



Journée ASMA 2025

La prise en soin des personnes trans : vulnérabilités et besoins spécifiques

Dr Maxence Ouafik

07/10/2025



1. Préambule	2		
1.1 Une question de déplacement	3		
1.2 La transition administrative et la loi de 2018	5		
1.3 La transition médicale	6		
2. Données sociodémographiques	7		
2.1 Estimations de la population trans .	8		
2.2 Évolution des demandes de transition	10		
2.3 Emploi, revenus et scolarité	12		
3. Disparités de santé	13		
3.1 Santé mentale ¹	14		
3.2 Neurodéveloppement	15		
3.3 Santé sexuelle	17		
4. Le modèle de stress minoritaire ...	18		
4.1 Genèse du modèle de stress minoritaire	19		
4.2 Principes du modèle	20		
4.3 Facteurs de résilience	22		
4.4 L'importance du structurel	23		
5. L'accès au soin	25		
5.1 Difficultés d'accès au soin	26		
5.2 Scission au sein de la santé trans ..	34		
5.3 L'impossible scission	35		
6. Besoins de santé généraux des personnes trans	36		
6.1 La santé cardiovasculaire des personnes trans	37		
6.2 Prévention des cancers	42		

1. Préambule



Le terme « trans » désigne un rapport à son sexe assigné à la naissance, impliquant un détachement de celle-ci par un processus de transition

Le processus de transition peut revêtir diverses formes :

- Sociale
- Administrative
- Médicale
- Chirurgicale

Toutes les personnes trans ne souhaitent pas passer par l'entièreté de ces étapes, ou ne le peuvent pas toujours



Volonté de détachement → donne la direction du parcours

**Parcours transmasculin
(hommes trans et personnes non-binaires)**

**Parcours transféminin
(femmes trans et personnes non-binaires)**

Puisque tout part d'une volonté de détachement, on se réfère à la catégorie de genre de destination





Le changement de prénom et de la mention de genre à l'état civil repose sur le principe d'autodétermination, sans aucune démarche médicale nécessaire

Il est possible de changer de prénom dès 12 ans et de marqueur de genre dès 16 ans

Le changement de prénom peut se faire indépendamment du changement de mention de genre, sans entraîner de surcoût

Certains remboursements genrés peuvent être plus compliqués à obtenir après changement d'état civil



Le traitement hormonal, qu'il soit féminisant ou masculinisant, est un soin très recherché : 82% dans les parcours transmasculins et 90% dans les parcours transféminins.²

Dans les parcours transmasculins, la mastectomie est une intervention chirurgicale particulièrement recherchée (83%). Dans les parcours transféminins, la pose d'implants mammaires est une intervention souvent désirée (60%).²

Les femmes trans envisagent davantage la chirurgie génitale que les hommes trans (60% et 30% respectivement).²

2. Données sociodémographiques



L'estimation de la taille de la population trans dépend du critère retenu, avec deux grandes voies possibles³:

Enquêtes basées sur l'autodéfinition des répondants

Données issues de services spécialisés et se basant sur la réalisation d'une ou l'autre étape dans la transition

Cette variabilité dans la manière de compter le nombre de personnes trans induit une difficulté à la fois dans la mesure, mais également pour les comparer à travers les contextes ou les époques ! (voir Tableau 1)



Critère retenu	Estimation
Réalisation d'une chirurgie génitale (Belgique, 1985-2003) ⁴	7,74/100.000 (F) 2,96/100.000 (H)
Initiation d'une quelconque démarche (France, 2023) ⁵	0,1%
Auto-identification en tant que personne trans (Belgique, 2020) ⁶	0,5%
Avoir déjà pensé à changer de genre (France, 2023) ⁵	2,4%

