels ou accords en parlant d'une personne.
- Dysphorie de genre : État caractérisé par les sentiments persistants d'inconfort ou de détresse que ressent une personne par rapport au sexe qui lui a été assigné à la naissance ou aux rôles correspondants attendus.
- Coming out = dévoilement de son identité de genre = sortie du placard : le fait de divulguer son orientation sexuelle ou son identité de genre
- Expression de genre : Manière dont une personne exprime son identité de genre en public.
- Identité de genre : Sentiment intérieur et profond d'être homme, femme, les deux, ni l'un ni l'autre ou d'avoir une autre identité dans le spectre du genre.
- Deadname (morinom) : Prénom qu'une personne trans a été assigné à la naissance et qu'elle a changé depuiss. Il s'agit d'un terme utilisé par la communauté trans, non-utilisé par les médecins.
- Cisnormativité : Système de croyances selon lequel tout le monde est cisgenre et qu'il s'agit là de la norme.

Équations de recherche 1 et 2 combinées (PubMed) : 869 résultats le 13 avril 2022

(("Gender Dysphoria"[Mesh] OR "Transgender Persons"[Mesh] OR "Gender Identity"[Mesh] OR Transgender*[tiab] OR Non-binary[tiab] OR "gender diverse"[tiab] OR Non-cisgender*[tiab] OR non-identifying[tiab] OR queer[tiab] OR LGBT*[tiab] OR "gender minorit*"[tiab]) AND ("Adolescent"[Mesh] OR "Adolescent, Hospitalized"[Mesh] OR Youth[tiab] OR Adolescen*[tiab] OR Teenager*[tiab] OR Teen[tiab] OR Teens[tiab] OR "Young adults"[tiab]) AND ("Professional-Patient Relations"[Mesh] OR "Communication"[Mesh:noexp] OR "Comprehensive Health Care"[Mesh] OR "Medical History Taking"[Mesh] OR "Sex Education"[Mesh] OR "Sexual Health"[Mesh] OR "Sexuality"[Mesh:NoExp] OR "sexual history"[tiab] OR "history taking"[tiab] OR "medical interview"[tiab] OR "professional patient relation*"[tiab] OR "sex education"[tiab] OR "sex ed"[tiab] OR "sexual health"[tiab] OR Sexuality[tiab]) AND (2015[dp] : 3000[dp])) OR (("Gender Dysphoria"[Mesh] OR "Transgender Persons"[Mesh] OR "Gender Identity"[Mesh] OR Transgender*[tiab] OR Non-binary[tiab] OR "gender diverse"[tiab] OR Non-cisgender*[tiab] OR non-identifying[tiab] OR queer[tiab] OR LGBT*[tiab] OR "gender minorit*"[tiab]) AND ("Education, Medical"[Majr] OR (("healthcare professionals"[ti] OR medical[ti] OR physician*[ti]) AND (education[ti] OR training[ti] OR curriculum[ti]))) AND (2018[dp] : 3000[dp]))

Tableau épidémiologique des jeunes

Âge	identité genre	Sexe assigné à naissance	Éducation	Stade parcours affirmatif	Modalité entretien
22	homme transgenre	femme	Université/HES	démarches médicales : consultation(s) avec médecin chirurgie mammaire autre : transition sociale	Présentiel DISA
21	homme homme transgenre	femme	Apprentissage	démarches sociales (coming out) démarches administratives légales démarches médicales : - consultation(s) avec médecin - hormonothérapie testostérone - chirurgie mammaire prévue dans 3 mois	Présentiel DISA
19	homme	femme	Apprentissage	démarches sociales (coming out) démarches administratives légales démarches médicales : - consultation(s) avec médecin - hormonothérapie testostérone - chirurgie mammaire	Présentiel DISA
16	homme	femme	Gymnase	démarches médicales : - consultation(s) avec médecin - hormonothérapie bloqueurs de puberté - hormonothérapie testostérone	Présentiel DISA
19	homme	femme	Université/HES	démarches médicales : - chirurgie génitale	Présentiel DISA
18	homme homme transgenre	femme	Réinsertion professionnelle	démarches administratives légales démarches médicales : - hormonothérapie bloqueurs de puberté - hormonothérapie testostérone	Présentiel DISA
20	autre : genderfluid/non-binaire	femme	Université/HES	démarches sociales (coming out)	Zoom
20	personne non-binaire	femme	Université/HES	démarches sociales (coming out)	Zoom

