



HAL
open science

Comorbidités dans la population transgenre et défauts de soins : une revue de la littérature

Justine Fradelizi

► **To cite this version:**

Justine Fradelizi. Comorbidités dans la population transgenre et défauts de soins : une revue de la littérature. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03464326

HAL Id: dumas-03464326

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03464326v1>

Submitted on 3 Dec 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'État de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2 - L 335.10

UNIVERSITÉ DE PARIS

Faculté de Santé

UFR de Médecine

Année 2020

N° 92

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 30 septembre 2020

Par

Justine FRADELIZI

**Comorbidités dans la population transgenre et
défauts de soins : une revue de la littérature**

Dirigée par Mme la Docteure Alicia Cohen Freoua

JURY

M. le Professeur Maurice Corcos

Président

M. le Professeur David Cohen

Membre du jury

Mme la Docteure Alicia Cohen Freoua

Directrice

Mme la Docteure Laetitia Martinerie

Membre du jury

M. le Docteur Georges Archambault

Membre du jury

Remerciements

Tout d'abord, je remercie mes directrices de thèse. Le Docteur Anne Bargiacchi, qui m'a aidée à initier mon projet de thèse. Le Docteur Alicia Cohen Freoua qui m'a accompagnée et soutenue tout le long de la rédaction de celle-ci. Merci à vous deux pour vos précieux conseils, votre disponibilité et votre bienveillance. Vous m'avez accordé votre temps et guidé tout au long de ce travail, en relisant sans relâche mes pavés désorganisés. Grâce à vous, j'ai appris une méthodologie et approfondi mes connaissances sur la transidentité. Ce sont là des cadeaux qui me serviront toute ma vie!

Monsieur le Professeur Maurice Corcos, je vous remercie pour l'honneur que vous m'accordez en acceptant de présider cette thèse. C'est au sein de votre service que j'ai réalisé mon premier stage de psychiatrie en tant qu'externe. Ce fut une riche expérience, qui m'a confortée dans mon choix de devenir psychiatre.

Monsieur le Professeur David Cohen, je vous remercie d'avoir accepté de faire partie du jury de cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

Madame le Docteur Martinerie Laetitia, je vous remercie d'avoir rejoint un jury de psychiatre pour ce thème qui rassemble nos spécialités. Je trouve votre travail passionnant et je tenais à vous le témoigner.

Monsieur le Docteur Archambaud, je vous remercie infiniment pour votre générosité, patience et gentillesse. J'aimerais vous exprimer toute mon admiration pour le travail titanesque que vous avez réalisé pour vos patients, ainsi que pour les chanceux étudiants qui ont croisé votre chemin.

J'exprime aussi mes remerciements sincères à tous les médecins qui m'ont encadrée et les équipes que j'ai rencontrées. Chaque stage a été l'occasion de belles découvertes, me faisant aimer toujours un peu plus cette passionnante spécialité qu'est la psychiatrie. Je remercie également tous les patients qui m'apprennent à devenir psychiatre mieux que quiconque.

Merci à tous mes relecteurs et conseillers pour vos coups de pouce. Merci Estrella, pour tout ce que vous m'avez apporté, vous m'avez soutenue sans faille avec un enthousiasme qui m'a donné confiance. Myrdhin pour tes conseils d'expert derrière ton élégante moustache. Merci

Estelle d'avoir généreusement partagé vos nombreuses connaissances. Merci Agent P. pour tes retours teintés de poésie.

Merci au Docteur Chantal Stheneur, de m'avoir aidé à changer pour gagner en liberté et d'avoir vu de manière positive mon désir de faire de la psychiatrie.

Merci à Jilou et Catcat mes parents chéris que j'aime et que je respecte. Vous m'avez élevée dans la joie et la créativité. Merci Noémie, tu es une sœur au cœur d'or et d'un courage qui m'impressionnera toujours.

Merci à mes grands-parents Mamie, Nono et Mamine pour tout leur amour et leur gentillesse. Merci à mes meilleurs amis. La douce Jurion et le pétillant Justan avec qui j'ai fait les 400coups. À mes chaleureux amis lotois avec qui j'ai passé les plus belles vacances de mon enfance et de mon adolescence. À mes colocataires en or: Alexandre dont j'admire les aspirations avec un grand A et son grumeau d'exception, feu mon mari Nicolas qui maîtrise l'herméneutique de la morue et ma Filouterie Joyeuse dont on ne saura jamais si elle aura été possédée. À ma poétesse Vanina et nos soirées magiques. À Sophie et notre espace psychothérapeutique. À ma Juliette et sa touche d'humour inimitable. À mon protéiforme Voisin pantinois et à Matilda la sulfureuse habitante de la petite niche. À mon frère insomniaque, à la fois cérébral et l'homme d'action. À Sandrella et son aura galvanisante. À William et tes déguisements toujours plus fous. À Ryota et ton enthousiasme sans limites. À Léa, ma petite lave noire de météorite. Aux dernières pépites amicales découvertes : Filippo, Walter, Sofian, J.P, Alexisse et toute la bande de SMG.

Et le meilleur pour la fin, à mon Julien que j'aime passionnément. Contre vents et marées, tu resteras le feu follet qui réchauffe mon cœur.

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE : INTRODUCTION	9
1. DÉFINITIONS	9
2. LA TRANSIDENTITÉ DÉFINIE PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ	10
2.1. Le DSM 5	10
2.2. La CIM 10	11
2.3. La WPATH	11
3. HISTOIRE DE LA TRANSIDENTITÉ	12
3.1. Du « transsexualisme » au concept de la « transidentité »	12
3.2. Encadrement médico-judiciaire de la transidentité	13
3.2.1. Protocoles de prise en charge	14
3.2.2. Évolution de la loi française	14
3.2.3. Remboursement des soins	15
4. ÉVALUATION ET PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE	15
4.1. Recommandations de prise en charge	15
4.2. Le parcours de soins	16
4.3. Évaluation diagnostique, information et orientation	16
4.4. Accompagnement psychique	17
4.5. Prise en charge de l'environnement et de l'entourage	17
4.6. Traitements hormono-chirurgicaux	17
4.6.1. Avant la délivrance d'hormones	17
4.6.2. Traitements hormonaux réversibles	18
4.6.3. Traitements partiellement réversibles et irréversibles	20
4.6.3.1. Eligibilité au traitement	20
4.6.3.2. Hormonothérapie substitutive	20
4.6.3.3. Prise en charge chirurgicale	24
4.7. Prises en charge complémentaires	27
4.8. Particularités concernant les personnes intersexuées	27
4.9. Pronostic et évolution	28