Tableau 1. – Estimations de la population trans, selon différents critères

2.2 Évolution des demandes de transition

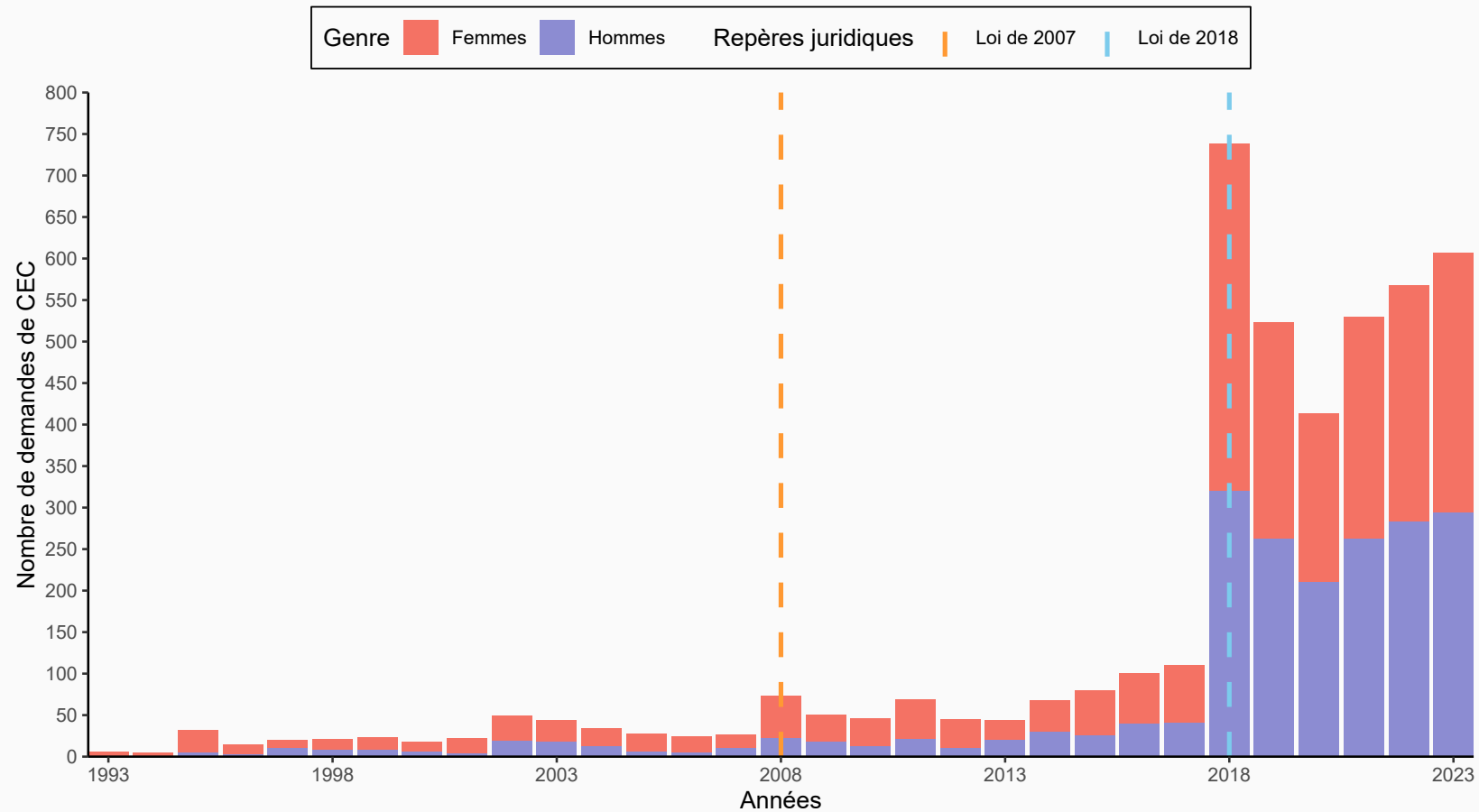


Fig. 1. – Évolution temporelle des demandes de CEC (données : IEFH, 2024⁷)



Augmentation des demandes de transition administrative, qui peut se comprendre à travers les changements juridiques (loi de 2007⁸ et de 2018⁹ ; voir Fig. 1)

L'assouplissement du parcours, tant juridique que médical, le rend plus accessible pour un plus grand nombre de personnes

Par ailleurs, la reconnaissance sociale et la visibilité accrues permettent à un plus grand nombre de personnes de poser des mots sur son expérience, d'oser en parler et d'initier éventuellement des démarches¹⁰

Cela se constate à travers un âge du coming out qui tend à se rajeunir selon les générations² :

- 33 ans pour les personnes nées entre 1965 et 1970
- 28 ans, pour les personnes nées entre 1971 et 1985
- 17 ans pour les générations nées entre 1986 et 2000



Proportion non négligeable sans emploi (21,7%)², à mettre en relation avec les discriminations possibles sur le lieu de travail

Une personne trans sur trois (30,8%) a en outre indiqué que son ménage avait d'importantes difficultés à joindre les deux bouts², contre 13.7% en Belgique, à l'époque de collecte des données.

Discrimination fréquente à l'école, allant de la curiosité déplacée (54,7%) au harcèlement (25,8%)²

Le marché de l'emploi est un domaine où les discriminations sont nombreuses : 8% démissionnent en raison des réactions, 11,5% de licenciement, 26.6% découragé·e·s à l'idée de continuer à candidater².

