



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

UFR3S-Médecine
Année : 2025

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Utilisation de l'offre de soins par les personnes trans : rôle de la médecine
générale et des CeGIDD dans la Métropole Européenne Lilloise**

Présentée et soutenue publiquement le 30 octobre 2025 à 16 heures
au Pôle Formation
par Chloé JACQUEMONT

JURY

Président :

Monsieur le Professeur François MEDJKANE

Assesseurs :

Madame le Docteure Isabelle BODEIN

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Michel VALETTE

AVERTISSEMENT

L'université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Table des matières

Préambule	5
Liste des abréviations	6
Introduction	7
1. Définitions	9
1.1 Cisgenre / Cisidentité	9
1.2 Transgenre / Transidentité	9
1.3 Transsexualisme et évolution des terminologies (DSM-5)	9
1.4 Santé sexuelle : définition de l'OMS	9
1.5 CeGIDD : missions et organisation	9
2. Epidémiologie	10
Matériel et méthodes	12
1. Type d'étude	12
2. Population étudiée	12
2.A. Médecins généralistes de la MEL	12
2.B. Personnes trans	12
3. Critères de sélection (inclusion / non-inclusion)	13
4. Modalités de recueil (questionnaire, entretiens, calendrier)	14
5. Analyse des données	14
5.1 Questionnaire des médecins généralistes	14
--- Description monovariée	14
--- Description bivariée (tests χ^2 / rang)	14
--- Modélisation multivariée (Classify, GBT, métriques)	14
5.2 Questionnaire / entretiens des personnes trans (monovariée)	15
6. Considérations éthiques	16
Résultats	17
1. Questionnaire auprès des médecins généralistes (MEL)	17
1.1 Description monovariée	17
1.2 Description bivariée	21
1.3 Modélisation multivariée : validation & matrice de confusion	22
2. Entretiens auprès des personnes trans	26
Discussion	30
1. Accessibilité et limites du suivi en médecine générale	30
2. Faible mobilisation des CeGIDD	31
3. Limites de l'étude et limites générales	31
4. Perspectives et implications pratiques	33
Conclusion	34
Bibliographie	36

Préambule

Cette thèse a été rédigée en adoptant une écriture inclusive. Ce choix n'est pas uniquement stylistique : il traduit une volonté éthique et scientifique de reconnaître et de respecter la diversité des identités de genre et des parcours de vie.

L'usage de l'écriture inclusive vise à éviter l'invisibilisation des personnes concernées, en particulier celles qui ne s'identifient pas dans une logique strictement binaire. Dans un travail qui porte sur la transidentité, il est apparu indispensable de rendre compte, y compris dans la forme, de la pluralité des réalités vécues et de favoriser une représentation plus équitable.

Loin d'altérer la rigueur académique, ce choix contribue à renforcer la cohérence de la recherche avec son objet : analyser l'accès aux soins des personnes trans et promouvoir une approche médicale respectueuse, inclusive et adaptée aux besoins de chacun·e.

Listes des abréviations :

Trans : transgenres

MEL : Métropole Européenne Lilloise

ALD : Affection de Longue Durée

CIM : Classification Internationale des Maladies

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

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

FtoM : Female to Male

MtoF : Male to Female

CeGIDD : Centre Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic

HAD : Hospitalisation à Domicile

EFS : Etablissement Français du Sang

MSA : Mutualité Sociale Agricole

ARS : Agence Régionale de Santé

UTPAS : Unité Territoriale de Prévention et d'Action Sociale

PMI : Protection Maternelle et Infantile

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

Introduction :

La transidentité désigne le fait pour une personne de s'identifier à un genre différent de celui qui lui a été assigné à la naissance. Elle n'est pas considérée comme un trouble mental, mais comme une incongruence de genre, reflétant un décalage entre le genre vécu et le genre assigné (1).

Depuis la CIM-11 de l'OMS (entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022), la transidentité n'est plus classée parmi les troubles mentaux, mais au sein des conditions liées à la santé sexuelle (diagnostic : *gender incongruence*), remplaçant les termes anciens comme transsexualisme ou trouble de l'identité de genre (2).

Le nombre de personnes s'identifiant comme transgenre est en augmentation. En France, le nombre d'ALD pour transidentité a été multiplié par dix entre 2013 et 2020, atteignant près de 9 000 personnes en 2020 et plus de 22 000 en 2023 (3).

Malgré ces évolutions légales, la population trans demeure particulièrement exposée aux inégalités de santé : violences transphobes, surmortalité, fragilité psychologique (dépression, tentatives de suicide), comorbidités physiques et usage de drogues sont largement documentés (4,5).

Par ailleurs, de nombreuses personnes trans entament un suivi hormonal sans accompagnement médical global, en raison de la pénurie de praticiens formés et disponibles.

Depuis juillet 2025, la Haute Autorité de Santé a publié ses premières recommandations dédiées à la prise en charge des adultes trans, insistant notamment sur le rôle-clé du médecin généraliste dans l'accueil et l'orientation des personnes trans, la prescription hormonale (si formé) et la coordination avec les autres professionnels de santé (6).

L'étude des freins à l'accès aux soins en médecine générale révèle que le manque de formation des généralistes, accompagné d'attitudes discriminantes, contribue à une altération de l'accessibilité et de la qualité des soins pour les personnes trans (7,8).

Des travaux qualitatifs montrent que la relation soignant-soigné peut être compromise par des remarques inadaptées ou l'absence de bienveillance, à l'origine de renoncements aux soins ou d'automédication (9).

En revanche, lorsqu'un accueil empathique est associé à une communication ouverte, le suivi global en cabinet devient possible, notamment lorsque le généraliste joue le rôle de coordonnateur du parcours de soins (10).

Des études (11,12) tendent à montrer que la transidentité, bien que probablement sous-déclarée, concernerait 0,5 à 1,2 % des adultes.

Une étude transversale menée auprès de 320 personnes trans en France montre que 50 % des consultations chez les généralistes ne sont pas liées à la transition, et que les motifs principaux incluent le renouvellement d'ordonnances et les démarches administratives (33 %), suivis des symptômes généraux (15 %) (14).

Une étude qualitative menée en 2019 révèle que les personnes trans développent diverses stratégies, telles que l'autonomisation individuelle et le soutien des associations, pour surmonter les obstacles. Par ailleurs, la qualité du suivi apparaît souvent davantage liée à l'accueil humain offert par le soignant qu'à ses seules compétences techniques (15).

L'hypothèse se pose que, dans leur parcours de santé, les personnes trans peuvent recourir à différents acteurs médicaux et que le recours à la médecine générale semble non optimal.

Les missions des CeGIDD incluent la prévention, le dépistage et le diagnostic du VIH et des IST tout en abordant les risques liés à la sexualité dans une perspective globale de santé sexuelle, y compris la prescription de contraception.

Les CeGIDD offrent une opportunité d'approcher les personnes trans (16).

1. Définitions :

1.1 Cisgenre, cisidentité : Sont nommés « cisgenres » ou « cisidentitaires » les personnes dont le sexe de naissance correspond à l'identité de genre de la personne (17).

1.2 Transgenre, transidentitaire : Se dit de personnes dont le genre et/ou le sexe ne correspond pas, partiellement ou complètement, au sexe assigné à la naissance. On emploiera de manière indistincte le terme de « transgenre » et de « trans » (17).

1.3 Transsexuel·le·s, transsexualisme : Le « transsexualisme » est défini comme une maladie mentale dès 1953. Ce terme est donc fortement connoté et tend à pathologiser les personnes ainsi qualifiées. Le DSM-5 (2013) distingue pour la première fois la transidentité du caractère pathologique, c'est-à-dire le fait de souffrir de sa transidentité (18).

1.4 Santé sexuelle : L'OMS définit la santé sexuelle (2006) comme « un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence » (19).

1.5 CeGIDD : Les Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD), créés par la loi de financement de la sécurité sociale de 2015 et mis en place à partir du 1^{er} janvier 2016, remplacent les anciennes CDAG et CIDDIST. Leur objectif est d'améliorer l'accessibilité, la qualité et la continuité des parcours de prévention et de dépistage, en particulier pour les populations vulnérables (20).

2. Épidémiologie :

Il n'existe pas d'étude estimant précisément le nombre de personnes trans en France (11). L'estimation de la population transgenre dépend de la méthode utilisée et de la définition des « cas » retenue. Une revue systématique a montré que la définition retenue (chirurgie de réassignation, hormonothérapie, diagnostic CIM ou DSM, modification administrative de sexe ou d'état civil, ou encore identité de genre déclarée) influence fortement l'estimation (11).

Une méta-analyse des études utilisant l'identité de genre estimait la prévalence moyenne du transgenre à 355 pour 100 000 personnes (521 MtF et 256 FtM), incluant majoritairement des adultes (11).

Des études (12,13) tendent à montrer que la transidentité, bien que probablement sous-déclarée, concernerait 0,5 à 1,2 % des adultes. En appliquant ce pourcentage estimé à la population française (14), cela représenterait entre 339 000 et 813 600 personnes en France.

En France, selon la CNAM, 8 952 personnes étaient titulaires d'une ALD pour « transidentité » en 2020, dont 294 étaient âgées de 17 ans ou moins (21). Les mineurs représentaient 3,3 % des titulaires d'une ALD, et près de 70 % des bénéficiaires avaient entre 18 et 35 ans (21).

Le nombre de demandes de prise en charge de chirurgie mammaire ou pelvienne de réassignation a été multiplié par quatre entre 2012 (n=113) et 2020 (n=462), avec un taux d'accord variant entre 62 % et 74 % selon les années.

La répartition des accords était stable, avec environ 40 % pour les chirurgies de masculinisation et 60 % pour les chirurgies de féminisation (21).

Les personnes trans sont exposées à un risque accru d'idées et de conduites suicidaires tout au long de leur vie. Sur les 8 952 personnes titulaires d'une ALD pour transidentité en 2020, 727 (8 %) présentaient une affection psychiatrique associée (21). Une méta-analyse d'études américaines et canadiennes incluant au moins 51 % d'adultes a montré une prévalence moyenne à vie de 46,6 % pour les idées suicidaires (34 études) et de 27,2 % pour les tentatives de suicide (46 études) (22).