DEUXIÈME PARTIE : ÉTAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES SCIENTIFIQUES SUR LA TRANSIDENTITÉ	31
1. PRÉVALENCE	31
2. HYPOTHÈSES À PROPOS DES MÉCANISMES DU DÉVELOPPEMENT DE LA TRANSIDENTITÉ	32
3. LA SANTÉ DES PERSONNES TRANSGENRES : QUELLES COMORBIDITÉS ? .	34
3.1. Troubles psychiatriques	34
3.2. Comorbidités somatiques	44
3.2.1. Soins uro-génitaux.....	44
3.2.2. Cancer	46
3.2.3. Santé cardio-vasculaire	50
3.2.4. Résultats biologiques	52
3.2.5. Autres problèmes de santé physique	53
3.2.6. Taux de mortalité	53
3.3. La demande de soins	53
4. HYPOTHÈSES SUR LES FACTEURS D’AUGMENTATION DE LA MORBIDITÉ CHEZ LES PERSONNES TRANSGENRES	54
4.1. Stigmatisations et discriminations	54
4.2. Manque de formation des soignants	57
4.3. Problèmes administratifs	58
4.4. Les problèmes socio-économiques et d’assurance maladie	58
4.5. Évitement des soins par les personnes transgenres	59
4.6. Automédication	60
4.7. Des sous populations transgenres plus vulnérables	61
4.7.1. Les personnes non binaires	61
4.7.2. Les sujets âgés transgenres	62

TROISIÈME PARTIE : DISCUSSION ET CONCLUSION	63
1. RÉSULTATS PRINCIPAUX CONCERNANT LA SANTÉ DES PERSONNES TRANS ET HYPOTHÈSES POUVANT EXPLIQUER CES OBSERVATIONS	63
2. LIMITES DES ÉTUDES ISSUES DE LA REVUE DE LA LITTÉRATURE	63
3. CHANGEMENTS EN COURS ET PERSPECTIVES D’AVENIR POUR LES PERSONNES TRANSGENRES	65
3.1. Vers une meilleure représentativité des données sur les personnes trans	65
3.2. Des objectifs pour améliorer la santé des personnes transgenres	66
3.3. Évolutions administratives dans le processus de transition	67
BIBLIOGRAPHIE	69
ANNEXES	95
RÉSUMÉ	4^e cov.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Frise chronologique des évènements médico-judiciaires encadrant la THC entre 1979 et 2016.

Figure 2 : Approche typique des chirurgies de reconstruction génitale pour les personnes transgenres.

Figure 3 : Synthèse des prévalences des comorbidités psychiatriques dans des populations d’adultes transgenres. Données issues de différentes études référencées dans le tableau 6. Les valeurs extrêmes, médianes et les quartiles inférieurs et supérieurs sont représentés sous forme de box-plot pour chaque comorbidité.

Figure 4 : Winter S. Lost in transition: transgender people, rights and HIV vulnerability in the Asia-Pacific region. (Perdus en transition: personnes transgenres, droits et vulnérabilité au VIH en Asie Pacifique.) Bangkok: Programme de développement des Nations Unies, 2012

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Résumé des différents critères requis, pour être éligible à l’hormonothérapie substitutive et aux traitements chirurgicaux, en rapport avec une réassignation de genre.

Tableau 2A : Effets, délai d’effets et réversibilité des effets des hormones masculinisantes.

Tableau 2B : Effets, délai d’effets et réversibilité des effets des hormones féminisantes.

Tableau 3 : Risques associés à l’hormonothérapie (les items en gras sont cliniquement significatifs).

Tableau 4 : Résumé des chirurgies de réassignation de genre.

Tableau 5 : Comorbidités psychiatriques des personnes transgenres

Tableau 6 a et b : Prévalences des comorbidités psychiatriques dans des populations d'adultes trans et cisgenres, issues de différentes études référencées. Les données sont synthétisées par les valeurs extrêmes, les médianes et les quartiles inférieurs et supérieurs de chaque comorbidité.

Tableau 7 : Synthèse des comorbidités psychiatriques non mentionnées dans le tableau 6. Comparaison des données entre les personnes cisgenres et transgenres.

Tableau 8 : Tableau présentant les taux d'incidence proportionnelle retrouvés significativement plus élevés chez les personnes transgenres par rapport aux personnes cisgenres homme et/ou femme d'après les études de Braun et al. et de Nash et al.

Tableau 9 : Comparaison des comorbidités cardiovasculaires des personnes trans par rapport aux personnes cisgenres.

Tableau 10 : Violences, harcèlement et discriminations envers les personnes transgenres.

Tableau 11 : Associations statistiquement significatives entre certains facteurs issus de la stigmatisation et une morbidité psychiatrique accrue.

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : Critères DSM pour le diagnostic de dysphorie de genre

ANNEXE 2 : Reproduction et parentalité

ANNEXE 3 : Effets indésirables des traitements hormonaux réversibles

ANNEXE 4 : Impact oncologique de l'hormonothérapie et dépistages

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ALD : Affection longue durée

ANZPATH : Australian and New Zealand Professional Association for Transgender Health

APA : American Psychiatric Association (Association américaine de psychiatrie)

AVC : Accident vasculaire cérébral

CEDH : Cour Européenne des Droits de l'Homme

CEC : Changement d'état civil

CECOS : Centre d'Etude et de Conservation des Oeufs et du Sperme Humain

CIM 10 : Classification internationale des maladies dixième version

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Diseases (Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux)

ESPT : État de stress post traumatique

FtM : Female to Male

GnRH : Gonadotrophin Releasing Hormone

GRETIS : Groupe de recherche et d'étude sur les troubles de l'identité sexuelle

HAS : Haute Autorité de Santé

HCS : Hyperplasie congénitale des surrénales

HPV : Virus du Papillome Humain

HTA : Hypertension artérielle

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IM : Infarctus du myocarde

IS : Idées suicidaires

IST : Infections sexuellement transmissibles

LGBTQI+ : lesbiennes Gays Bisexuels Transgenres Queer Intersexués

MtF : Male to Female

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMA : Procréation médicalement assistée

RCP : Réunion de concertation pluridisciplinaire

RIP : Rapport d'incidence proportionnelle

SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise

SoFECT : Société Française d'Etude et de prise en Charge du Transsexualisme

SOPK : Syndrome des Ovaires Polykystiques

TCA : Trouble du Comportement Alimentaire

TDAH : Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité

THC : Transition hormono-chirurgicale

TS : Tentative de suicide

TSA : Trouble du Spectre Autistique

USA : United States of America (États-Unis d'Amérique)

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

WPATH : World Professional Association for Transgender Health (Association Mondiale des Professionnels de la Santé des Personnes Transgenres)

PREMIÈRE PARTIE : INTRODUCTION

1. DÉFINITIONS

La transidentité est un terme générique désignant une inadéquation entre l'identité de genre et le genre assigné à la naissance. On parle aussi d'incongruence ou de variance de genre (1)(2).

Le genre assigné à la naissance a été défini sur la base du sexe biologique, déterminé à la naissance. Le sexe biologique est caractérisé par les organes génitaux, les gonades, les hormones ou encore le patrimoine génétique. Il peut être féminin, masculin, intersexué homme ou intersexué femme (3)(4). Malgré le lien étroit entre sexe et genre, ce sont deux termes indépendants. Le sexe est à l'identité physique, ce que le genre est à l'identité psychique.