3. Disparités de santé



4x plus de dépression que chez les personnes cis

3x plus de troubles anxieux que chez les personnes cis

2x plus de décès par suicide que chez les personnes cis avec une prévalence de 40-50% pour les tentatives de suicide à vie

44% de PTSD

1/3 des jeunes trans de 18-25 ans présentant un TCA



Surreprésentation des personnes trans parmi les personnes sur le spectre autistique, et vice-versa¹¹

Forte hétérogénéité dans les fréquences retrouvées dans la littérature ; le chiffre de 11% a été mis en avant dans une méta-analyse de 2022¹²



Plusieurs hypothèses mises en avant pour expliquer cette cooccurrence, nombreuses abandonnées au fil des années

Hypothèse sociale : pas de lien causal, mais l'expression de chaque facette est influencée par l'autre lorsqu'il y a cooccurrence



Davantage d'infection à VIH, principalement chez les femmes trans¹³

Davantage d'infections à Chlamydia et Gonorrhée¹⁴

Surexposition à la violence sexuelle¹⁵

4. Le modèle de stress minoritaire



Ces disparités de santé ne viennent pas de nulle part, pas plus qu'elles seraient intrinsèques au fait d'être LGBT

Le modèle le plus employé pour expliquer cela est celui du *stress minoritaire*

Le terme été employé pour la première fois par Brooks, en 1981, pour décrire la manière dont les lesbiennes sont affectées par un stress social, culturel et économique¹⁶

Il a ensuite été utilisé dès 1995 par Meyer pour parler de la santé mentale des minorités sexuelles, permettant de gagner une reconnaissance plus large et a été élargi en 2012 par Hendrickx et Testa pour capturer les stressseurs spécifiques aux personnes trans¹⁶



L'idée derrière ce concept est que les minorités sexuelles et de genre font face à un stress accru par rapport à la population générale¹⁷



Fig. 2. – Représentation schématique du stress minoritaire



Ce stress spécifique peut ensuite être subdivisé en deux catégories de stressseurs :

- Les stressseurs internes
- Les stressseurs externes

Stresseurs externes¹⁸

- Discrimination
- Harcèlement
- Violence
- Dénî de l'identité

Stresseurs internes¹⁸

- Anticipation d'événements négatifs
- Dissimulation de l'identité
- Transphobie intériorisée



Il n'y a évidemment pas que des facteurs négatifs à prendre en compte, mais également des ressources externes et internes qui permettent de diminuer les disparités de santé mentale¹

Les principaux facteurs de bien-être sont l'euphorie de genre, l'estime de soi et la satisfaction dans sa vie¹

Dans les facteurs protecteurs, on retrouve le soutien social et, a fortiori, le soutien familial^{1,19}



Ne pas oublier que les facteurs de stress distaux s'inscrivent dans un contexte social plus large¹⁶

À côté des facteurs interpersonnels (discrimination au travail, rejet par la famille, harcèlement...), on retrouve des facteurs structurels et systémiques (barrières à l'accès au soin, décisions politiques...)¹