Selon un rapport de l'IGAS, les discriminations vécues par les personnes trans concernent aussi bien l'accès au parcours de transition que la santé globale (23). Pour les personnes isolées ou en grande précarité, les difficultés administratives, l'opacité de l'information et les restes à charge aggravent encore l'accès aux soins (23).

L'éloignement géographique et les difficultés d'accès aux parcours de transition favorisent également le recours à l'automédication (23).

Enfin, lorsqu'il existe une demande de soins psychiatriques, la saturation des centres médico-psychologiques (CMP), qu'ils soient pour adultes ou enfants, entrave fortement l'accès aux soins (23).

Matériel et Méthodes :

1. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude observationnelle transversale reposant sur deux volets méthodologiques complémentaires :

- Un questionnaire en ligne adressé aux médecins généralistes de la Métropole Européenne Lilloise (MEL).
- Des entretiens semi-dirigés menés auprès de personnes trans.

2. Population étudiée :

2. A) Médecins généralistes de la MEL

Les adresses électroniques des médecins généralistes de la Métropole Européenne Lilloise (MEL) ont été identifiées via l'annuaire santé (annuaire.sante.fr), en sélectionnant la spécialité « médecine générale » et en filtrant par les codes postaux de la MEL.

Un recoupement des informations a également été effectué à partir du site du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), en ciblant les médecins généralistes installés dans le département du Nord et en exercice actif.

Ont été exclus de la base de diffusion :

- Les médecins non installés ou exerçant exclusivement en établissement hospitalier ou en clinique,
- Les médecins relevant d'autres pratiques (médecine du travail, HAD, EFS, MSA, CPAM, ARS, UTPAS, PMI, centres de prévention),
- Les médecins exerçant uniquement en EHPAD ou chez SOS Médecins,
- Les médecins généralistes ne pratiquant qu'une activité complémentaire (ex. angiologie),
- Les médecins de la MDPH, les médecins scolaires et universitaires, les praticiens de la fonction territoriale,
- Les médecins experts, ainsi que ceux rattachés à l'Éducation Nationale, aux conseils départementaux ou au service médical de la SNCF.

Enfin, les médecins dont l'adresse électronique n'était pas référencée ou dont le lieu d'exercice n'était pas précisé ont également été exclus.

Un questionnaire court a ensuite été diffusé par courriel aux médecins généralistes de la MEL inclus, accompagné d'une présentation du projet de thèse. Le formulaire (Google Form) était rempli directement en ligne par les répondants.

Le questionnaire recueillait :

- Des données sociodémographiques et professionnelles (sexe, âge, durée d'installation, code postal d'exercice),
- L'expérience déclarée de prise en charge de patient·e·s trans (consultation ou non, nombre de patient·e·s concernés),
- L'orientation éventuelle de ces patient·e·s vers un CeGIDD.

L'anonymat des répondants était garanti à toutes les étapes du recueil et de l'analyse des données.

2. B) Personnes trans

Des entretiens semi-dirigés ont été réalisés auprès de personnes trans, identifiées via deux canaux :

- Des médecins généralistes prenant en charge des patient·e·s trans,
- Des médecins des CeGIDD de Lille, Roubaix et Tourcoing.

Le guide d'entretien a été conçu à partir d'indicateurs relatifs à la santé physique, psychique et sexuelle, ainsi qu'au rapport aux soins.

3. Critères de sélection :

- **Critères d'inclusion :**
 - réponse positive à la question : « Vous sentez-vous trans ? »,
 - être majeur·e,
 - consentement éclairé pour participer à l'étude.
- **Critères de non-inclusion :**
 - personnes ne se reconnaissant pas comme trans,
 - personnes mineures ou vulnérables,
 - personnes ne sachant pas lire ou écrire et/ou ne comprenant pas le français.

4. Modalités de recueil :

Le questionnaire destiné aux médecins généralistes de la MEL a été diffusé à trois reprises entre le 24 juin 2025 et le 15 septembre 2025.

Les entretiens ont été réalisés en présentiel ou par téléphone, selon les préférences des participant·e·s, après recueil de leur accord, entre le 17 juin 2025 et le 5 septembre 2025.

5. Analyse des données :

L'analyse statistique visait à décrire et observer :

- L'utilisation de l'offre de santé par les personnes trans,
- Les pratiques et représentations des médecins généralistes de la MEL.

5.1 : Questionnaire des médecins généralistes

- Description monovariée :

Analyse descriptive monovariée (diagramme en secteur, diagramme en barres)

- Description bivariée :

Analyse descriptive sous la forme de graphique, bivariée en barre (barchart) avec tests comparatifs de groupes : test du χ^2 en cas de validité (effectifs théoriques > 5) ou test de rang (rank test).

La gestion des données, les représentations graphiques et les calculs ont été réalisés au moyen du logiciel de mathématiques formelles Mathematica version 14.3 (Wolfram Research 2025)

- Modélisation multivariée :

Les étapes de la construction et de l'utilisation de la modélisation ont été réalisées au moyen de l'algorithme Classify du Wolfram Language (Mathematica version 14.3 Wolfram Research 2025). La modélisation multivariée vise à tester l'hypothèse d'un lien entre les données prises simultanément, de sexe et d'âge d'un médecin traitant avec l'existence de personne trans dans sa patientèle.

Ainsi, disposant des caractéristiques d'âge et de sexe d'un médecin traitant, on cherche à prédire la catégorie (classe) la plus probable : "existence de trans en patientèle".

La réalisation de la modélisation consiste à générer une fonction de classification - ou classificateur - produit par un algorithme de classification qui, à partir des données d'entrée sélectionne la méthode la plus performante parmi les approches classiques : "arbre de décision", "arbres boostés par le gradient", "régression logistique", "Markov", "classification Bayésienne", "réseau de neurone", "forêt aléatoire", "machines à vecteurs de support".

Les critères de performance comprennent notamment : la validité des prévisions et l'entropie maximale.

Une fois construit, le modèle est utilisé comme une fonction mathématique : on fournit en entrée un couple de valeurs (âge, sexe) et, en sortie, il produit la classe d'appartenance la plus probable.

À partir de l'ensemble initial des réponses des médecins, on constitue aléatoirement deux jeux de données :

- Ensemble d'apprentissage : sert à construire le modèle

Couple {sexe, âge} → classe (existence de personnes trans en patientèle / absence de personnes trans en patientèle)

- Ensemble de validation : sert à tester la performance du modèle, au moyen :

A) d'une matrice de confusion contenant les nombres d'éléments correctement ou incorrectement classés pour chaque classe

B) de la mesure de validité (accuracy) définie comme le rapport : Nombre de prédictions correctes / Nombre total de prédictions

5.2 : Questionnaire des personnes trans

- Description monovariée

Analyse descriptive monovariée (diagramme en secteur, diagramme en barres)

6. Considérations éthiques :

L'ensemble des participant·e·s a été informé·e·s du but, des modalités et des enjeux de l'étude. Leur consentement libre et éclairé a été recueilli avant toute participation, que ce soit pour le questionnaire en ligne ou les entretiens.

L'anonymat a été garanti à toutes les étapes. Aucune donnée nominative ou permettant une identification directe n'a été conservée. Les réponses ont été traitées de façon confidentielle et analysées uniquement dans le cadre du projet de thèse.

Les données recueillies ont été protégées conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) et aux recommandations de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Résultats :

1. Questionnaire auprès des médecins généralistes de la MEL :

La Métropole Européenne Lilloise (MEL) compte 1 118 médecins généralistes installés référencés selon les critères de l'étude.

Parmi eux, 970 adresses électroniques ont pu être collectées. Sur ces 970 envois, 29 n'ont pas abouti en raison d'adresses invalides ou inactives.

Sur un échantillon de 941 personnes, l'intervalle de confiance à 95 % correspond à une marge d'erreur estimée à $\pm 7,2$ %.

Ainsi, 941 médecins ont effectivement reçu le questionnaire, dont 155 ont répondu, soit un taux de réponse d'environ 16 %.

1.1 Description monovariée :

Un peu plus de la moitié des répondants étaient des hommes. (Figure 1), majoritairement âgés de 30 à 45 ans (Figure 2) et installés depuis moins de 10 ans. (Figure 3)