L'identité de genre est le sentiment intrinsèque d'être homme, femme ou non binaire; c'est à dire sur un continuum entre les deux genres. Seul l'individu est à même de dire quel est son genre en fonction de son point de confort. Celui-ci peut varier dans le temps (4)(5).

L'« expression de genre » renvoie aux différentes façons dont les personnes expriment leur identité de genre, et à la manière dont celle-ci est perçue par les autres. On utilise également le terme de « rôle de genre ». Cela peut passer par les attitudes, le langage, l'apparence. Chaque culture a sa propre idée quant aux différentes caractéristiques que les hommes et les femmes ont, ou devraient avoir (2)(3). L'expression de l'identité de genre est souvent influencée par ces « stéréotypes » ou « rôles sociaux de genre » (1).

Généralement, l'expression de genre correspond à l'identité de genre de la personne. Cependant, il arrive que le genre soit exprimé de manière occasionnelle. Comme chez les travestis, drag kings, drag queens, tomboy... Chez ces personnes l'incongruence entre le genre ressenti et sexe biologique n'est pas forcément présente (5).

On parle de personnes cisgenres pour désigner les sujets dont l'identité de genre est en adéquation avec le genre assigné à la naissance (3).

Afin de décrire la multiplicité des identités de genre autres que cisgenre, on utilise le mot transgenre. C'est un terme recouvrant de nombreuses terminologies (2-4).

Ainsi on utilise le sigle MtF (Male to Female) pour désigner les femmes trans. C'est-à-dire des personnes assignées hommes à la naissance dont l'identité de genre est féminin. On parle

donc de MtF au féminin (1)(2). Inversement, FtM (Female to Male) désigne les hommes trans. Il s'agit de personnes assignées femmes à la naissance, dont le genre est masculin. On parle donc des FtM au masculin (1)(2). Ne pas appliquer ces principes se nomme mégenrage. Le mégenrage est le fait de désigner une personne selon son sexe assigné au lieu de celui auquel elle s'identifie. Aussi, on utilise le terme transphobie pour désigner les marques de rejet, de discrimination et de violence à l'encontre des personnes trans.

Les personnes non binaires peuvent se décrire comme bigenres, genderqueer, gender fluid, non conforme ou atypique, Ft*, Mt*... D'autres personnes se définissent comme agenres ou genre neutre. C'est-à-dire qu'elles ne s'identifient à aucun genre en particulier (1)(6).

On parle de transition pour désigner le processus de changement de caractéristiques sociales et/ou physiques. On parle aussi de réassignation ou bien d'affirmation de genre. Et cela pour mettre en adéquation son corps avec son genre. La transition peut, ou non, inclure les procédures hormonales et/ou chirurgicales (2)(4).

2. LA TRANSIDENTITÉ DÉFINIE PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

2.1. Le DSM 5

Jusqu'au DSM III, seul le « travestissement » était compris dans les classifications psychiatriques (7). C'est à l'occasion de sa parution en 1980, que l'APA (American Psychiatric Association) fait entrer le terme « transsexualisme » dans le chapitre des « troubles psychosexuels » (8). Par la suite, le « trouble de l'identité de genre » se substituera au « transsexualisme » dans le DSM IV (9). Enfin, la 5^e et dernière version du DSM, parue en 2013, utilisera le terme « dysphorie de genre ». Il est défini ainsi : « Discordance entre le genre exprimé d'un individu et le sexe assigné à la naissance, générant une détresse clinique significative et une altération de la vie sociale, scolaire ou dans d'autres domaines importants ». Les critères diagnostiques varient entre les enfants d'une part, les adultes et adolescents d'autre part (voir annexe 1) (10).

Ainsi la dysphorie de genre vient souligner la souffrance et la nécessité d'une prise en charge. Elle n'est pas permanente dans le temps et peut potentiellement être soulagée. De plus, le terme de « genre » se substitue à celui de « sexe ». La notion de dysphorie de genre a

également été découplée des « troubles de l'identité sexuelle », où se trouvent les paraphilies et dysfonctions sexuelles.

2.2. La CIM 10

La 10^e révision de la CIM 10, adoptée en 1990, parle de « transsexualisme ». Il s'agit d'une sous-partie des « troubles de l'identité sexuelle », eux même classés dans les « troubles mentaux et du comportement ».

Elle le définit comme : « le désir de vivre et d'être accepté comme appartenant au sexe opposé. Ce désir s'accompagne habituellement d'un sentiment de malaise ou d'inadaptation par rapport à son sexe anatomique et du souhait de subir une intervention chirurgicale et/ou un traitement hormonal, afin de rendre son corps aussi conforme que possible au sexe désiré ».

Chez les individus pubères ou pré-pubères, la CIM 10 utilise le terme de « Trouble de l'identité sexuelle de l'enfance » (11).

2.3. La WPATH

L'Association professionnelle mondiale pour la santé des personnes transgenres (en anglais : « World Professional Association for Transgender Health », ou « WPATH ») est une association professionnelle consacrée à la compréhension et à l'accompagnement de la transidentité.

Le terme transidentité regroupe selon la WPATH, les personnes transgenres, de genre non conforme et transsexuelles (4). Les personnes transgenres et de genre non conforme « traversent ou surpassent les catégories de genre définies culturellement ». Les « transsexuels » sont décrits comme « des individus qui cherchent à changer ou qui ont changé leurs caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires grâce à des interventions médicales féminisantes ou masculinisantes (hormones et/ou chirurgie). Ces interventions sont généralement accompagnées par un changement permanent du rôle de genre ».

3. HISTOIRE DE LA TRANSIDENTITÉ

3.1. Du « transsexualisme » au concept de la « transidentité »

L'idée du « transsexualisme », avant l'invention du terme, a émergé à la fin du XIX^e siècle. De nouvelles notions se succéderont alors, telles que le « troisième sexe » d'Ulrich (12), « le sentiment sexuel contraire » de Westphal ou encore « l'inversion de genre » de Charcot et Magnan. On introduit l'idée qu'il existe une part d'homme chez la femme et de femme chez l'homme. La classification des êtres vivants en mâles et femelles paraît insuffisante pour rendre compte de la réalité (13)(14). Peu après, le sexologue Krafft-Ebbing dans « *Psychopathia Sexualis* », recensera l'ensemble des « perversions sexuelles ». Il retranscrira l'histoire d'hommes vivant en femmes et de femmes vivant en hommes (15).

Par la suite, une nosographie de ces concepts va apparaître grâce aux médecins allemands : Dr Magnus Hirschfeld et son élève le Dr Harry Benjamin. Ils seront également à l'origine des prémices du traitement hormono-chirurgical. Ces deux médecins feront donc prendre une tournure sans précédent à ce qui deviendra le transsexualisme.