Constats	*Citations*
Les présupposés hétérocisgenrés entravent à la relation de confiance	*je sais que certains médecins ont tendance à dire que dans les relations homosexuelles, toujours le concept de la femme, enfin du pénétré et du dominant, du machin. Du coup ça aussi, ça peut être vite mal interprété, même si c'est involontaire, à nouveau, mais par le patient en général qui a sa propre vie sexuelle et n'a pas besoin d'être en plus dicté sur la façon de faire.*
Méconnaissance et généralisations sur la prise en charge des patient·e·x·s transgenres et non-binaires	*Je connais des hommes trans qui ne veulent absolument pas prendre de testo, ou qui ne veulent pas faire de mastectomie, fin torsoplastie et de quoi que ce soit et du coup qui préfèrent simplement dire « mon corps c'est mon corps et je suis un homme donc c'est un corps d'homme et je ne passe pas de femme à homme »*
Accès aux soins réduit pour personnes dans la diversité du genre par manque de ressources	*on manque énormément d'informations pour le sex safe que ce soit généralisé, j'ai l'impression que c'est hyper stigmatisé, que c'est comme quelque chose de sale, voire inexistant, les relations lesbiennes, par exemple. C'est insupportable ! moi, je veux juste pas tomber malade […]. Que personne, alors que c'est de médecins, sache ce qui me protège, personne, sache parler de digue dentaire, ni comment ça fonctionne alors que c'est des médecins. Juste c'est très énervant*
Les jeunes dans la diversité du genre sur internet	*J'ai beaucoup découvert, voir 90% des choses que j'ai découvert sur la transidentité c'était à travers YouTube donc ça eu un impact, que j'ai pas eu à l'école donc enfin, le réseau social a eu cet impact, tandis que l'école non. Donc je pense que c'est important d'en discuter quand même, y a beaucoup de choses qu'on peut découvrir et après on peut aussi avoir de mauvaises expériences.*
Les relations amoureuses peuvent être violentes	*J'ai fait récemment une expertise auprès d'un psychiatre et il m'a demandé cash dans l'expertise « Avez-vous déjà vécu des violences sexuelles ? » *yeux baissés sur feuille* Euh mais c'est flippant comme question *rires** *« t'aurais peut-être d'autres manières d'aborder la chose ? » fin c'est un peu violent, surtout qu'après il t'explique le terme, il te dit « alors un viol, c'est ça ; une violence sexuelle c'est ça » et toi t'es en face et tu te sens souillé. *rire* C'est assez violent.*
Thèmes manqués importants en consultation : passing, dysphorie, souffrances psychologiques et physiques	*En fait c'est un peu oxymorique parce qu'en fait on prône pas mal le « je m'en fous du regard des autres » sauf que c'est totalement le regard des autres qui nous angoisse et moi ce que je me dis souvent, c'est que c'est pas lié à juste le regard des autres, c'est l'impact qu'aura ce regard sur nous. C'est que si quelqu'un me croise dans la rue, j'ai un mauvais passing, on me dit « madame », y a aucun impact dans ma vie si je suis avec mes parents, qui savent, mais si je suis avec une bande de potes et on me dit ça, ça va avoir un impact et là ça va me déranger.*
	la dysphorie de genre c'est pas le trouble, ce qui va mal c'est pas le fait d'être trans, c'est le fait qu'il y ait des normes et qui du coup font qu'on est en dépression ou qui font que du coup on ait énormément d'anxiété sociale ou pleins de choses comme ça
Attitudes des jeunes face à la situation de soin actuelle	*« ah, avec les médecins ça va jamais fonctionner entre nous »*