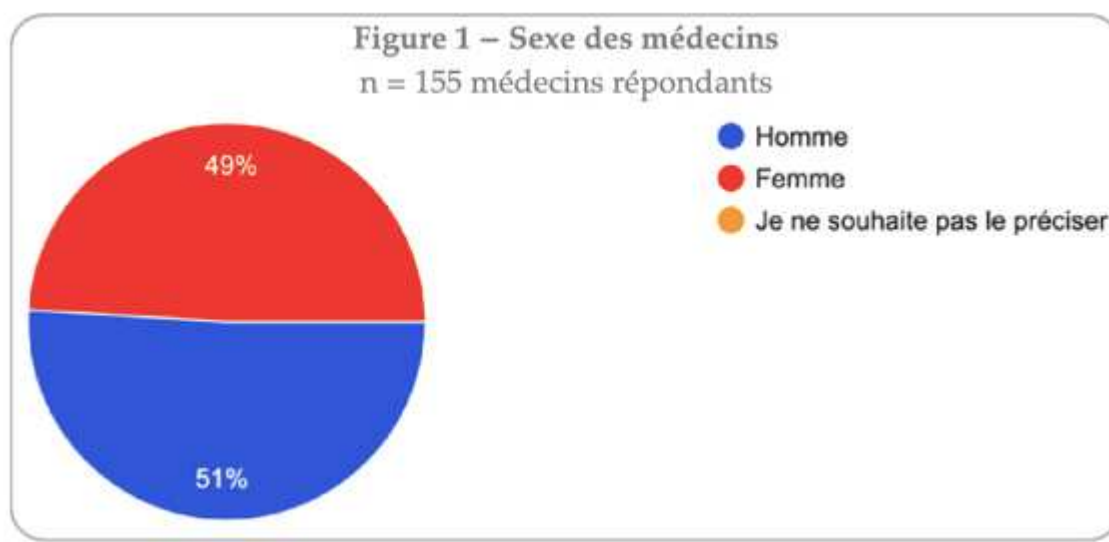


Figure 2 – Age des médecins
n = 155 médecins répondants

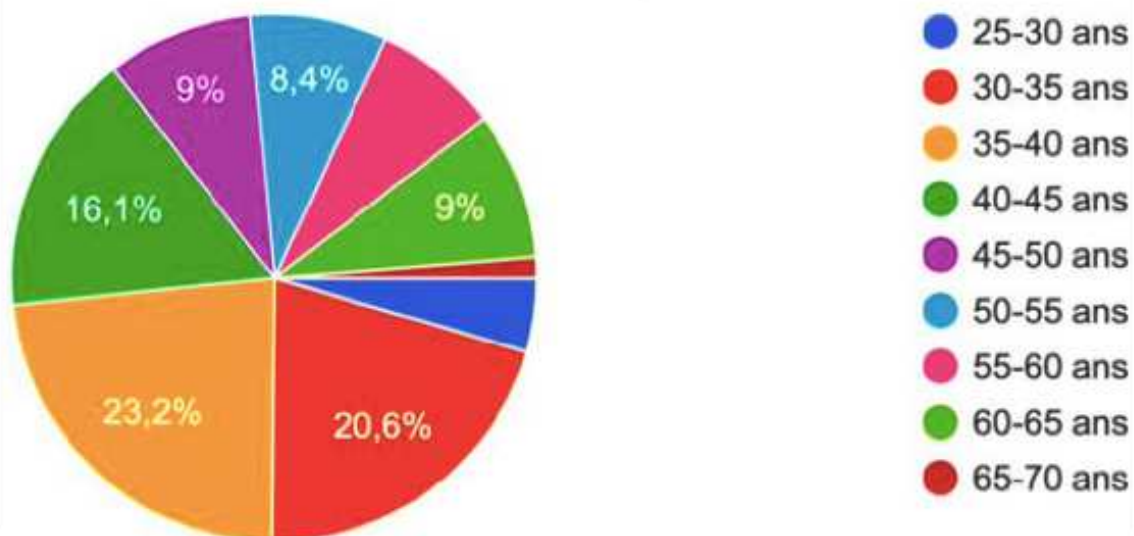
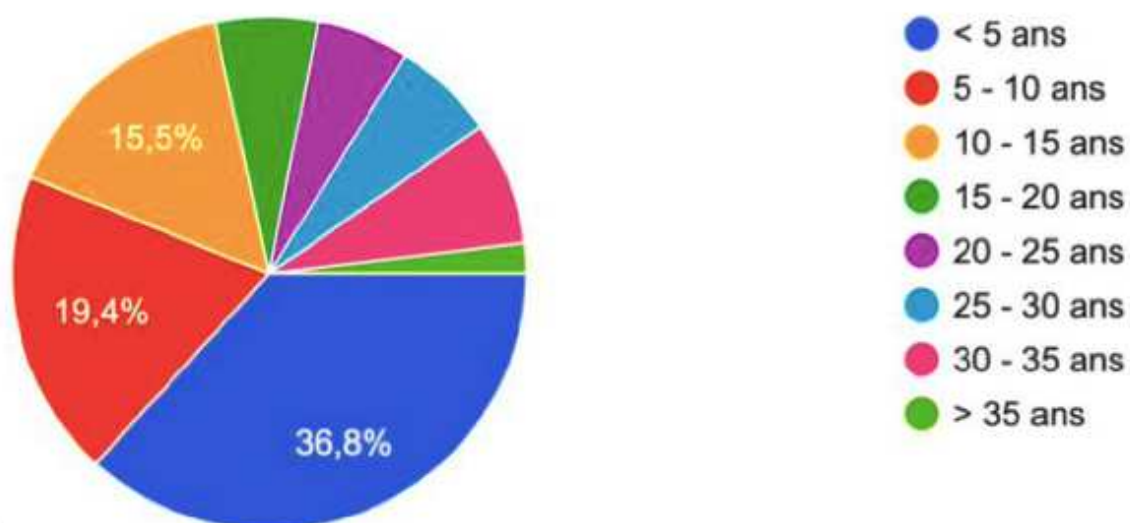
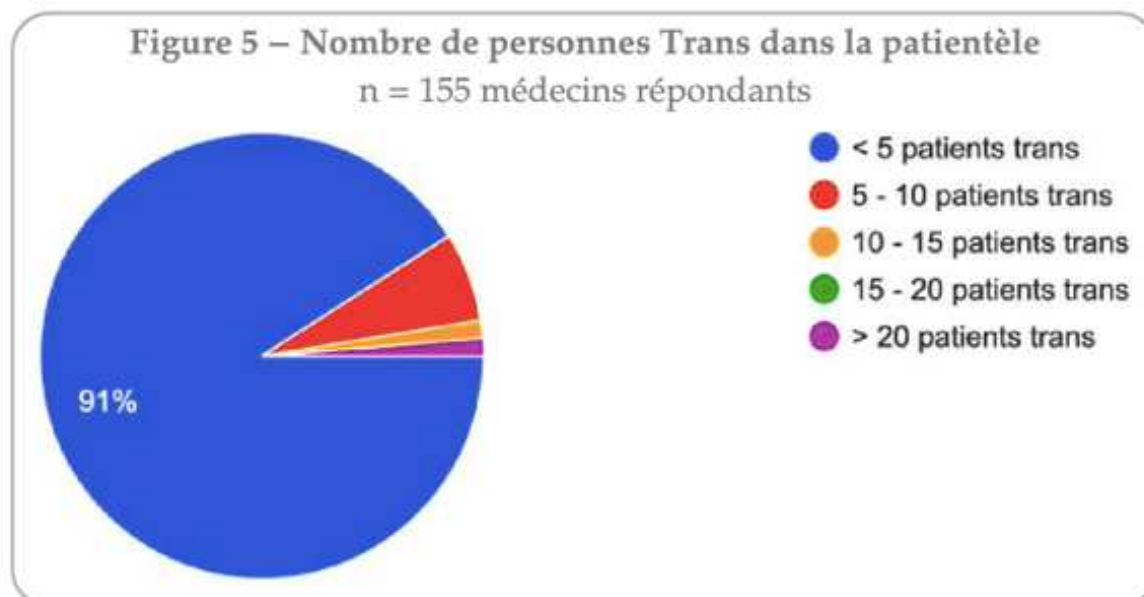
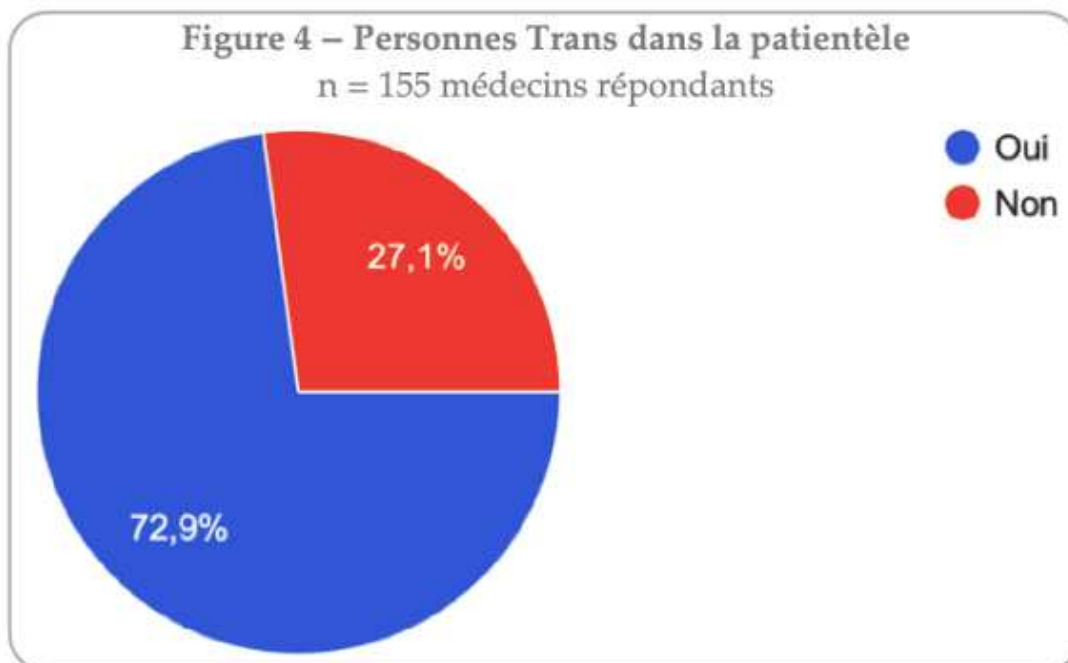


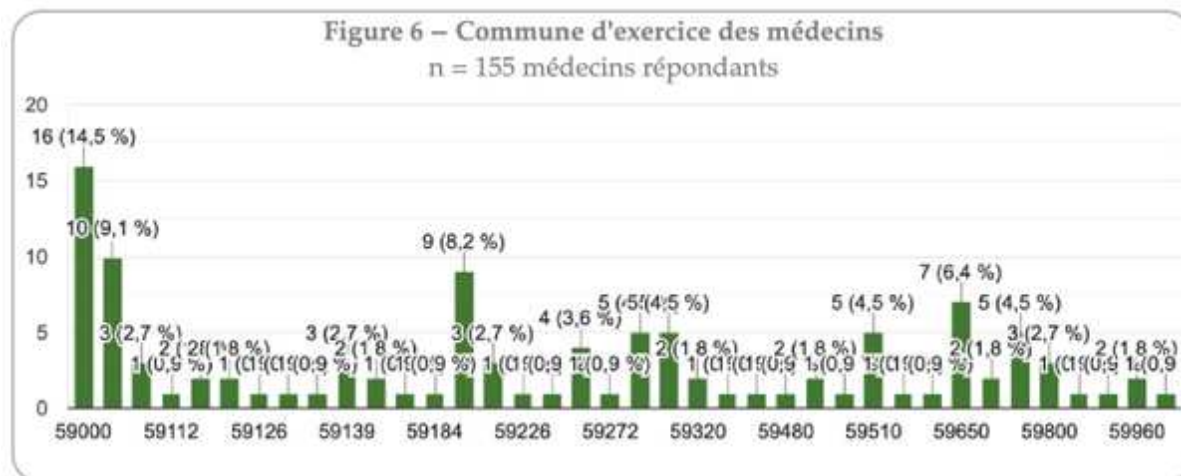
Figure 3 – Ancienneté d'installation des médecins
n = 155 médecins répondants