Au début du XX^e siècle, le Dr Hirschfeld définira le « transvestisme » comme la certitude d'être de l'autre sexe avec la volonté de l'incarner. Cette contradiction entre le « sexe de naissance » et le « sexe psychologique » n'implique pas forcément de travestissement et n'est pas forcément lié à l'homosexualité. Hirschfeld participera, à partir des années 1920, aux premières opérations de réassignation de genre, comme pour Dorchen Richter ou encore Lili Elbe (16)(17). En parallèle, l'endocrinologue Dr Steinach mettra en évidence l'influence hormonale sur la masculinisation ou la féminisation des corps (18).

L'endocrinologue et sexologue allemand Harry Benjamin, poursuivra les travaux d'Hirschfeld et de Steinach. Exilé aux Etats Unis, il théoriserà en 1953 le terme de « transsexualisme ». Il le définit comme « le sentiment d'appartenir au sexe opposé et le désir corrélatif d'une transformation corporelle ». Selon lui, il est préférable de d'apporter une aide aux transsexuels en accédant à leurs besoins, plutôt que de vouloir les « guérir ». Ses protocoles de soins ont fixé un cadre de prise en charge, toujours en vigueur aujourd'hui (19).

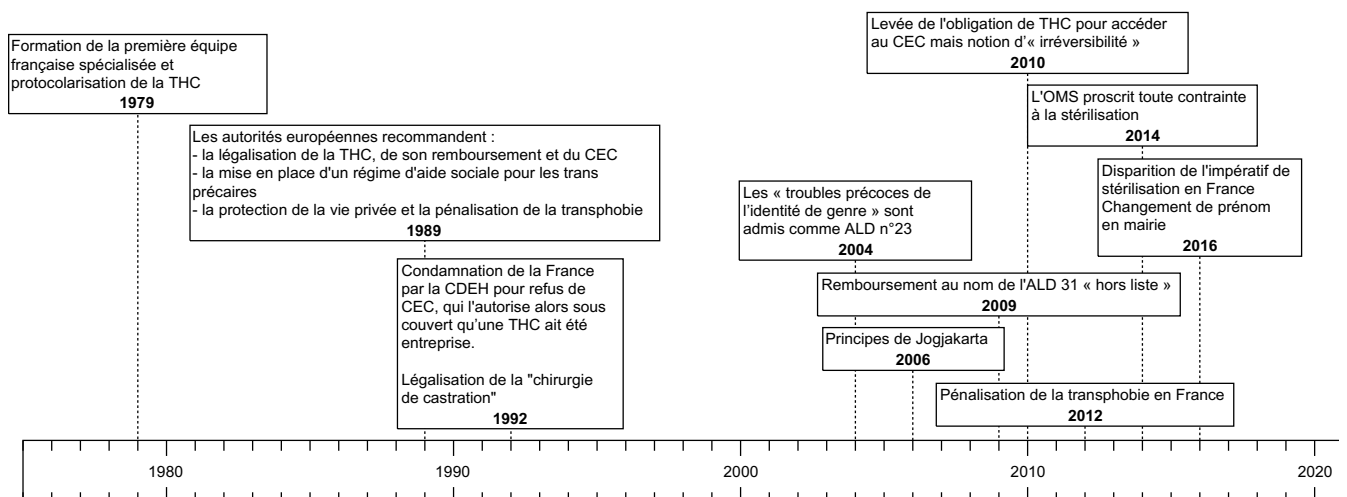
C'est à cette période, que l'image des trans commence à être diffusée dans le monde entier. Notamment avec la médiatisation des stars de cabaret, telles que Christine Jorgensen, Coccinelle ou encore Bambi.

Concernant les hommes transgenres, peu d'archives existent. Le développement de la phalloplastie aurait été plus tardif et beaucoup moins réussi que la vaginoplastie. Les premières plasties pénienues avaient été tentées dès 1916 sur des mutilés de guerre. Il faudra attendre 1946, pour que la première chirurgie génitale d'un homme trans soit réalisée en Grande Bretagne (16).

L'idée du genre, distincte de celle du sexe biologique, arrive dans la seconde moitié du XX^{ème} siècle. D'abord avec John Money et le « rôle de genre » (20). Puis, en 1964, Robert Stoller formulera la notion d'identité de genre comme « le ressenti profond d'appartenir à un genre » (21). Il faudra attendre les années 90 pour que le mot transgenre apparaisse avec les transgender studies, la pensée Queer et le succès du livre de Judith Butler « Gender Trouble » (22)(23).

3.2. Encadrement médico-judiciaire de la transidentité

Face à cette visibilité de plus en plus croissante des personnes transgenres, les demandes de transition vont être progressivement encadrées : par des lois d'une part et par des protocoles de prise en charge d'autre part.



ALD : Affection longue durée **CEDH** : Cour Européenne des Droits de l'Homme **CEC** : Changement d'état civil **THC** : Transition hormono-chirurgicale

Figure 1 : Frise chronologique des évènements médico-judiciaires encadrant la transition hormono-chirurgicale entre 1979 et 2016 (24-39)

3.2.1. Protocoles de prise en charge

À l'instar des « gender clinics » américaines, accompagnant les transitions dès les années 1960, la première équipe française spécialisée voit le jour en 1979. Elle se constitue autour des professeurs Breton (psychiatre), Luton (endocrinologue) et Banzet (chirurgien). Ensemble, ils établissent un protocole pour guider les médecins dans l'évaluation des demandes de transition hormono-chirurgicale (THC). L'importance d'une pratique collégiale est alors mise en avant. Les décisions de traitement hormonal, puis chirurgical sont prises au cours de RCP (réunions de concertation pluridisciplinaires). Au sein des RCP, l'aval d'un psychiatre est obligatoire (24).

3.2.2. Évolution de la loi française

Suite aux recommandations européennes de 1989 (voir frise chronologique), la CEDH condamnera certains pays membres qui ne respectent pas les nouvelles directives (25-28).

C'est le cas de la France en mars 1992, qui a été condamnée par la CEDH pour avoir refusé le changement d'état civil d'une femme trans. Quelques mois plus tard, la Cour de Cassation rendra un arrêt autorisant le changement d'état civil en France (29-31). Ce changement est toutefois conditionné par une expertise médico-judiciaire, attestant qu'une transition hormono-chirurgicale a été entreprise.

En 2010, cette obligation est levée par une circulaire interne diffusée par Michèle Alliot-Marie, ministre de la Justice. Or, le texte laisse une notion floue d'« irréversibilité » et met entre les mains des juges une appréciation « au cas par cas ». Cela laisserait donc aux juges la possibilité d'interpréter le texte dans le sens d'une stérilisation obligatoire (32). Il faudra attendre la loi du 18 novembre 2016, pour voir disparaître cet impératif en France. Le passage devant le tribunal de grande instance reste obligatoire. Le changement de prénom peut se faire auprès d'un officier d'état civil à la mairie. S'il s'agit d'un mineur ou d'un majeur en tutelle, la demande est remise par son représentant légal (34).