Recommandations	Citations
Accueil: création d'un environnement accueillant et bienveillant	*Que le médecin me dise ses pronoms à lui pour savoir que la personne va pas me juger. Parce que du coup j'ose pas trop leur dire que c'est [mes pronoms] « il, lui » comme ça depuis le début parce que j'ai peur qu'il comprenne pas. [dire ses pronoms en premier] ça veut dire qu'il a déjà intégré ça chez iel et du coup y a pas de, je vais pas me sentir attaqué, si je lui dis mes pronoms et lui ou elle ou iel […] je me sens plus à l'aise*
Accepter et valider le·la·x patient·e·x tel qu'il·elle·iel est	*Ne pas avoir de présupposé sur la personne est le plus important. Parce que moi j'ai ressenti que ce soit les médecins ou n'importe qui, s'ils me voient avec une apparence féminine, ils vont se dire « ah ben, t'as un copain ? t'es attirée par les garçons ? ». Dans le contexte médical, il faudrait que le patient soit une feuille blanche, on connait pas la personne et c'est la personne qui nous apporte des choses, et on note les informations sur elle. Il faudrait vraiment partir d'aucun principe, n'importe son apparence, la façon dont la personne s'habille… une feuille blanche quoi.*
Patient·e·x·s expert·e·x·s de leur vie et relation de collaboration	*S'ils [les médecins] ont un doute sur quelque chose, expliquer pourquoi ils ont ce doute. Que tel et tel symptôme leur fait penser à tel et tel chose et puis qu'ils aimeraient quand même faire un test pour éloigner cette possibilité.*
Utiliser un vocabulaire inclusif	*C'est beaucoup sur les petits mots comme ça [mots inclusifs] que ça se joue et qui fait qu'il y a plus le lien de confiance et ça permet généralement au patient de se dire « ok, bon ben, voilà, je ne suis pas remis en cause dans mon identité même dans les sous-entendus », on pourrait dire.*
	Je trouve le plus important, que tant qu'on n'associe pas les organes génitaux à un genre, je trouve que c'est pas très grave de me dire que j'ai des ovaires et un utérus, tant qu'on commence pas à me parler au féminin par la suite
Déconstruire le fantasme du schéma relationnel "classique"	*Ça fait partie des choses à banaliser, comme les différentes sexualités, le fait d'être hétéro, homo, bi, pan, peu importe, je pense que ça fait partie des choses à banaliser, parce que c'est quelque chose dont on ne parle jamais, même encore maintenant, les sexualités.*
Ne pas oublier de faire un screening pour des violences	*je pense que c'est quelque chose à demander [la violence] parce que déjà c'est quelque chose de très difficile à aborder avec un médecin. C'est quelque chose que des fois on a besoin d'en parler, mais on ne sait pas comment l'aborder auprès d'un médecin donc je pense que la question bien posée est très importante à avoir. Parce que le cas de violences conjugales, que ce soit physique, psychique ou sexuelle, c'est un sujet qui est très important de manière générale.*
Ne pas oublier d'explorer la sécurité de ses patient·e·x·s, surtout sur internet	*C'est justement la question de la sécurité, que la personne soit majeure ou mineure, c'est pas au médecin de dire que ça c'est légal/illégal mais la question de la sécurité. Et tout ce qui a été dit sur se prévenir sur les applications, ça compte aussi sur internet en général*
Comment accompagner un·e·x jeune dans la diversité du genre	*Que les médecins généralistes puissent, et les pédiatres, puissent quand l'enfant grandit dire « ah ok, t'as ces questions-là, ok ben, moi je n'y connais peut-être pas, c'est peut-être pas un truc avec lequel t'es à l'aise de l'aborder avec moi, mais du coup, tiens y a cette liste-là [professionnels trans-friendly], tu peux aller regarder. C'est des gens qui sont safe qui vont t'écouter, je te fais un bon pour que tu y ailles une ou deux fois si tu veux juste voir et puis voilà » et sans plus si iel n'arrive pas. C'est pas très compliqué à faire*