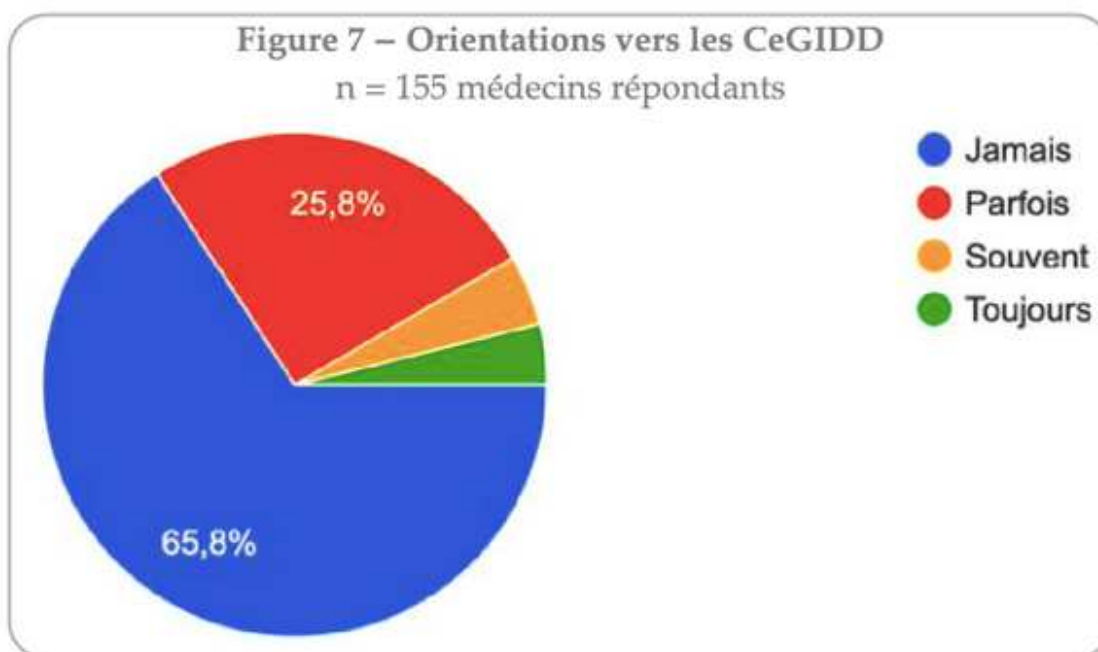
Près des trois quarts des répondants déclaraient recevoir au moins un·e patient·e trans en consultation (Figure 4), mais le nombre de suivi restait limité, le plus souvent à moins de 5 patient·e·s par cabinet. (Figure 5)



Ces médecins étaient principalement localisés dans les grandes villes de la MEL (Lille : 14.5%, Roubaix : 9,1%, Tourcoing : 8,2%, Villeneuve d'Ascq : 6,4%, Armentières : 4,5%, Wasquehal : 4,5%), zones où la densité de médecins généralistes est également plus élevée. (Figure 6)

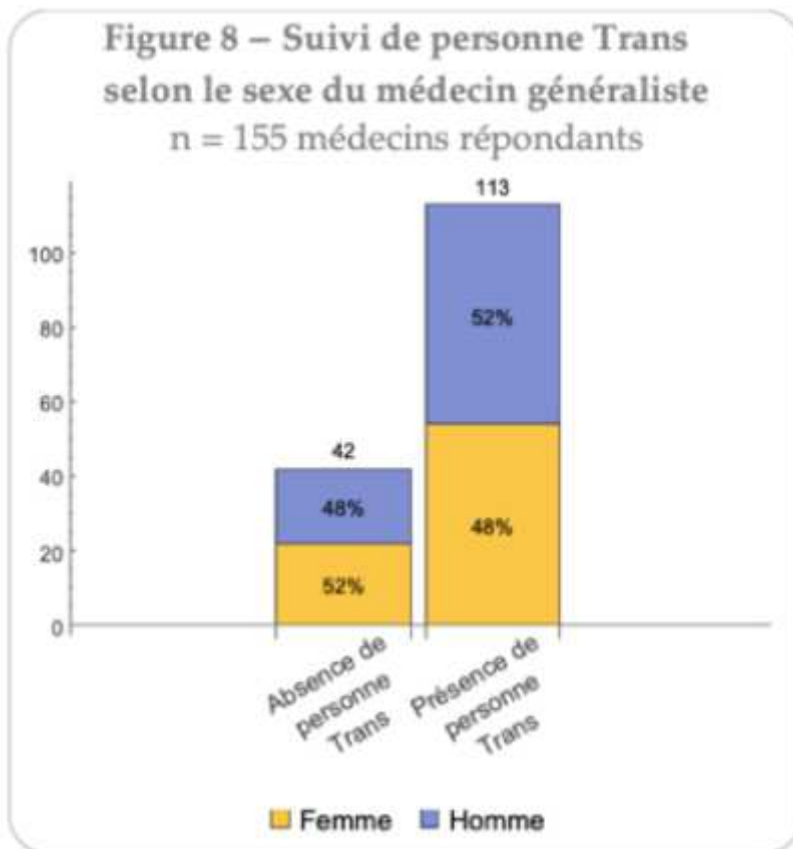


Enfin, pour plus de la majorité des répondants, les patient·e·s trans n'étaient pas orienté·e·s vers les CeGIDD de proximité. (Figure 7)



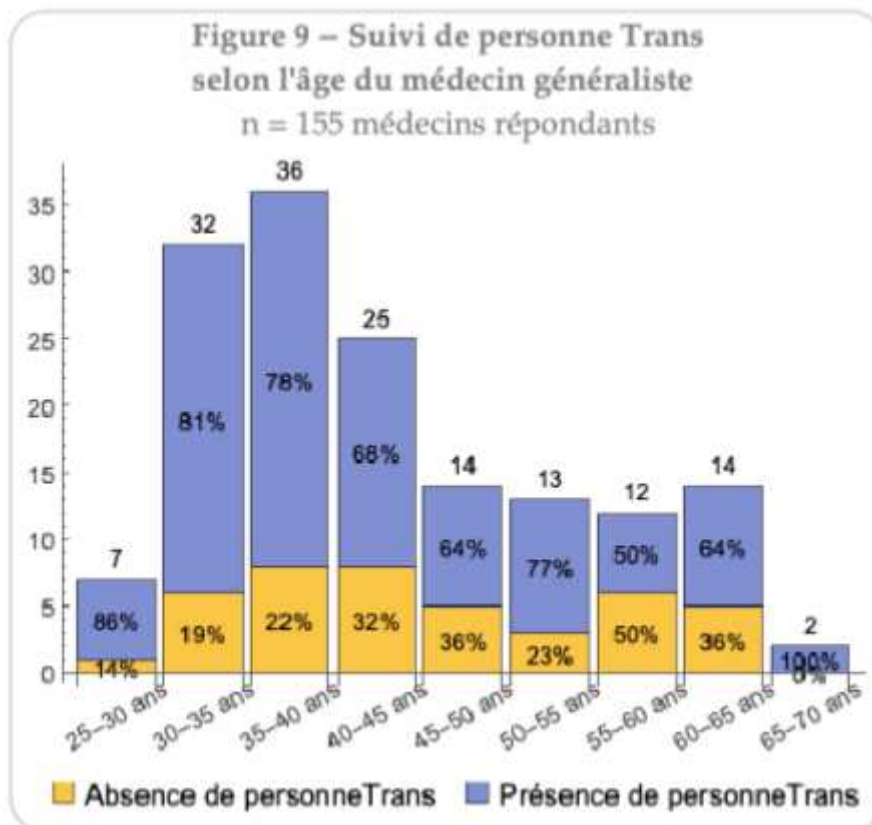
1.2 Description bivariée :

Parmi les médecins déclarant avoir des patients trans en patientèle, les femmes représentent 48 %, une proportion légèrement inférieure à celle des hommes, sans différence statistiquement significative (Khi-2 : $p = 0,61$ non significatif). (Figure 8)



La répartition des proportions des médecins ayant des patients trans en patientèle selon la classe d'âge du médecin, mets en évidence des proportions plus importantes pour les classes de 25 à 40 ans.

Les différences ne sont toutefois pas statistiquement significatives (test du Khi-2 excluant les classes les moins nombreuses, 25-30 ans et 65-70 ans : $p = 0,42$ non significatif). (Figure 9)



1.3 Modélisation multivariée :

La réalisation et l'utilisation d'un modèle permettant de tester le lien entre les données prises simultanément de sexe et d'âge d'un médecin traitant avec l'existence de personne trans dans sa patientèle comprend des étapes successives. Dans un premier temps, l'ensemble initial des données restreint aux trois variables {Sexe, Age, Présence ou non de trans en patientèle} constitué des 155 réponses des médecins, est scindé aléatoirement en deux jeux de données :

- Ensemble d'entraînement du modèle : 132 profils de médecins
- Ensemble de validation : 23 profils de médecins

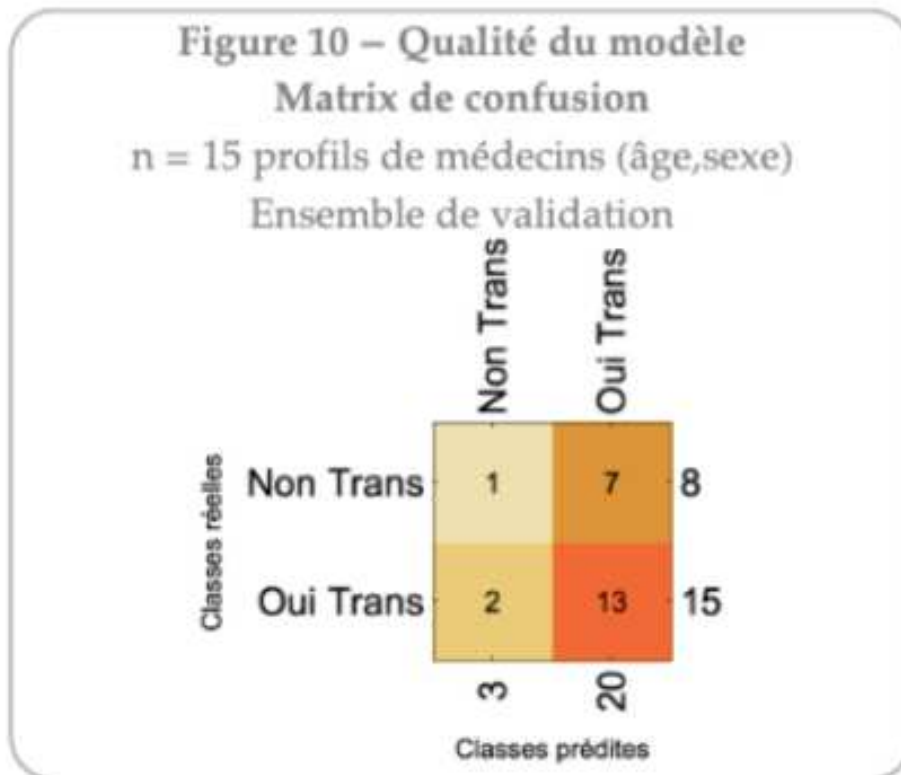
Dans un second temps, à partir de l'ensemble d'apprentissage, l'algorithme de classification a retenu la méthode des arbres de décision boostés par gradient (Gradient Boosted Trees).