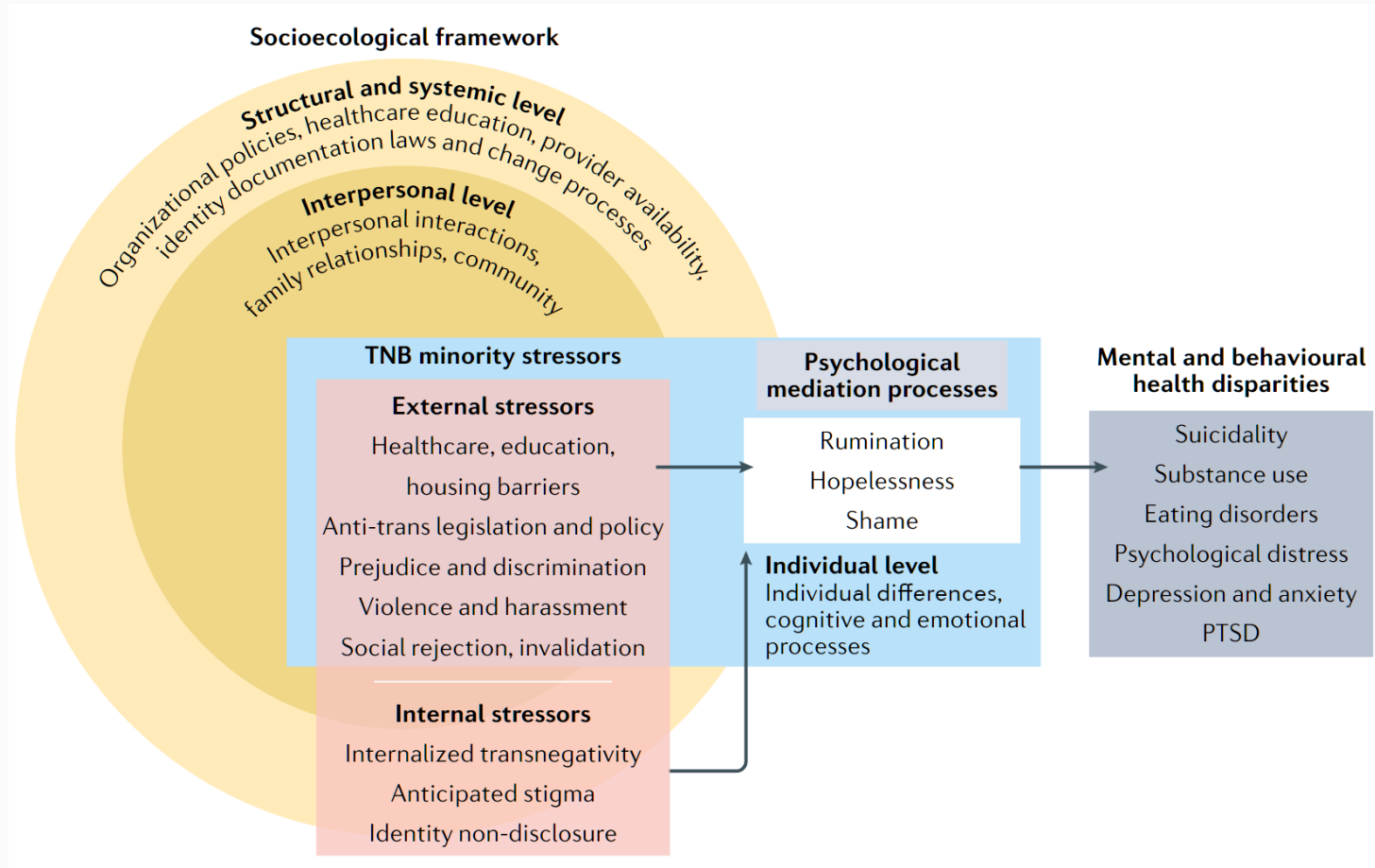


Fig. 3. – Modèle socioécologique, tiré de Tebbe et al. (2022)¹

5. L'accès au soin

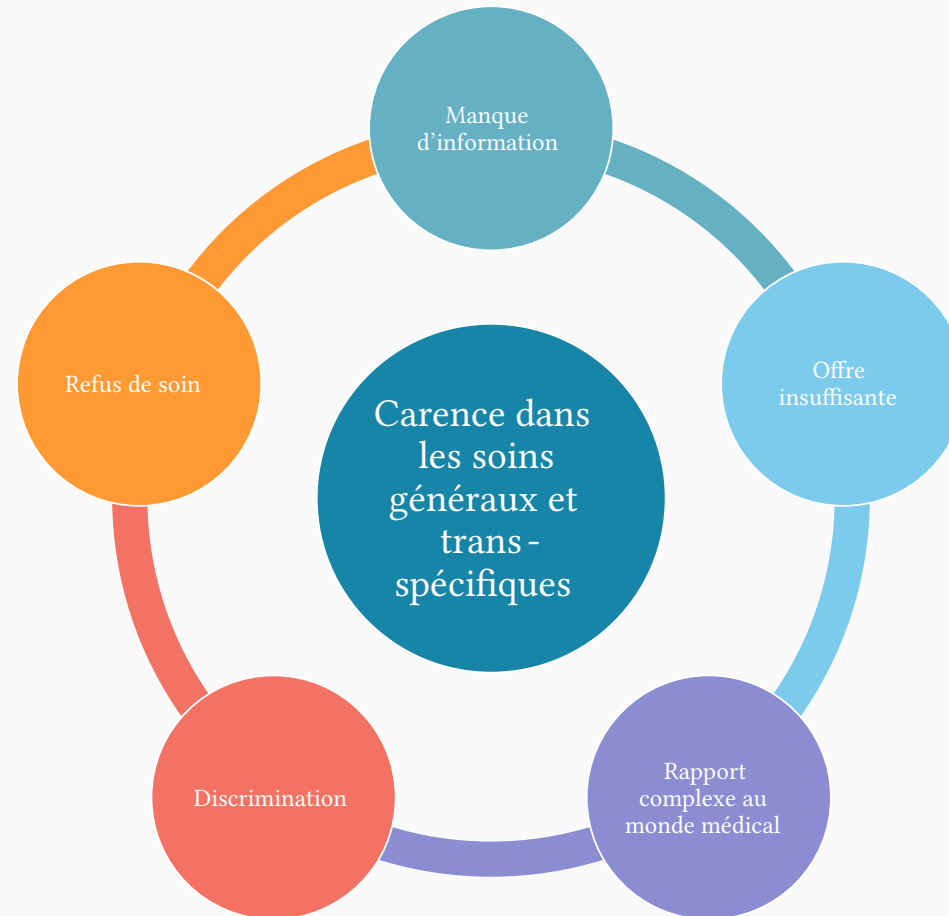


Fig. 4. – Représentation schématique des obstacles dans l'accès au soin des personnes trans