Enfin, des principes internationaux ont été développés en 2006 contre la transphobie. Il s'agit des « principes de Jogjakarta », mis en place par un panel d'experts. Leur but est de soumettre les états à l'application des droits de l'homme en matière d'orientation sexuelle et d'identité de genre (40). La loi française y fera suite en pénalisant la discrimination en fonction de

l'« identité sexuelle » en 2012. Terme qui disparaîtra au profit de l'« identité de genre » en 2016 (39).

3.2.3. Remboursement des soins

En 2004, les « troubles précoces de l'identité de genre » sont admis comme affections psychiatriques longue durée n°23 (35). Cette codification donne accès au remboursement à 100% des soins de transition hormono-chirurgicale.

Une demande de déclassification de la transidentité des affections psychiatriques sera portée par les associations trans. Cette revendication remonte aux autorités via un rapport de la HAS publié en 2009 (36). Roselyne Bachelot, ministre de la santé, y répondra en remboursant les soins au nom de l'ALD 31, dite « hors liste » (37). Elle concerne les maladies graves et invalidantes, dont on peut prévoir que le traitement durera plus de 6 mois et qu'il sera coûteux. Elle n'est donc pas rattachée à une notion de maladie psychiatrique (42).

4. ÉVALUATION ET PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE

4.1. Recommandations de prise en charge

Les premières recommandations françaises en matière de prise en charge des personnes transgenres, proviennent du rapport de la HAS de 2009 (36). C'est suite à ce rapport que voit le jour la SoFECT (Société Française d'Etude et de prise en Charge du Transsexualisme) en juillet 2010. Elle permettra la création d'équipes fléchées dans différentes villes de France comme le GRETIS, à Lyon.

Le rapport de la HAS sera suivi par un second, rédigé par l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) en 2011 (43).

Actuellement, la plupart des centres prenant en charge les transitions suivent les recommandations de la 7^{ème} version des standards de soins de 2011 de la WPATH. Cette version sort du modèle binaire de l'identité de genre en prenant en considération les multiples variations de celle-ci (4)(44). Les modalités de prescriptions des traitements hormonaux suivent les recommandations l'Endocrine Society de 2017 (45).

Enfin, en juin 2018, l'ANZPATH (Australian and New Zealand Professional Association for Transgender Health) a également publié des recommandations. Elles se basent sur les nouveaux consensus cliniques et thérapeutiques, et sur les résultats d'études récentes (3).

4.2. Le parcours de soins

Le parcours de soins en France dérive directement des recommandations internationales de la WPATH (4), de l'Endocrine Society (45) et de l'ANZPATH (3). Celles-ci préconisent une prise en charge individualisée, pluridisciplinaire, auprès d'équipes spécialisées. Le but est d'aider la personne à s'affirmer dans son genre ressenti. La prise de décision devrait être pilotée par la personne transgenre dans la mesure du possible. Que ce soit au niveau de la transition sociale ou de celui des interventions médico-chirurgicales (4).

Un changement de rôle et d'expression de genre peut être suffisant pour soulager une dysphorie de genre. D'autres personnes sentiront le besoin d'un traitement hormonal et/ou chirurgical. Une enquête en ligne auprès de personnes transgenres rapporte que : parmi les sujets n'ayant pas de traitement, 44% ne projetaient pas de prendre des hormones et 54% ne voulaient pas de chirurgie (46).

4.3. Évaluation diagnostique, information et orientation

Au cours de l'évaluation diagnostique, les diagnostics différentiels seront éliminés. Comme par exemple: la dysmorphophobie, le travestissement ou encore un état délirant sur une thématique de transformation corporelle. Aussi, la recherche de comorbidités psychique et somatique est indiquée afin d'adapter la prise en charge à chaque individu (4).

A l'issue de l'évaluation, le patient sera informé des modalités des traitements hormono-chirurgicaux et orienté vers les différents spécialistes de la transition (4).

Notons que cette étape diagnostique était initialement réservée aux psychiatres. Cela constituait une condition sine qua none pour avoir accès aux soins de transition. Actuellement, le diagnostic est réalisable par d'autres professionnels de santé, tels que le généraliste ou l'endocrinologue (4).

Le diagnostic se base sur les critères de dysphorie de genre du DSM 5 (10). Il doit figurer sur la demande d'ALD pour que le remboursement des soins à 100% soit accepté (42). Le

certificat d'un psychiatre ou psychologue, même s'il n'est plus obligatoire, permet d'étayer la demande.

4.4. Accompagnement psychique

Un soutien psychothérapeutique pendant et après la transition, bien que non obligatoire, est fortement recommandé (4)(47)(48). Il vise à accompagner l'exploration, l'acceptation et l'affirmation du genre. En travaillant notamment sur la réduction de la transphobie internalisée (autodépréciation) et la résilience (4)(47). Le psychothérapeute pourra également prendre en charge les éventuelles comorbidités psychiatriques diagnostiquées (4)(47)(48).

4.5. Prise en charge de l'environnement et de l'entourage

Les recommandations préconisent une intégration des proches à chaque étape de la transition. Et cela auprès des différents professionnels de santé intervenant dans la prise en charge. Ces échanges leur permettront d'exprimer leur vision de la transidentité et de leurs interrogations concernant leur proche. Cela pourra les aider à mieux comprendre, accepter et soutenir le sujet dans son parcours de transition (4). Pour les mineurs, le consentement des représentants légaux sera requis à chaque nouvelle étape du traitement jusqu'à la majorité (4).

Le retentissement socio-professionnel, scolaire et périscolaire sera également à prendre en considération. Pour les enfants et adolescents, il s'agira d'un partenariat avec l'école et les lieux d'activités extra-scolaires. Cela afin de faciliter l'intégration et minimiser les expériences négatives du jeune en transition sociale. Si le jeune le souhaite, sa transition sociale peut se faire dans des environnements sélectifs (temps périscolaire, école), passer par l'usage du pronom et/ou prénom préféré (3)(49).

4.6. Traitements hormono-chirurgicaux

4.6.1. Avant la délivrance d'hormones

La prise en charge endocrinologique ne se limite plus aux médecins de cette spécialité. Elle tend à s'ouvrir aux généralistes (45). L'évaluation de l'éligibilité à l'hormonothérapie et à sa

prescription est donc possible au niveau des soins primaires (50). Le terme « clinicien » remplace d'ailleurs celui d'« endocrinologue » dans les dernières recommandations (51).

En premier lieu, l'élimination d'une pathologie organique et d'une anomalie de la différenciation sexuelle sera faite. Pour les enfants et adolescents, le développement pubertaire sera expliqué et évalué via les stades de Tanner (4).

Des examens complémentaires pourront être réalisés en fonction de l'âge et de l'indication d'un traitement hormonal.