Cette méthode consiste à entraîner successivement des arbres de décision, chacun corrigeant les erreurs du précédent, afin d'optimiser la prédiction et d'estimer au mieux les probabilités d'appartenance aux classes visées (présence ou absence de personnes trans dans la patientèle).

Dans un troisième temps, les performances du modèle d'arbres boostés par gradient sont évaluées sur l'ensemble de validation, à l'aide de la matrice de confusion et de la mesure de validité.

Sur la diagonale principale de la matrice (Nord-Ouest → Sud-Est) se trouvent les observations correctement classées pour chaque classe. Hors diagonale se trouvent les observations mal classées par le modèle.

Ainsi, parmi les 23 profils présentés au modèle, 86 % (13 sur 15) des profils prédits comme "existence de personnes trans dans la patientèle" sont correctement classés. En revanche, 12,5 % (1 sur 8) des profils prédits comme "absence de personnes trans dans la patientèle" sont correctement classés. (Figure 10)

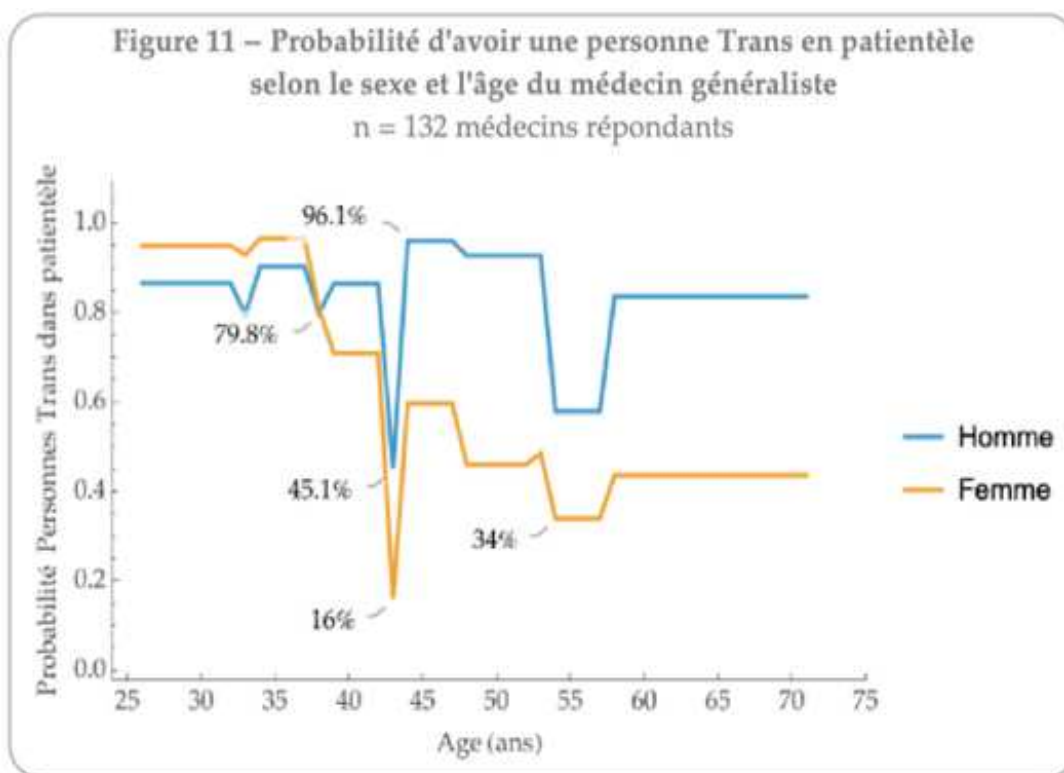


La mesure de Validité (accuracy) est de 73% ± 6%

Le modèle est donc relativement performant pour classer les profils de médecins dont la patientèle comprend des personnes trans et beaucoup moins pour classer les profils médicaux n'ayant pas personnes trans en patientèle.

Dans un quatrième et dernier temps, une simulation est réalisée à l'aide du modèle afin d'obtenir les probabilités d'existence de personnes trans dans la patientèle selon les profils « âge, sexe » des médecins.

La séquence des probabilités calculées est représentée graphiquement ci-dessous.
(Figure 11)



Le tableau suivant met en correspondance, pour un âge donné, les probabilités calculées d'existence de personnes trans dans la patientèle, chez les hommes et chez les femmes. (Figure 11 bis)

Figure 11.bis – Probabilité de personne Trans en patientèle
selon le sexe et l'âge du médecin généraliste
(Tableau des probabilités prédites)
méthode de classification : régression logistique

Age	Hommes	Femmes
26	86.6%	94.9%
30	86.6%	94.9%
35	90.3%	96.5%
40	86.5%	70.8%
45	96.1%	59.7%
50	92.6%	46%
55	57.9%	34%
60	83.6%	43.6%
65	83.6%	43.6%
70	83.6%	43.6%

Chez les médecins femmes âgées de 25 à 35 ans, la probabilité d'existence de personnes trans dans la patientèle (94 à 96 %) est supérieure à celle des médecins hommes (86 à 90 %). À l'inverse, au-delà de 35 ans, cette probabilité est plus élevée chez les hommes. (Figures 11 et 11 bis).

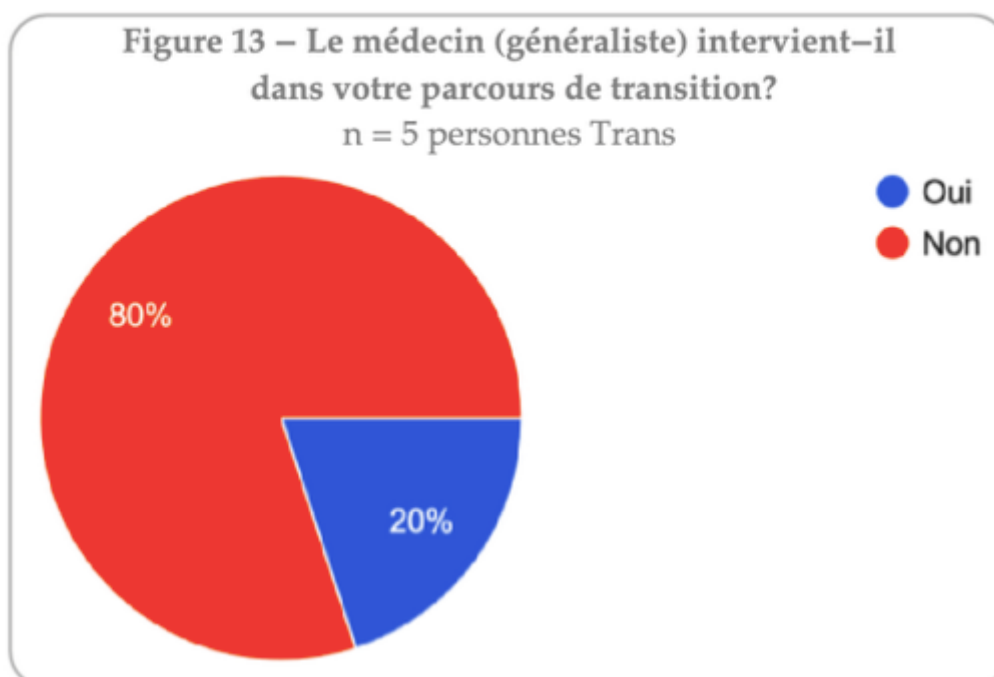
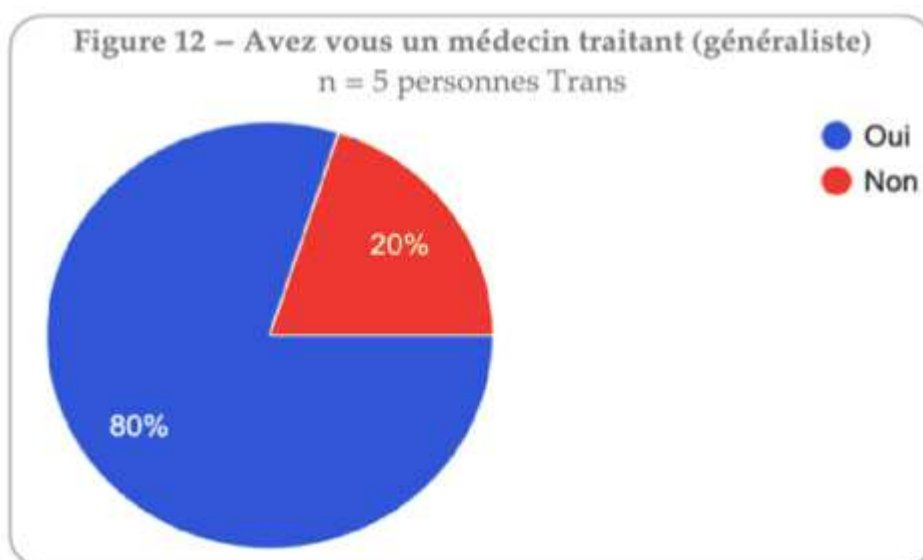
2. Entretiens auprès des personnes trans :