5.1.1 Manque d'information

La difficulté à se procurer des informations adaptées constitue un frein majeur des parcours de transition²⁰

Dans la recherche d'information auprès de divers prestataires de soin non spécialisés dans les soins trans-spécifiques, seule la moitié des personnes trans indiquent avoir obtenu des informations utiles²

Manque de formation médicale sur la santé trans, ce qui représente une barrière à part entière^{21,22}



5.1.2 Insuffisance de l'offre

Difficulté à trouver des professionnels de santé offrant des soins adaptés aux personnes trans^{20,23,24}

Saturation rapide des services spécialisés²⁵

Nécessité de déplacements importants, longs délais et choix limité du prestataire^{20,23,25}



Mobilité géographique des patients transgenres

Patients vus en consultation dans le cadre de leur THAG (N = 207)

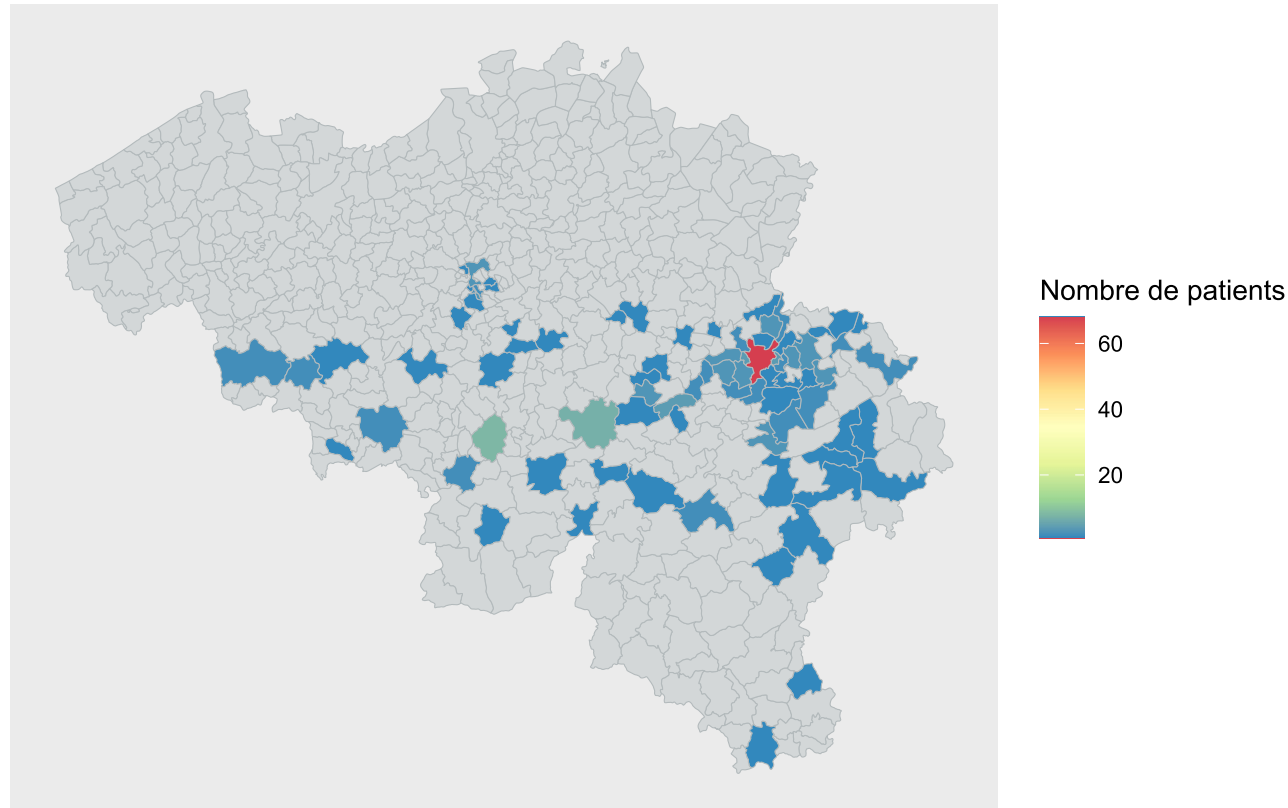


Fig. 5. – Répartition géographique des patient·e·s trans de ma patientèle



5.1.3 Rapport complexe au monde médical

Le monde médical, a fortiori hospitalier, est lié à de nombreux affects négatifs dans l'esprit des personnes trans²⁶ et il existe un manque de confiance des personnes trans envers le monde médical²⁷