Par la suite, le thérapeute abordera les différentes modalités et effets des traitements. Des explications seront délivrées à propos des risques d'altération du plaisir sexuel, de la fertilité et des possibilités de faire une préservation des gamètes en amont des traitements (pour plus d'informations voir annexe 3) (45)(52). Néanmoins, bien que ces traitements aient un impact sur la fonction reproductrice, une grossesse peut être possible. Il faudra donc veiller à ce que le traitement ne soit pas considéré comme un moyen de contraception (52)(53). En outre, les personnes trans ayant parfois recours à des hormones sans passer par un médecin, une prévention sur l'automédication sera réalisée (voir partie 2.5.6 sur l'automédication) (3)(54).

Le thérapeute devra s'assurer de la bonne compréhension du rapport bénéfices/risques des différentes étapes de la transition. Cela permettra d'assurer le consentement éclairé du patient et de lui permettre de débiter une réflexion autour de son projet de parcours transitionnel (3).

Si des pathologies mentales ou somatiques sont présentes, il est recommandé de les stabiliser avant de débiter une thérapie hormono-chirurgicale. Dans le cas de délires aigus ou d'épisodes thymiques avec des caractéristiques psychotiques, la stabilisation du trouble est une priorité. Cela permet d'éliminer une confusion de genre, qui serait présente uniquement dans les phases délirantes (4). Toutefois, transidentité et psychose ne sont pas incompatibles. La demande de transition doit donc être prise en considération (55)(56).

Enfin, l'éligibilité à l'hormonothérapie sera validée à l'issue d'une RCP. Ces réunions seront réitérées à chaque nouvelle étape du traitement hormono-chirurgical (57).

4.6.2. Traitements hormonaux réversibles

Les hormones bloqueuses de la puberté suspendent l'apparition de caractères sexuels secondaires irréversibles.

Le traitement se prescrit uniquement à partir des stades 2-3 de Tanner. Ces stades correspondent aux premiers changements physiques liés à la puberté. Ces changements pourront s'estomper, voire disparaître à l'introduction de certaines hormones bloqueuses de la puberté (45). Attendre le début du développement pubertaire permet d'observer son effet sur le plan psychique. D'autant plus que c'est à l'entrée dans la période adolescence, qu'on observerait le plus fréquemment la « désistance » (disparition du sentiment de transidentité). Il serait exceptionnel de voir des patients à l'âge adulte changer de sentiment d'identité de genre. Selon l'APA, parmi les préadolescents transgenres, seulement 2,2% à 30% des jeunes assignés homme à la naissance et à 12 à 50% de ceux assignés femme, persisteraient dans leur transidentité (10)(58).

La suspension de la puberté offre donc un temps d'exploration de l'identité de genre. Les jeunes trans pourront expérimenter une transition sociale, via le changement d'expression et/ou de rôle de genre. Cette expérimentation peut être accompagnée par un professionnel de santé mentale, afin d'aider le jeune à accepter et affirmer son genre (4).

Il existe plusieurs sortes d'hormones bloquant la puberté. Les analogues de la GnRH sont prescrits en première intention. Il s'agit de traitements injectables, inhibant la production d'hormones stéroïdes pour arrêter, voire faire régresser la puberté (59).

À partir du stade 4 de Tanner, certains caractères sexuels secondaires sont devenus irréversibles (raucité de la voix, modification de la structure osseuse, développement mammaire). Les traitements androgéniques et anti-androgéniques sont alors préférés, car moins coûteux et administrables par voie orale quotidiennement ou sous forme injectable tous les 3 mois (45).

Notons qu'en empêchant le développement des caractères sexuels secondaires, certaines opérations comme par exemple la mastectomie seraient facilitées (60). Toutefois, il sera plus difficile de reconstruire un néo vagin ou néo pénis à partir d'organes de taille pré pubère (4).

Pour plus d'informations sur les effets secondaires de ces traitements, voir l'annexe 4.

4.6.3. Traitements partiellement réversibles et irréversibles

4.6.3.1. Éligibilité aux traitements

	Critères pour la substitution hormonale et la chirurgie mammaire et du torse	Critères pour la gonadectomie	Critère pour la chirurgie génitale (métoïdioplastie, phalloplastie ou vaginoplastie)
Dysphorie de genre persistante et bien documentée	Critère requis	Critère requis	Critère requis
Capacité à donner un consentement éclairé	Critère requis	Critère requis	Critère requis
Problèmes de santé mentaux ou médicaux raisonnablement contrôlés	Critère requis	Critère requis	Critère requis
Age > 18ans	Pas d'âge minimum mais capacité de compréhension des enjeux du traitement requis (en général >16ans) Accord des représentants légaux requis	Critère requis	Critère requis
12 mois continus sous hormonothérapie appropriée aux objectifs de genre du patient*	Critère non requis pour la chirurgie mammaire et du torse Critère non approprié pour l'hormonothérapie	Critère requis	Critère requis
12 mois continus de vie dans le rôle de genre congruent avec l'identité de genre (expérience de vie réelle)	Critère non requis	Critère non requis	Critère non obligatoire mais fortement recommandé

* Sauf si le patient présente une contre-indication médicale ou ne veut ou peut pas prendre d'hormones.

Tableau 1 : Résumé des différents critères requis pour être éligible à l'hormonothérapie substitutive et aux traitements chirurgicaux en rapport avec une réassignation de genre (4).

4.6.3.2. Traitements substitutifs

Les critères requis pour être éligible à une hormonothérapie de substitution sont résumés dans le tableau 1. On notera qu'il n'y a pas d'âge minimum pour l'introduction du traitement, mais la nécessité d'avoir l'accord des représentants légaux et une capacité de compréhension des enjeux du traitement. L'Endocrine Society préconise d'attendre l'âge de 16 ans (45).

Le traitement des hommes trans reposera sur des injections de testostérone. Les effets attendus sont l'arrêt des menstruations, la modification de la voix qui devient plus rauque, le développement de la pilosité, de la masse musculaire, une redistribution androïde des graisses et la croissance du clitoris (tableau 2A).

Le traitement permettra également d'atteindre une taille adulte plus grande, si la fusion des cartilages de croissance n'est pas terminée à l'instauration du traitement. Aussi, la testostérone est convertie en œstradiol, par l'activité de l'aromatase dans les cellules graisseuses. Or, l'œstradiol joue un rôle important dans la physiologie osseuse des hommes cis et trans (61).

Effets des hormones masculinisantes	Apparition attendue à partir de	Effet maximum attendu	Réversibilité
Peau grasse / acné	1-6 mois	1-2 ans	Probable
Développement du système pileux	6-12 mois	4-5 ans	Non probable
Chute des cheveux (peut être minime, dépend de l'âge et des antécédents familiaux)	6-12 mois	Variable	Non probable
Augmentation de la masse musculaire (significativement dépendant de la quantité d'exercice physique)	6-12 mois	2-5 ans	Probable
Redistribution des graisses	1-6 mois	2-5 ans	Probable
Arrêt des règles	1-6 mois		Probable
Hypertrophie du clitoris	1-6 mois	1-2 ans	Non connu
Atrophie vaginale	1-6 mois	1-2 ans	Non connu
Raucité de la voix	6-12 mois	1-2 ans	Non possible

Tableau 2A : Effets, délai d'effets et réversibilité des effets des hormones masculinisantes (3)(4).