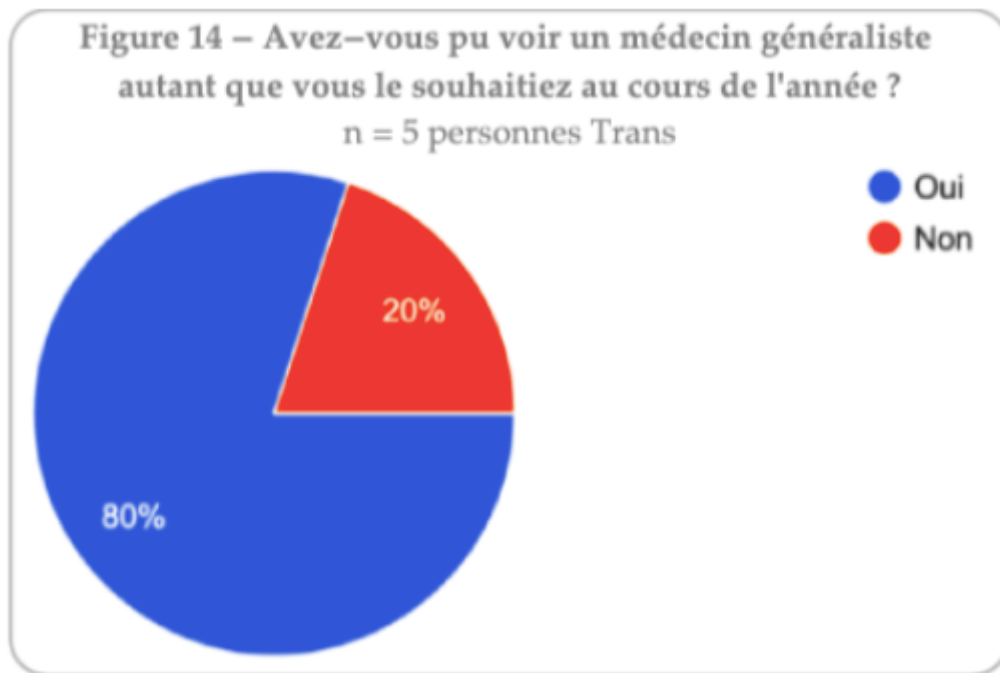
Au total, cinq patient·e·s trans ont participé aux entretiens : deux en présentiel et trois par appel téléphonique.

La réponse à la question d'inclusion « *Vous sentez-vous trans ?* » était affirmative pour l'ensemble des participant·e·s.

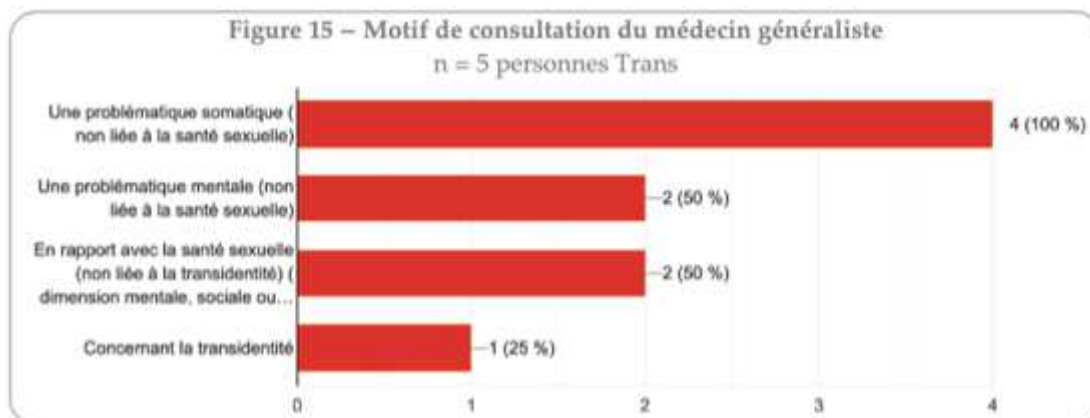
Plus des trois quarts déclaraient avoir un·e médecin généraliste traitant·e (Figure 12), mais ce dernier·ère n'intervenait que dans un cas sur cinq dans le cadre de la transition. (Figure 13).

La majorité rapportait avoir pu consulter leur médecin autant que nécessaire au cours de l'année, sauf en l'absence de besoin médical. (Figure 14)

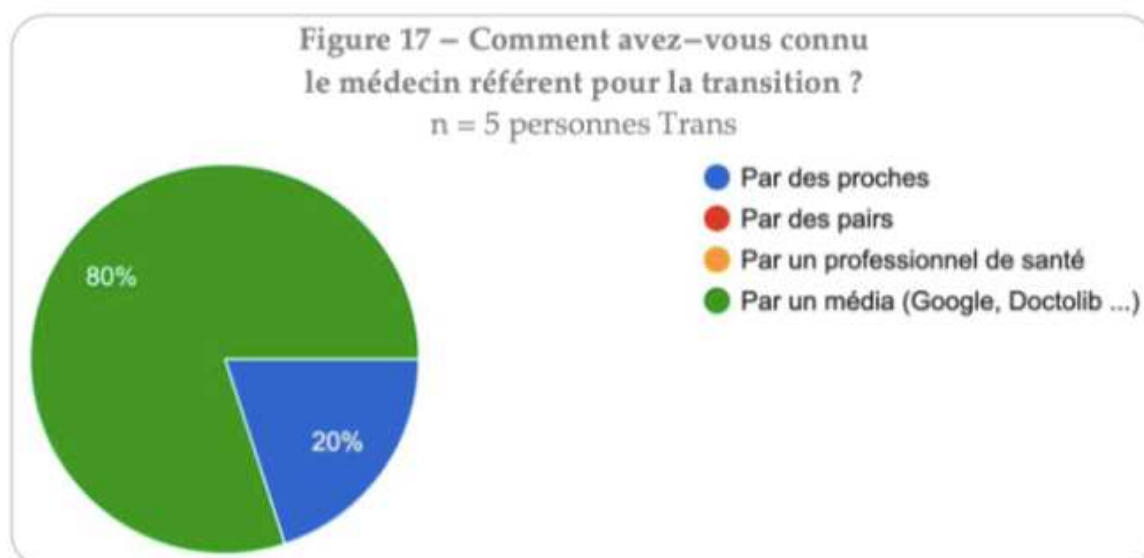
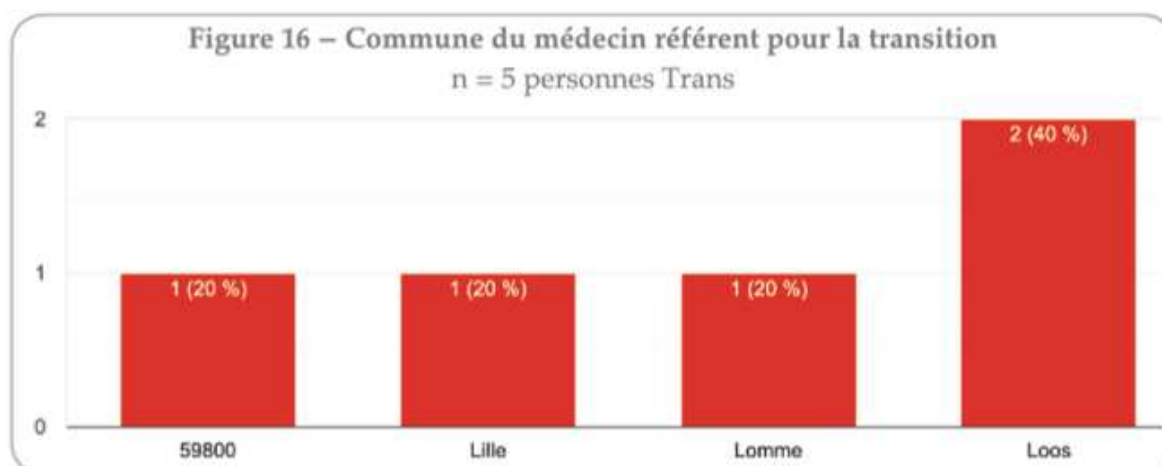




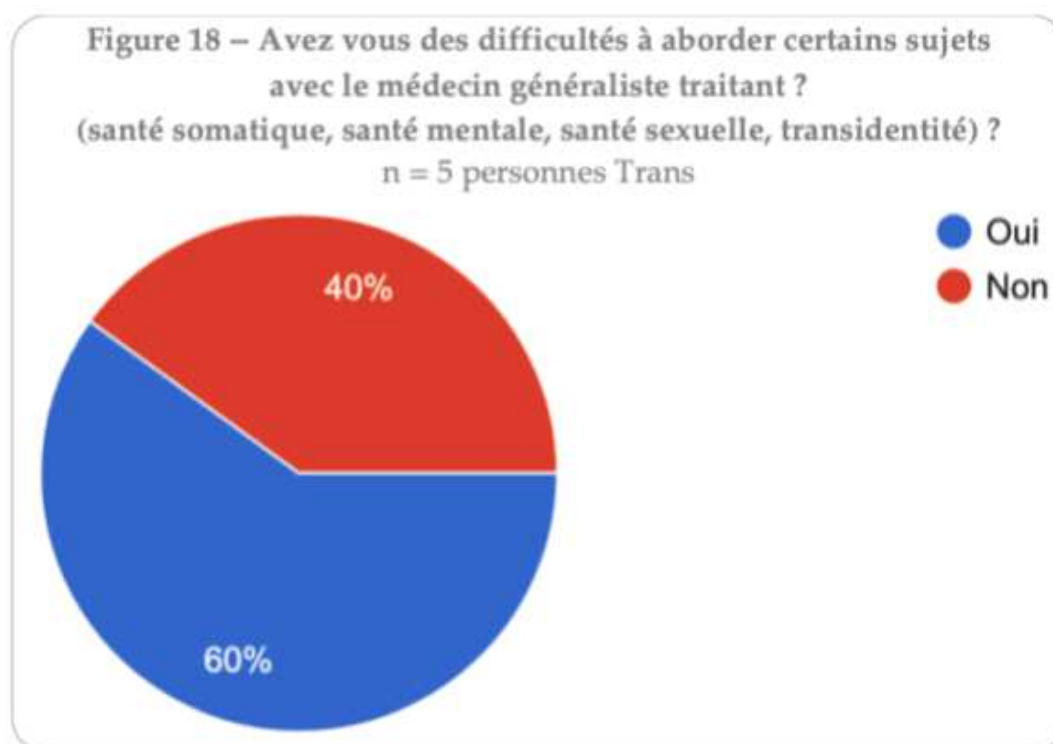
Le médecin traitant était principalement consulté pour des problématiques somatiques, mais des motifs liés à la santé mentale ou à la santé sexuelle étaient également abordés dans deux cas sur cinq. (Figure 15)