Ce rapport complexe est lié à un contexte sociohistorique complexe et douloureux)

Il entraîne une anticipation, parfois justifiée, d'événements négatifs pouvant conduire à un report, voire à un évitement des soins



5.1.3.1 Évitement des soins

56.2% des répondants d'une enquête européenne signalent avoir déjà reporté au moins une consultation médicale parce qu'ils étaient trans²⁸

25% ont déjà postposé une consultation chez leur MG et 17% l'ont simplement abandonné²⁹, en raison d'appréhension des remarques du médecin ou de problèmes financiers

40% des personnes transmasculines d'une étude française de 2024 n'avaient jamais eu de consultation gynécologique (âge moyen de 25 ans)³⁰. Leur niveau de confort médian était de 3/10 avec un niveau de satisfaction de 5/10.



5.1.4 Discriminations dans les soins

Les expériences négatives dans les soins peuvent être de différentes natures² :

- Outing indésirable
- Mégenrage
- Curiosité déplacée
- Violence physique et verbale

Or, les expériences de soin négatives découragent la recherche ultérieure de soins³¹



5.1.5 Refus de soin

Les personnes trans peuvent faire face à un refus de soin²⁹

Elles sont en outre systématiquement renvoyées vers les équipes spécialisées, ce qui contribue à leur saturation

Exceptionnalisation des corps et parcours trans et sentiment d'altérisation³² : *j'avais l'impression d'avoir genre une maladie rare où on pouvait juste me référer à un centre qui connaissait.* (Timothée)



Le modèle de soin centralisé constitue les soins trans-spécifiques comme exceptionnels et indépendants d'autres questions de santé

Ce faisant, les personnes trans sont réduites au fait d'être trans et la santé trans, aux soins trans-spécifiques.

Le caractère inaccessible et ultraspécialisé des soins rend secondaires de nombreuses questions de santé³³

Ignorance et/ou intégration difficile des besoins de santé des personnes trans en dehors des services spécialisés³⁴

Impact négatif sur la capacité à fournir des soins adaptés et de qualité



Il est impossible de scinder une santé « générale » d'une santé « spécifique » et de réduire la santé trans aux seuls soins dits « trans-spécifiques ».

On ne peut apporter des soins adaptés et de qualité en scindant la santé des individus.

C'est d'autant plus important en santé trans dans la mesure où la santé de la personne dans son ensemble peut être influencée par les aspects dits « trans-spécifiques »

Les deux premières lignes de soin ont donc un rôle crucial à jouer !

6. Besoins de santé généraux des personnes trans



6.1.1 Un risque cardiovasculaire accru ?

Dans une méta-analyse de 2024, seul le risque de TVP était significativement accru chez les femmes trans (x2)³⁵.

Ce risque n'était pas majoré chez les hommes trans

Le risque d'AVC ou d'infarctus n'était pas significativement accru, chez les femmes trans comme chez les hommes trans³⁵.

Certaines études montrent toutefois un risque accru d'infarctus chez les femmes trans (x2), laissant la question incomplètement tranchée³⁶



6.1.2 Proportions d'incidence des maladies cardiovasculaires³⁵

Hommes trans

0,8% d'AVC

0,6% d'infarctus du
myocarde

0,7% de TVP

Femmes trans

1,8% d'AVC

1,2% d'infarctus du
myocarde

1,6% de TVP



6.1.3 Déterminants sociaux de la santé cardiovasculaire

Le stress psychosocial joue un rôle dans le développement de maladies cardiovasculaires³⁷

Or, ce dernier est accru chez les personnes trans (voir point 4.)

→ la complexité du risque cardiovasculaire chez les personnes trans ne pourrait souffrir d'un quelconque réductionnisme à leur prise éventuelle d'hormones



De nombreux facteurs de risque cardiovasculaire sont plus présents chez les personnes trans³⁸

Davantage de tabagisme et de consommation éthylique

Moindre niveau d'activité physique

Moins bonne alimentation et BMI plus fréquemment $> 25\text{kg/m}^2$

6.1.4 Douleurs pelviennes et endométriose

Les douleurs pelviennes sont un motif de consultations fréquent (motif de 51% des consultations gynécologiques demandées par les hommes trans)³⁰

Elle peut être présente déjà avant l'initiation de la testostérone ou apparaître après



En outre, l'endométriose est fréquente³⁹



6.2.1 Femmes trans

Risque accru de cancer mammaire après transition (SIR de 46,7 par rapport aux hommes cis et de 0.3 par rapport aux femmes cis)⁴⁰