Pour les femmes trans: la substitution se fait via des œstrogènes par voie orale, transdermique ou percutanée (49). Les effets féminisants attendus sont la redistribution gynoïde des graisses, la diminution de la masse musculaire, de la pilosité, des érections spontanées, de la spermatogénèse (tableau 2B) (4). Il y aura une fusion prématurée des cartilages de croissance, si celle-ci n'est pas terminée (62).

Effets des hormones féminisantes	Apparition attendue à partir de	Effet maximum attendu	Réversibilité
Redistribution des graisses	3-6 mois	2-3 ans	Probable
Diminution de la masse musculaire (significativement dépendant de la quantité d'exercice physique)	3-6 mois	1-2 ans	Probable
Peau moins grasse, plus souple	3-6 mois	Non connu	Probable
Diminution de la libido	1-3 mois	3-6 mois	Probable
Diminution des érections spontanées	1-3 mois	3-6 mois	Probable
Développement mammaire	3-6 mois	2-3 ans	Non possible
Diminution du volume testiculaire	3-6 mois	2-3 ans	Non connu
Diminution de la production de sperme	Variable	>3 ans	Non connu
Pilosité moindre et de croissance ralentie sur le corps et le visage	6-12 mois	> 3 ans (traitement par électrolyse ou laser pour une épilation complète)	Possible
Diminution de la calvitie androgénique	Pas de repousse, arrêt de la perte en 1-3 mois	1-2 ans	
Changement de la voix	Non		

Tableau 2B : Effets, délai d'effets et réversibilité des effets des hormones féminisantes (3)(4)(45).

Les effets indésirables sont notés dans le tableau 3. Ils ont été relevés par le biais d'études limitées dans le temps (4)(63)(64). Concernant l'impact oncologique de l'hormonothérapie et le dépistage, voir l'annexe 4.

Les cliniciens devront donc envisager les contre-indications relatives à l'hormonothérapie (65).

Pour les hommes trans, en raison du risque de polyglobulie, l'hématocrite doit être surveillée. En particulier chez les personnes présentant d'autres facteurs de risque d'hématocrite élevée, comme l'apnée du sommeil (65). On notera que la présence d'une atrophie vaginale due à la testostérone, rendra plus difficile la réalisation du frottis pour le dépistage du cancer du col de l'utérus. Et les résultats plus fréquemment ininterprétables (66)(67).

Niveau de Risque	Hormonothérapie féminisante	Hormonothérapie masculinisante
Risque très probablement accru par l'hormonothérapie	Thromboembolie veineuse (risque estimé entre 1,3% et 6%)* Calculs biliaires Augmentation des enzymes hépatiques** Prise de poids Hypertriglycémie**	Polyglobulie Prise de poids Acné Alopécie androgénique (calvitie) Apnée du sommeil
Risque très probablement accru par l'hormonothérapie avec présence de facteurs de risques additionnels	Maladies cardio-vasculaires	
Risque éventuellement accru par l'hormonothérapie	Hypertension Hyperprolactinémie ou prolactinome	Augmentation des enzymes hépatiques** Hyperlipidémie**
Risque éventuellement accru par l'hormonothérapie avec présence de facteurs de risques additionnels	Diabète de type 2	Déstabilisation de certains troubles psychiatriques*** Maladies cardio-vasculaires Hypertension Diabète de type 2
Pas d'augmentation des risques ou résultat non concluant (risques possibles mais pour lesquels les preuves sont si minimes qu'aucune conclusion tranchée ne peut en être tirée)	Cancer du sein	Perte de la densité osseuse Cancer du sein Cancer du col de l'utérus Cancer ovarien Cancer utérin

* L'éthinylœstradiol est à éviter, il serait associé à un risque de mort cardiovasculaire multiplié par trois. Les œstrogènes injectables ne sont plus commercialisés en France en raison des risques thromboemboliques et cardiovasculaires (49)(63)(68)(69).

** Les variations des taux lipidiques et d'enzymes hépatiques semblent s'aligner sur les taux des personnes cisgenres hommes pour les FtM et femmes pour les MtF (68).

*** Troubles bipolaires, schizoaffectifs et autres troubles pouvant inclure des symptômes maniaques ou psychotiques. Cet effet secondaire semble être associé à des doses supra-physiologiques de testostérone.

Tableau 3 : Risques associés à l'hormonothérapie
(les items en gras sont cliniquement significatifs) (4)(69)(70).

Chez certaines femmes trans qui n'ont pas réalisé de gonadectomie, l'administration d'estrogène ne suffit pas pour atteindre les objectifs d'abaissement de la testostérone. L'association du traitement substitutif avec un traitement suspensif est alors possible. Cela permettrait de limiter le risque d'effets secondaires en administrant une moindre dose de traitement substitutif (45)(65)(71). Les récentes directives du Royal College of Psychiatrists ont souligné les risques associés à certains progestatifs anti-androgéniques, utilisés généralement en première ligne (voir l'annexe 4). Ils recommandent d'utiliser des agonistes de la GnRH comme moyen « alternatif et préférable » de suppression de la testostérone chez les femmes trans adultes (72).

Quant aux hommes trans, si les saignements utérins persistent, un agoniste de la GnRH ou un progestatif peuvent être ajoutés (71)(73).

4.6.3.3. Prise en charge chirurgicale

Les interventions chirurgicales visent à modifier les caractères sexuels primaires et/ou secondaires. Elles sont irréversibles et envisagées à partir de l'âge de 18 ans. Exception faite de la mammoplastie et de la reconstruction du torse, qui peuvent se faire plus précocement. Voir tableau 1 pour les critères d'éligibilité au traitement.