Vignette anamnèse sexuelle

Anamnèse sexuelle compilée de 4 entretiens conduits avec 8 jeunes s'identifiant dans la diversité du genre + référence RMS 2020, 16 7879-93 Wahlen, Brockmann, Soroken, Bertholet, Yaron, Zufferey, Ambresin, Merglen (document colloque HUG)

Jul, 18 ans, BSH consulte pour des conseils en santé sexuelle

Dr : Bonjour, je m'appelle Claire Casavant, j'utilise le pronom « elle », je suis médecin et c'est moi qui vais vous voir aujourd'hui. Pour commencer, comment voudriez-vous que je m'adresse à vous?
J : Bonjour, sur le dossier ça doit être écrit Juliette, mais vous pouvez m'appeler Jul, je préfère.
Dr : Jul, parfait et quels sont vos pronoms, Jul ? Si vous avez des pronoms, et sinon est-ce que vous préférez que j'évite de vous genrer ? C'est aussi possible.
J : Alors moi mes pronoms c'est « il, iel ».
Dr : Ok, parfait, merci. D'ailleurs n'hésitez pas à me faire part d'un éventuel changement si cela devait arriver. Je m'adapterai selon vos préférences. Et si je fais des erreurs, je m'en excuse d'avance et n'hésitez pas à me le dire.
Est-ce que vous êtes venu pour des questions précises ou est-ce que vous préférez que j'oriente la discussion dans les questions ?
J : Je préfère que vous orientiez.
Dr : D'accord. Je tiens à préciser que toutes les informations dont on va discuter sont confidentielles et que je n'ai pas le droit de les partager, que ce soit à votre famille ou à vos ami·e·x·s, sans votre accord, sauf en cas de risque pour votre vie ou si vous mettez la vie de quelqu'un·e·x autre en danger. Ça va pour vous ?
J : Oui, c'est clair.
Dr : Super et à tout moment, si vous ne voulez pas répondre à une question, c'est tout à fait ok. [saut à l'anamnèse sexuelle pour la vignette] Quand on rencontre des adolescent·e·s·x, c'est important pour nous de poser également des questions sur la santé sexuelle, ça fait partie de la consultation typique. Seriez-vous d'accord de me raconter votre situation relationnelle ?
J : Oui.
Dr : Par exemple, êtes-vous en couple ou célibataire ou autre ? Ou cela ne vous intéresse pas, j'ai discuté avec des patient·e·x·s aromantiques, est-ce que c'est plutôt quelque chose comme ça ?
J : Je suis actuellement en couple.
Dr : Très bien, pourrais-je demander les pronoms et l'identité de genre de votre partenaire ?
J : Ses pronoms sont « elle ; iel », Emma est genderfluid.
Dr : Comment ça se passe votre relation ?
J : Ça se passe bien, ça va faire 6 mois que nous sommes ensemble. Ça arrive qu'il y a des tensions, mais rien de très grave.
Dr : Vous voulez m'en dire plus ?
J : Ça arrive que parfois ça monte dans les tours. On s'embrouille parfois, surtout des histoires de jalousie, mais rien d'abusé. Je vois toujours mes ami·e·x·s et on en discute.
Dr : Je vois. Est-ce que vous vous sentez en sécurité avec votre partenaire ?
J : Oui, pas de soucis de ce côté.
Dr : Ok, très bien et si ça devait changer, je reste disponible. Est-ce vous avez des rapports sexuels ?