La plupart des médecins généralistes consultés exerçaient dans la métropole lilloise. Le ou la médecin spécifiquement consulté·e pour la transition se situait à Lille ou à Loos, (Figure 16) et était généralement identifié·e par le biais d'un média (Google, Doctolib, etc.). (Figure 17)



La majorité des participant·e·s décrivaient des difficultés à aborder certains sujets avec leur médecin traitant, en raison d'une gêne psychologique, principalement liée à la peur d'un jugement. Cette difficulté pouvait être renforcée lorsque le médecin était connu de longue date, parfois depuis l'enfance. (Figure 18)



Enfin, les patient·e·s trans exprimaient le souhait de disposer de supports visibles en cabinet (par ex. brochures LGBTQ+), facilitant l'ouverture au dialogue, ainsi que l'abandon du genre dans l'appel nominatif en salle d'attente.

Discussion :

Cette étude met en évidence que si une majorité de médecins généralistes de la Métropole Européenne Lilloise, ayant répondu au questionnaire, reconnaissent accueillir des patient·e·s trans en consultation, l'accompagnement par ceux-ci des trans demeure souvent limité.

De même, les entretiens suggèrent que, bien que les personnes trans aient globalement un médecin traitant, ce dernier n'est pas toujours impliqué dans leur parcours de transition, lequel repose fréquemment sur des praticiens identifiés en dehors du cadre habituel de soins.

1. Accessibilité et limites du suivi en médecine générale :

Le médecin traitant reste un interlocuteur central dans la prise en charge des patients trans avec un rôle clé dans le dépistage, le suivi et également la coordination des soins spécialisés (endocrinologie, psychiatrie, chirurgie, etc.).^{[1][2][3][4][5][6][7][8][9][10][11][12][13][14][15][16][17][18][19][20][21][22][23][24][25][26][27][28][29][30][31][32][33][34][35][36][37][38][39][40][41][42][43][44][45][46][47][48][49][50][51][52][53][54][55][56][57][58][59][60][61][62][63][64][65][66][67][68][69][70][71][72][73][74][75][76][77][78][79][80][81][82][83][84][85][86][87][88][89][90][91][92][93][94][95][96][97][98][99]}

Pour beaucoup de patients trans, le médecin traitant est aussi un point d'entrée pour l'accompagnement administratif (certificats, arrêts maladie, reconnaissance du genre, etc.).^{[1][2][3][4][5][6][7][8][9][10][11][12][13][14][15][16][17][18][19][20][21][22][23][24][25][26][27][28][29][30][31][32][33][34][35][36][37][38][39][40][41][42][43][44][45][46][47][48][49][50][51][52][53][54][55][56][57][58][59][60][61][62][63][64][65][66][67][68][69][70][71][72][73][74][75][76][77][78][79][80][81][82][83][84][85][86][87][88][89][90][91][92][93][94][95][96][97][98][99]}

Cependant, des obstacles sont fréquemment rapportés avec notamment une insuffisante formation des médecins sur la santé des personnes trans, un mégenrage et communication inadaptée, qui entament la confiance, un accès inégal aux traitements hormonaux, selon les connaissances et attitudes des praticiens, des retards ou renoncements à des soins non liés à la transition, par crainte de discrimination.

Ces résultats mettent en lumière les obstacles bien décrits à l'accès aux soins de premier recours pour les personnes trans (7,8,9). Le recours au médecin traitant reste principalement déterminé par les motifs classiques de consultation, tels que les pathologies somatiques courantes, les démarches administratives et les renouvellements d'ordonnances. En revanche, la prise en charge liée à la transition est souvent confiée à des professionnels spécialisés, généralement identifiés grâce au bouche-à-oreille ou via des plateformes en ligne.

Le fait de se tourner vers d'autres professionnels que le médecin traitant peut être attribué à une perception par les personnes trans d'un manque de formation chez les médecins généralistes, combinée à la peur d'un accueil perçu comme inadapté.

Les informations qualitatives issues des entretiens avec les personnes trans montrent que la qualité de la relation entre le médecin et le patient·e est cruciale. La peur d'être jugé·e, souvent accentuée par l'existence d'une relation de longue date ou par une vision trop normative, peut rendre difficile l'abord de la question de la transition.

À l'inverse, la présence de marqueurs de bienveillance, tels que des supports visibles en cabinet, le respect du prénom et du genre, ainsi qu'une neutralité dans l'appel nominatif en salle d'attente, se révèle être des éléments essentiels et bénéfiques pour l'accès aux soins.

L'INSERM note que le parcours de transition reste « long et compliqué » en France (24). Le rapport ministériel "Santé et parcours de soins des personnes trans (2022)" souligne les lacunes des données : beaucoup de personnes ne demandent pas l'ALD, certaines interventions sont faites à l'étranger sans être comptabilisées, et les données hospitalières sont peu accessibles (25).

 L'IRESP a publié une enquête quantitative (2021) sur la santé, l'accès aux soins et les discriminations vécues par des personnes trans en France, montrant un rapport de défiance envers les professionnels de santé, des difficultés d'accès et des discriminations (26).

2. Faible mobilisation des CeGIDD :

Un autre point de l'étude est la faible orientation des patient·e·s trans vers les CeGIDD, alors même que leurs missions incluent explicitement la prise en charge globale de la santé sexuelle et l'accompagnement des populations vulnérables (16). Ce résultat questionne à la fois sur la visibilité de ces structures auprès des généralistes et leur intégration dans le parcours des personnes trans.

Il s'inscrit dans une tendance plus générale de sous-utilisation des CeGIDD par des populations qui pourraient pourtant en bénéficier, comme l'ont montré d'autres enquêtes (20).

3. Limites de l'étude et limites générales :

Plusieurs limites doivent être discutées.

D'abord, le taux de réponse des médecins (15 %) demeure faible, exposant à un biais de sélection : les répondants sont probablement plus sensibles à la thématique de la transidentité que la population globale des généralistes.

Ensuite, le nombre restreint d'entretiens (n=5) ne permet pas d'explorer l'ensemble des expériences vécues par les personnes trans, même si les propos recueillis sont cohérents avec les données de la littérature.

Enfin, l'étude est limitée au territoire de la MEL, dont l'offre de soins est spécifique (présence de plusieurs CeGIDD et d'un CHU universitaire), ce qui peut limiter la généralisation à d'autres régions.

D'un point de vue général, de nombreux patients trans n'utilisent pas le système de santé pour leur transition ou passent par des circuits non remboursés, ce qui n'est pas capté par les statistiques officielles.<sup>[L]
[SEP]</sup>

Les seuls indicateurs quantitatifs robustes (ALD, remboursements) ne couvrent pas les soins privés, les actes à l'étranger ou les parcours non officiels.<sup>[L]
[SEP]</sup>

L'une des faiblesses est que beaucoup de travaux reposent sur des échantillons réduits, souvent issus de populations déjà mobilisées (associations, réseaux trans), ce qui peut créer des biais de sélection.<sup>[L]
[SEP]</sup>

Nous ne disposons que de peu d'études suivies sur le long terme sur l'impact de la relation médecin généraliste et patient trans dans l'évolution de la santé globale.

De plus, <sup>[L]
[SEP]</sup>l'accès aux soins varie fortement selon les régions, selon la présence de centres spécialisés, la culture locale, l'offre médicale.

Par ailleurs, dans le développement du modèle multivarié, deux caractéristiques des médecins ont été prises en compte : le sexe et l'âge. Cependant, il est évident que d'autres facteurs influencent la présence de personnes trans dans la patientèle des médecins généralistes, par exemple : la formation initiale sur la transidentité, la connaissance et le suivi des recommandations.

Par ailleurs, le nombre de réponses disponibles pour construire le modèle de classification était insuffisant pour assurer des performances élevées et permettre une répartition selon les proportions habituelles des données entre ensembles d'apprentissage et de validation (classiquement : 70% pour l'entraînement et 30% pour la validation.)

Il est donc excessif d'affirmer que les femmes âgées de 25 à 35 ans ont une probabilité plus élevée (94 à 96%) d'accueillir des patients trans par rapport à leurs homologues masculins (86 à 90%), et qu'au-delà de 35 ans, cette probabilité s'inverse en faveur des hommes.

Ces éléments peuvent cependant constituer des hypothèses à explorer dans des recherches futures.

En définitive, l'objectif principal de la construction et de l'utilisation de ce modèle multivarié était de se familiariser avec ces méthodes d'analyse dans le contexte de ce travail et d'apporter des éléments d'information utiles pour une étude approfondie des relations entre les médecins généralistes et les personnes trans.

4. Perspectives et implications pratiques :

Ces résultats soulignent la nécessité de renforcer la formation initiale et continue des médecins généralistes sur la santé des personnes trans.

La HAS, dans son rapport de juillet 2025, a soumis des recommandations : individualiser l'accompagnement de la personne, en fonction de ses besoins, tout au long de son parcours afin de créer un environnement favorable au bon déroulement de la consultation ; accueillir la personne sans jugement ou idée préconçue quant à son identité de genre et ses besoins en matière d'accompagnement ; proposer un environnement d'accueil bienveillant et adapté aux personnes trans, notamment, l'utilisation du prénom et pronom demandés (dans toutes les communications) pour éviter toute stigmatisation.