Âge médian plus jeune (50 ans versus 61 ans)⁴⁰



Cancer de la prostate plus rare (HR de 0,4), dépendant de l'âge d'initiation du traitement hormonal⁴¹

Toutefois, ils semblent plus mortels (HR de 1,91)⁴¹, possiblement parce qu'ils sont d'emblée résistants à la castration⁴²

6.2.2 Hommes transgenres

Pas de preuve d'un risque accru de cancer de l'endomètre ni des ovaires sous testostérone⁴². Pas de recommandation de dépistage systématique ni d'hystérectomie prophylactique⁴³

Cancers du sein plus rares après transition médicale (SIR de 0,2)⁴⁰

Bibliographie



1. Tebbe EA, Budge SL. Factors that drive mental health disparities and promote well-being in transgender and nonbinary people. *Nature Reviews Psychology* 2022; 1: 694-707.
2. Motmans J, Wyverkens E, Defreyne J. *Être une personne transgenre en Belgique : 10 ans plus tard*. Bruxelles, Belgique, 2017.
3. Condat A, Cohen D. La prise en charge des enfants, adolescentes et adolescents transgenres en France~: controverses récentes et enjeux éthiques. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 2022; 70: 408-426.
4. De Cuypere G, Van Hemelrijck M, Michel A, et al. Prevalence and demography of transsexualism in Belgium. *European Psychiatry* 2007; 22: 137-141.
5. Inserm. *Premiers résultats de l'enquête CSF-2023 Inserm-ANRS-MIE*. Paris, novembre 2024.
6. Van Hove H. *Le sexisme en Belgique. Résultats de l'enquête #YouToo ? – L'identité de genre*. Bruxelles (Belgique), 2021.
7. Van Hove H. *Personnes transgenres ayant fait une demande de changement de la mention officielle de leur sexe en Belgique - Actualisation annuelle Données issues du Registre national (du 1er janvier 1993 au 31 décembre 2023 inclus)*. Bruxelles (Belgique), 2024.
8. Justice. Loi du 10/05/2007 relative a la transsexualite.
9. Justice. Loi du 25/06/2017 réformant des régimes relatifs aux personnes transgenres en ce qui concerne la mention d'une modification de l'enregistrement du sexe dans les actes de l'état civil et ses effets.
10. Arnoldussen M, Steensma TD, Popma A, et al. Re-evaluation of the Dutch approach: are recently referred transgender youth different compared to earlier referrals?. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2020; 29: 803-811.



11. Bouzy J, Brunelle J, Cohen D, et al. Transidentities and autism spectrum disorder: A systematic review. *Psychiatry Research* 2023; 323: 115176.
12. Kallitsounaki A, Williams DM. Autism Spectrum Disorder and Gender Dysphoria/Incongruence. A systematic Literature Review and Meta-Analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2023; 53: 3103-3117.
13. Becasen JS, Denard CL, Mullins MM, et al. Estimating the Prevalence of HIV and Sexual Behaviors Among the US Transgender Population: A Systematic Review and Meta-Analysis, 2006–2017. *American Journal of Public Health*; 109. Epub ahead of print janvier 2019. DOI: 10.2105/AJPH.2018.304727.
14. Pitasi MA, Kerani RP, Kohn R, et al. Chlamydia, Gonorrhea, and Human Immunodeficiency Virus Infection Among Transgender Women and Transgender Men Attending Clinics that Provide Sexually Transmitted Disease Services in Six US Cities. *Sexually Transmitted Diseases* 2019; 46: 112-117.
15. Testa RJ, Sciacca LM, Wang F, et al. Effects of violence on transgender people. *Professional Psychology: Research and Practice* 2012; 43: 452-459.
16. Linander I, Lundberg T, Alm E. The gender minority stress model and/or cisnormativity? The need for pluralistic theoretical perspectives in improving trans health and medicine. *Social Science & Medicine* 2024; 351: 116957.
17. Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence.. *Psychological Bulletin* 2003; 129: 674-697.
18. Testa RJ, Habarth J, Peta J, et al. Development of the Gender Minority Stress and Resilience Measure.. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity* 2015; 2: 65-77.