J : Oui.
Dr : Ok, pour mieux vous orienter quant à votre santé, j'aurais besoin de savoir le contexte dans lequel vos rapports ont lieu. Est-ce que vous avez des rapports avec d'autres personnes que votre partenaire ?
J : Oui, nous sommes en couple non-exclusif.
Dr : Très bien. Comment vous sentez-vous face à ça ?
J : Plutôt bien, des amix à moi m'avaient expliqué comment ça fonctionnait et j'étais curieux d'essayer, pareil pour Emma. Ça s'est fait de façon très naturelle.
Dr : D'accord. Je vais encore poser des questions, mais si vous n'êtes pas à l'aise, vous n'êtes pas obligé·x de répondre, c'est toujours dans le but de prévention. Est-ce que vous pouvez me dire l'identité de genre de vos partenaires et les types de pratiques sexuelles que vous avez ?
J : J'ai des rapports avec des hommes cis et avec mon·ma·x partenaire. Qu'entendez-vous par types ?
Dr : Je vois. Le type de rapport c'est par exemple un rapport péno-vaginal ou alors du sexe oral ou anal. Je vous demande cela parce que la prévention n'est pas la même pour chaque rapport.
J : Ah d'accord. Alors avec ma partenaire c'est surtout de l'oral et ben on utilise des jouets aussi. Mais avec les hommes cis c'est seulement de la pénétration vaginale.
Dr : Ok. Utilisez-vous une contraception ou protection lors de vos rapports ?
J : Juste des capotes avec les hommes. D'ailleurs, je ne sais pas comment faire pour me protéger avec Emma. J'ai très peur d'attraper le VIH.
Dr : Déjà merci de m'en parler, c'est courageux. Concrètement le risque de transmettre le VIH dans des rapports vulve-vulve est très bas, ça dépend si vous utilisez des sex-toys ou pas. Et je vous félicite pour le préservatif lors de vos rapports avec les hommes, le risque de transmission est effectivement plus élevé dans ces rapports-là sans préservatif. Utilisez-vous le préservatif pour tous les rapports avec les hommes cis, y compris lors du sexe oral ?
J : Alors oui, nous utilisons des sex toys. Et non, j'utilise les préservatifs que lors de pénétration avec mes partenaires hommes cis.
Dr : Je vois. Les autres MST, telle que la Chlamydia et la Gonorrhée, existent aussi par contre et peuvent être transmis dans tout type de rapport non-protégé par préservatif ou dengue dentaire, donc y compris vulve-vulve. Je vous propose volontiers un dépistage si cela vous intéresse. En avez-vous déjà fait ?
J : Volontiers pour la brochure et le dépistage, j'en ai fait un il y a 1 an pour le VIH qui était négatif !
Dr : Ok. Avez-vous déjà eu des infections sexuellement transmissibles ou d'autres problèmes de santé gynécologiques ?
J : Non, je n'ai jamais eu de MST ou autre.
Dr : D'accord. Êtes-vous suivi par un·e·x gynécologue ?
J : J'ai très peur des gynécos, j'ai pas eu de bonnes expériences, entre la salle d'attente et l'examen clinique rien ne m'inspire confiance.
Dr : Je vois, je suis désolée que vous n'avez pas eu de bonnes expériences. Il est tout à fait possible que nous cherchions ensemble un·e·x gynécologue chez qui vous vous sentiriez plus à l'aise de consulter. Et sachez que pas toute consultation, surtout pas la première, nécessite forcément un examen clinique, sauf si vous le demandez. Est-ce que cela serait quelque chose qui vous intéresse ?