Ces recommandations passent par une formation de tous les professionnels aux bonnes pratiques d'accueil des personnes trans. L'enjeu est de favoriser la capacité d'écoute et la compréhension de la personne trans et de ses proches avec son accord notamment grâce à l'aménagement d'un espace préservé pour la rencontre et l'adoption de modes et supports de communication adaptés (6).

L'objectif est d'améliorer la confiance et réduire le renoncement aux soins.

Une meilleure articulation entre les généralistes et les CeGIDD apparaît également indispensable, afin d'offrir un parcours plus fluide et coordonné.

Enfin, une recherche plus approfondie, notamment qualitative et à plus grande échelle, serait nécessaire pour analyser la diversité des parcours et des attentes, en particulier dans les zones rurales ou dépourvues de structures spécialisées.

Conclusion :

La transidentité, désormais reconnue comme une variation du vécu de genre et non plus comme un trouble psychiatrique, occupe une place croissante dans le champ de la santé publique.

Notre étude, menée auprès de médecins généralistes de la Métropole Européenne Lilloise et de personnes trans, visait à explorer l'utilisation de l'offre de soins, en particulier la médecine générale de ville et les CeGIDD.

Les résultats mettent en évidence un paradoxe : d'une part, une majorité de médecins généralistes déclarent accueillir des patient·e·s trans dans leur pratique. D'autre part, leur implication dans le parcours de transition reste limitée, les patient·e·s se tournant souvent vers des praticiens identifiés comme « trans-friendly » en dehors du cadre habituel du médecin traitant.

Des études de plus grande envergure sont nécessaires, avec un ensemble de variables élargi et des critères de validation renforcés.

Par ailleurs, les CeGIDD, pourtant conçus pour répondre aux besoins des populations vulnérables et pour intégrer la santé sexuelle dans une approche globale, apparaissent encore sous-utilisés par les médecins comme par les patient·e·s. La sous-utilisation des CeGIDD semble multifactorielle : faible visibilité du dispositif, méconnaissance de leurs missions et absence de circuits d'adressage formalisés. Des études complémentaires seraient utiles pour en préciser les causes et les leviers d'action.

Du côté des personnes trans, les entretiens confirment que la relation de soins est fortement conditionnée par la qualité de l'accueil, la reconnaissance de l'identité et la communication inclusive. Plus que les compétences techniques, ce sont la bienveillance et le respect manifestés par le soignant qui déterminent la confiance et la continuité du suivi. La peur du jugement et le manque de visibilité inclusive en cabinet demeurent des freins puissants au recours aux soins.

Ces constats rejoignent les données de la littérature et soulignent plusieurs enjeux prioritaires. La formation initiale et continue des médecins généralistes sur la santé des personnes trans apparaît indispensable, incluant à la fois les aspects médicaux (prescription hormonale, suivi somatique et psychologique) et relationnels (communication, accueil inclusif).

Le renforcement de la coordination entre médecine générale et CeGIDD représente également une opportunité pour fluidifier les parcours et réduire les inégalités de santé. Enfin, la mise en place de mesures simples mais visibles (affiches, logiciels permettant l'usage du prénom usuel, procédures d'appel neutres) pourrait améliorer le climat de confiance dans les cabinets de médecine générale.

En définitive, ce travail met en lumière la nécessité de consolider le rôle du médecin généraliste comme pivot du parcours de soins des personnes trans, en lien avec les CeGIDD et les structures spécialisées.

L'amélioration de la formation, de l'organisation et de l'accueil constitue une condition essentielle pour garantir à toutes et tous un accès équitable à des soins respectueux, continus et de qualité.

Bibliographie :

1. QuestionSexualité. Qu'est-ce que la transidentité. Santé publique France; 2023.
2. HES. La transidentité, sortie de la classification internationale des maladies de l'OMS depuis le 1er janvier 2022. 2022.
3. Vidal. La HAS publie ses premières recommandations de prise en charge des adultes trans. 2023.
4. Allory E, Duval E, Caroff M, Kendir C, Magnan R, Brau B, Lapadu-Hargue E, Chhor S. The expectations of transgender people in the face of their health-care access difficulties and how they can be overcome: A qualitative study in France. *Prim Health Care Res Dev*. 2020
5. Chevallier T, Valin N, Magrini G, Chiarabini T, Nerozzi-Banfi E, Abi Aad Y, Lacombe K. Transgender healthcare with challenges, disparities, and the path forward: a retrospective study at a tertiary care hospital in Paris, France. *BMC Public Health*. 2025;25:2537.
6. Haute Autorité de santé. Transidentité : prise en charge de l'adulte. 2025.
7. Exercer. Les freins à l'accès aux soins en médecine générale pour les personnes trans. Exercer. 2023.
8. Veilleux M, Terrier JE, Bécu M, Lafon M, Bourmaud A, Martin P, et al. Perceptions, expectations, and recommendations of trans adults on gender-affirming care in France: a qualitative study. *BMC Public Health*. 2024;24:2177.
9. Exercer. Relation soignant-soigné et personnes trans. Exercer. 2020.
10. MACSF. Personne transgenre : dysphorie de genre et parcours de soins en France. 2022.
11. Haute Autorité de santé. Transidentité : cadrage et état des lieux. 2022.
12. Meerwijk EL, Sevelius JM. Transgender population size in the United States: a meta-regression of population-based probability samples. *Am J Public Health*. 2017;107(2):e1–e8.
13. James SE, Herman JL, Rankin S, Keisling M, Mottet L, Anafi M. The Report of the 2015 U.S. Transgender Survey. Washington (DC): National Center for Transgender Equality; 2016
14. INSEE. Estimations de population au 1er janvier 2021. Paris: INSEE; 2021.
15. Garnier M, Ollivier S, Flori M, Maynié-François C. Transgender people's reasons for primary care visits: a cross-sectional study in France. *BMJ Open*. 2021;11(6):e036895
16. Dumas C. Étude qualitative sur l'accès aux soins des personnes trans. 2019.
17. Alessandrin A. Sociologie des transidentités. Paris: PUF; 2014.
18. American Psychiatric Association. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5). Paris: Elsevier Masson; 2015

- 19.OMS. Définition de la santé sexuelle. Genève: OMS; 2006.
- 20.Ministère de la Santé. Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD). 2015.
- 21.CNAM. Données sur les ALD pour transidentité. Paris: CNAM; 2020.
- 22.Marshall E, Claes L, Bouman WP, Witcomb GL, Arcelus J. Non-suicidal self-injury and suicidality in trans people: a systematic review of the literature. *Int Rev Psychiatry*. 2016;28(1):58–69
- 23.IGAS. Rapport sur la prise en charge médicale des personnes transgenres. Paris: IGAS; 2022.
- 24.Inserm. Santé des personnes transgenres : un parcours de soins à améliorer. 2024 Feb 5.
- 25.Picard H, Jutant S, avec l'appui de Gueydan G. Rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans. Paris: Ministère des Solidarités et de la Santé;
- 26.Alessandrin A. La santé des personnes trans. *Questions de santé publique*. 2023;(47)

AUTEURE : Nom : JACQUEMONT

Prénom : Chloé

Date de soutenance : 30 octobre 2025

Titre de la thèse : Utilisation de l'offre de soins par les personnes trans : rôle de la médecine générale et des CeGIDD dans la Métropole Européenne Lilloise

Thèse – Médecine – Lille 2025

Cadre de classement : médecine générale

DS + FST/option : DES de médecine générale

Mots-clés : transidentité ; médecine générale ; accès aux soins ; parcours de soins ; santé sexuelle ; CeGIDD ; Métropole Européenne Lilloise

Contexte : En France, la prise en charge des personnes trans repose largement sur le médecin généraliste (MG), mais les données montrent des obstacles persistants (formation insuffisante, renoncements aux soins) et une articulation inégale avec les structures spécialisées. L'objectif de cette thèse est d'examiner la place effective du MG dans la patientèle trans de la Métropole Européenne de Lille (MEL) et d'identifier des leviers d'amélioration.

Méthodes : Etude mixte : enquête transversale auprès des MG de la MEL (taux de réponse $\approx 15\%$) recueillant caractéristiques démographiques, organisation du suivi et orientation vers les CeGIDD ; entretiens qualitatifs ($n=5$) avec des personnes trans ; modélisation supervisée (Wolfram Language, Classify) pour prédire « l'existence de personnes trans en patientèle » à partir du couple (âge, sexe) du MG. L'algorithme a sélectionné des arbres boostés par gradient. Validation par matrice de confusion et indicateurs de validité.

Résultats : La majorité des MG déclarent suivre au moins une personne trans, mais le suivi est souvent centré sur des motifs « généraux » (renouvellements, démarches) et peu articulé à la transition, avec faible mobilisation des CeGIDD. Les entretiens confirment que la qualité relationnelle (respect du prénom/pronom, non-jugement) conditionne l'accès effectif aux soins.

Modélisation : sur l'ensemble de validation ($n=23$), PPV 86,7% (13/15) pour la classe « existence », NPV 12,5 % (1/8) pour « absence », accuracy $\approx 61\%$ (14/23), suggérant une bonne capacité à identifier les cabinets ayant au moins une personne trans mais une faible spécificité. Les probabilités prédites varient selon le profil du MG : chez les femmes 25-35 ans, 94-96 % vs hommes 86-90 % ; au-delà de 35 ans, probabilité plus élevée chez les hommes.

Conclusion : Dans la MEL, le MG est bien le point d'entrée, mais l'implication spécifique dans la transition reste limitée et les CeGIDD sont sous-utilisés. Les résultats plaident pour : renforcer la formation initiale et continue des MG (accueil affirmant le genre, hormonothérapies, coordination) ; mieux intégrer les CeGIDD au parcours ; améliorer la pratique (repérage, lettres-types, circuits d'orientation). Sur le plan scientifique, des études multicentriques de plus grande envergure, avec panel de variables élargi et validation méthodologique renforcée, sont nécessaires pour affiner la prédiction et évaluer l'impact clinique des interventions en soins primaires.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur François MEDJKANE

Assesseurs : Madame Le Docteur Isabelle BODEIN

Directeur de thèse : Monsieur le docteur Michel VALETTE