- Mezza F, Mezzalira S, Pizzo R, et al. Minority stress and mental health in European transgender and gender diverse people: A systematic review of quantitative studies. *Clinical Psychology Review* 2024; 107: 102358.
- 19.
- Baleige A, Guernut M, Denis F. Promouvoir la santé des personnes transgenres et de genre divers au sein des systèmes de santé : une revue systématique de la littérature communautaire. *Santé Publique* 2023; 197-211.
- 20.
- Burgwal A, Gvianishvili N, Hård V, et al. The Impact of Training in Transgender Care on Healthcare Providers Competence and Confidence: A Cross-Sectional Survey. *Healthcare* 2021; 9: 967.
- 21.
22. Research.
- Kearns S, Kröll T, O`Shea D, et al. Experiences of transgender and non-binary youth accessing gender-affirming care: A systematic review and meta-ethnography. *PLOS ONE* 2021; 16: e257194.
- 23.
- Lee JL, Huffman M, Rattray NA, et al. "I Don't Want to Spend the Rest of my Life Only Going to a Gender Wellness Clinic": Healthcare Experiences of Patients of a Comprehensive Transgender Clinic. *Journal of General Internal Medicine*. Epub ahead of print 2022. DOI: 10.1007/s11606-022-07408-5.
- 24.
- T'Sjoen G, Motmans J. Integrating transgender care into mainstream medicine—an essay by Guy T'Sjoen and Joz Motmans. *BMJ* 2022; o1949.
- 25.
- Ker A, Fraser G, Fleming T, et al. 'A little bubble of utopia': constructions of a primary care-based pilot clinic providing gender affirming hormone therapy. *Health Sociology Review* 2021; 30: 25-40.
- 26.
- Holland D, White LCJ, Pantelic M, et al. The experiences of transgender and nonbinary adults in
- 27.



- primary care: A systematic review. *European Journal of General Practice* 2024; 30: 2296571.
- Burgwal A, Motmans J. Trans and gender diverse people's experiences and evaluations with general and trans-specific healthcare services: a cross-sectional survey. *International Journal of Impotence Research* 2021; 33: 679-686.
- Garnier M, Ollivier S, Flori M, et al. Transgender people's reasons for primary care visits: a cross-sectional study in France. *BMJ Open* 2021; 11: e36895.
- Cuq J, Jurek L, Morel-Journal N, et al. Gynecological primary care of trans men and transmasculine non-binary individuals, a French descriptive study. *International Journal of Transgender Health* 2024; 25: 888-895.
- Boyer TL, Sequeira GM, Egan JE, et al. Binary and Nonbinary Transgender Adolescents' Healthcare Experiences, Avoidance, and Well Visits. *Journal of Adolescent Health*; 0. Epub ahead of print juin 2022. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2022.04.016.
- Fournier A. *Naviguer sa transition Une sociologie matérialiste des parcours transmasculins dans le paysage de soin belge francophone*. 2023.
- Meidani A, Alessandrin A. Cancers et transidentités : une nouvelle << population à risques >> ?. *Sciences Sociales et Santé* 2016; 35: 41-64.
- Linander I, Alm E, Hammarström A, et al. Negotiating the (bio)medical gaze – Experiences of trans-specific healthcare in Sweden. *Social Science & Medicine* 2017; 174: 9-16.
- Van Zijverden LM, Wiepjes CM, Van Diemen JJK, et al. Cardiovascular disease in transgender people: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Endocrinology* 2024; 190: S13-S24.



36. Alzahrani T, Nguyen T, Ryan A, et al. Cardiovascular Disease Risk Factors and Myocardial Infarction in the Transgender Population. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes* 2019; 12: e5597.
37. Poteat TC, Divsalar S, Streed CG, et al. Cardiovascular Disease in a Population-Based Sample of Transgender and Cisgender Adults. *American Journal of Preventive Medicine* 2021; 61: 804-811.
38. Streed CG, Beach LB, Caceres BA, et al. Assessing and Addressing Cardiovascular Health in People Who Are Transgender and Gender Diverse: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*; 144. Epub ahead of print août 2021. DOI: 10.1161/CIR.0000000000001003.
39. Ferrando CA, Chapman G, Pollard R. Preoperative Pain Symptoms and the Incidence of Endometriosis in Transgender Men Undergoing Hysterectomy for Gender Affirmation. *Journal of Minimally Invasive Gynecology* 2021; 28: 1579-1584.
40. Blok CJM de, Wiepjes CM, Nota NM, et al. Breast cancer risk in transgender people receiving hormone treatment: nationwide cohort study in the Netherlands. *BMJ* 2019; l1652.
41. Manfredi C, Ditunno F, Franco A, et al. Prostate Cancer in Transgender Women: Epidemiology, Clinical Characteristics, and Management Challenges. *Current Oncology Reports* 2023; 25: 1431-1443.
42. Berner AM, Atkinson SE. The implications of hormone treatment for cancer risk, screening and treatment in transgender individuals. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism* 2024; 38: 101909.
43. Coleman E, Radix AE, Bouman WP, et al. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender



Diverse People, Version 8. *International Journal of Transgender Health* 2022; 23: S1-S259.