J : Volontiers.
Dr : Super. Concernant les rapports vulve-vulve, il y a des protections, telles que les digues dentaires, je vous donne volontiers une brochure. Face aux rapports avec les hommes cis, souhaiteriez-vous une autre contraception que les préservatifs ?
J : Non, merci pour la contraception, j'en ressens pas le besoin, la capote me suffit.
Dr : Ok, si ça devait changer, n'hésitez pas à revenir me voir et on en rediscute. Je continue avec les questions sur le contexte de vos rapports. Certain·e·x·s jeunes prennent des drogues pendant les rapports. Est-ce que ça vous est déjà arrivé de prendre des substances, comme de C ou MD, pendant vos rapports ? Je répète que je ne suis pas là pour vous juger, mais vraiment là pour vous soutenir et vous aider au mieux.
J : Ah non, le chemsex c'est pas pour moi.
Dr : Ça marche, mais si ça devait être le cas, on peut parler ici. Consommez-vous de l'alcool ?
J : Non plus non, juste un ou deux verres en soirées parfois.
Dr : D'accord. Et concrètement niveau des rapports comment ça va ?
J : Qu'entendez-vous par là ?
Dr : Est-ce que vous arrivez à avoir du plaisir comme vous le désirez ? Ou ressentez-vous des blocages ou des gênes lors des rapports ?
J : En général ça va bien. Il y a des blocages par rapport au corps en général bien sûr, c'est un peu inévitable parfois, enfin quand on se sent pas bien ou quand on est avec son·sa·x partenaire. Je ne suis pas forcément à l'aise avec mes organes génitaux biologiques et parfois ça me pèse dans mes relations intimes, mais si mon·ma·x partenaire est safe et que je me sens bien moi-même, sans blocages en me disant « ouf, c'est ça mon corps, ah », c'est plutôt chouette. Ces temps, je ressens moins de dysphorie et donc ça va plutôt bien.
Dr : D'accord. Encore une question : le consentement et la pression de faire quelque chose qu'on ne veut pas forcément, c'est des choses qui se passent parfois pour certain·e·x·s jeunes et je voulais savoir comment ça se passait chez vous. Est-ce que vous vous sentez violentés dans vos rapports ou arrive-t-il que vous ayez des rapports malgré vous ?
J : Non, honnêtement je suis une personne assez affirmée et quand je ne veux pas, c'est très évident.
Dr : Tant mieux. Parfois des jeunes se font payer pour avoir des rapports, est ce que ça vous est arrivé ?
J : Ah non non.
Dr : D'accord. Avez-vous des questions par rapport à ce dont nous avons discuté ?
J : Non, pas d'autre question, que celle pour me protéger contre le VIH.
Dr : Parfait. Il me reste encore une question, toujours dans le but d'explorer votre sécurité et de vous accompagner au cas échéant. Vu que vous êtes jeune, vous devez utiliser internet. Comment ça se passe ? Sur les réseaux sociaux ? Sur les applications de rencontre ? Sur d'autres plateformes ?
J : Alors en tant personne trans sur les applis de rencontre c'est toujours un peu compliqué, on ne va pas se mentir. *rires*. Je reçois des DM de gens qui m'envoient des dickpics ou bien des, qui sont un peu trop, comment dire, euh investi dans cette idée de trouver quelque chose. Je ne sais pas trop comment faire pour gérer ça.
Dr : Je vois. Je peux vous donner une brochure qui parle de la sécurité sur internet, si vous voulez.

J : Volontiers, merci.
Dr : Parfait, alors si je récapitule, nous avons parlé de votre situation amoureuse avec Emma et vos relations avec des partenaires hommes cis protégés par préservatif, vous ne désirez pas de contraception supplémentaire et vous êtes inquiet face à une potentielle MST, surtout le VIH. Vous êtes plutôt satisfait de vos relations sexuelles, avec la dimension de votre image corporelle qui peut être compliquée. Niveau de votre entourage, vous êtes bien entouré·x par vos ami·e·x·s. Du côté sécurité sur internet, nous avons parlé des enjeux autour des applications. Et finalement nous avons parlé des drogues et l'alcool. Y-a-t 'il encore quelque chose dont nous n'avons pas parlé, qui serait important pour vous?
J : Non ça me va comme ça, je n'ai pas de questions pour le moment, mais je vous solliciterai, si je ressens le besoin dans le futur, merci.
Dr : N'hésitez-pas et je vous remercie pour votre confiance. Voici les brochures que je vous ai proposé et je vous laisse me suivre pour faire le frottis et la prise de sang pour le dépistage MST. Je vous appellerai dans la semaine pour les résultats.
J : Ça marche, merci.