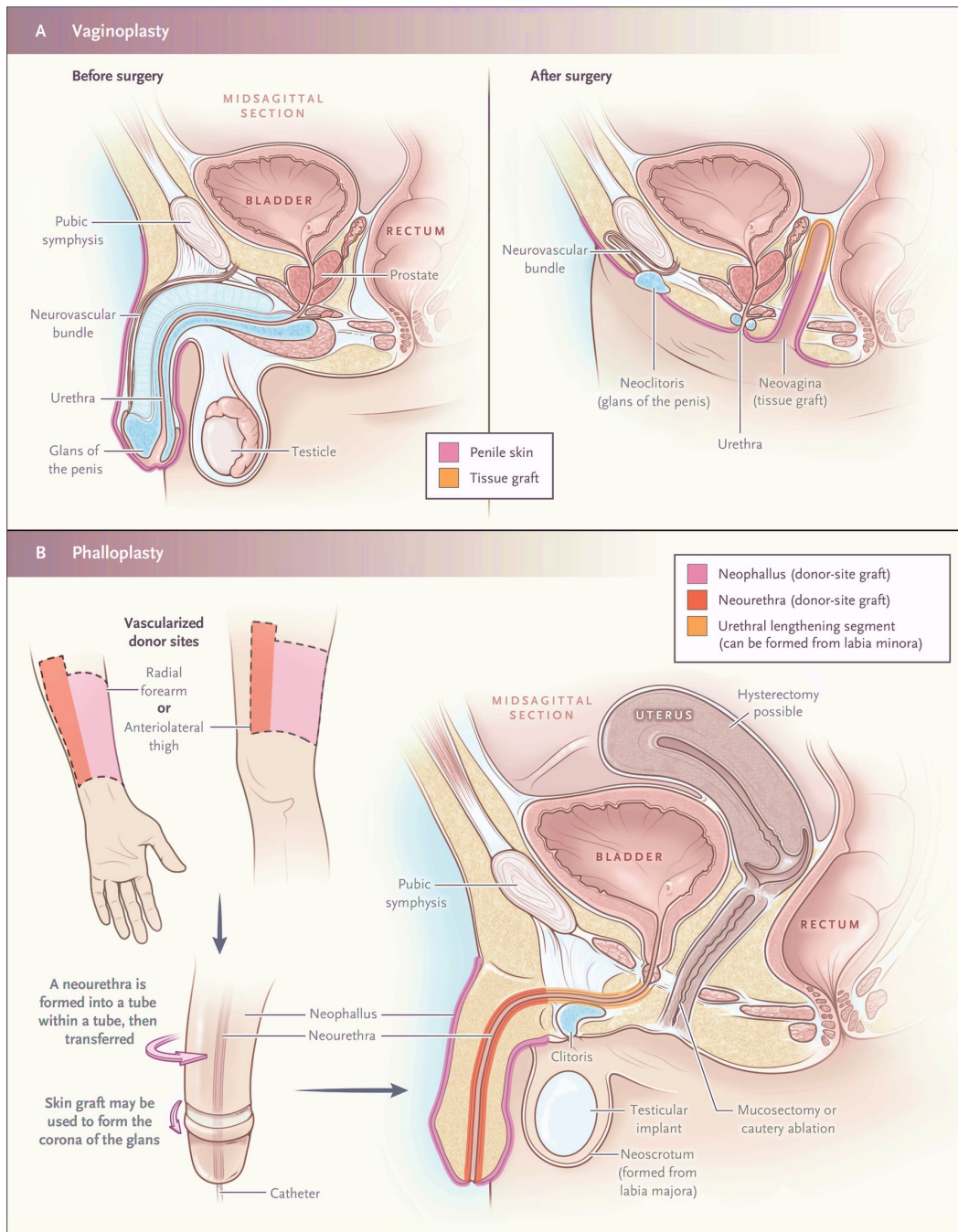
La WPATH préconise de suivre une hormonothérapie pendant un an minimum avant la chirurgie (hors contre-indication). En particulier dans le cadre d'une gonadectomie ou d'une chirurgie de plastie génitale.

L'expérience en vie réelle, auparavant obligatoire pour accéder à une prise en charge chirurgicale, reste recommandée pendant 1an au minimum avant une plastie génitale. Il s'agira pour le sujet d'expérimenter et d'ajuster socialement son rôle et expression de genre. Cela permet d'amorcer une réassignation de genre réversible, avant une intervention chirurgicale irréversible (4)(49). Cette expérience est contestée par certains défenseurs des droits des personnes trans. Elle est considérée comme une exception non justifiée du principe d'autonomie et d'autodétermination. En effet, il n'existe pas d'études solides étayant sa valeur comme critère d'éligibilité à la chirurgie génitale (6)(74)(75). De plus, l'étude de Zucker et al. souligne les risques psychosociaux de l'expérience en vie réelle, tels que le licenciement, la détérioration des relations avec les proches ou encore la discrimination et la violence (voir partie 2.5.1). Aussi, l'hormonothérapie et/ou la chirurgie peuvent procurer un soulagement satisfaisant. Compte tenu de ces paramètres, les auteurs de l'article soutiennent que l'expérience en vie réelle ne devrait pas être obligatoire (6).

Les différentes procédures chirurgicales sont résumées dans le tableau 4 et les principales approches de chirurgie génitale sont représentées par la figure 2.

Procédures chirurgicales	Pour les MtF	Pour les FtM
Chirurgie génitale	Pénectomie Orchidectomie Vaginoplastie Clitoroplastie Labiooplastie	Hystérectomie Ovariectomie Vaginectomie Phalloplastie Métoïdioplastie (tissu adipeux placé autour du clitoris hypertrophié) Scrotoplastie (pose d'implants testiculaires) Pose d'une prothèse pénienne d'érection
Chirurgie du torse et des seins	Mammoplastie	Mastectomie Reconstruction du torse
Autres actes chirurgicaux	Féminisation faciale Chirurgie de la voix Liposuccion Réduction du cartilage thyroïdien Augmentation glutéale (remodelage des fesses) Implants capillaires	Chirurgie de la voix Liposuccion Liposculpture (injection de graisse prélevée sur le patient pour combler une autre zone)

Tableau 4 : Résumé des chirurgies de réassignation de genre (4)(49).



A : Inversion du pénis (pénectomie), la peau du pénis est utilisée pour tapisser le vagin (vaginoplastie) et le gland est utilisé pour former le clitoris (clitroplastie). Le faisceau neurovasculaire est préservé. Orchidectomie.
B : Phalloplastie via une greffe de tissu provenant de l'avant-bras ou de la cuisse, création d'un néo-urètre par allongement urétral, vaginectomie +/- hystérectomie et ovariectomie

Figure 2 : Approche typique des chirurgies de reconstruction génitale pour les personnes transgenres (65).

Bien que l'orchidectomie soit le moyen le plus efficace pour réduire les niveaux de testostérone, de nombreuses femmes transgenres optent plutôt pour un traitement médical (76). De même, la phalloplastie est rarement demandée, car peu satisfaisante au niveau fonctionnel et esthétique. Associée à une morbidité significative, elle peut entraîner une sténose et/ou fistule des voies urinaires et parfois une nécrose du néo-phallus (4)(77).

Les complications de la chirurgie génitale des femmes trans sont les suivantes : nécrose du néo-vagin et des lèvres, fistules vésicales ou intestinales dans le vagin, sténose de l'urètre, et vagin trop court ou trop petit pour des rapports sexuels (4). La prostate sera plus difficile d'accès avec un néo-vagin ce qui compliquera le dépistage des pathologies associées à celle-ci (78). Le taux de mortalité directement lié à la chirurgie est pratiquement nul dans les études (50).

4.7. Prises en charge complémentaires

Certaines prises en charge peuvent compléter le parcours hormonal et/ou chirurgical des personnes trans, telles que la greffe des cheveux, le bandage par binder pour aplatir la poitrine, le rembourrage, le retroussement génital ou la prothèse pénienne, le rembourrage des hanches et des fesses (4)...

L'orthophonie permet de travailler la féminisation ou masculinisation de la voix et la psychomotricité les comportements non-verbaux (gestuelle, posture, expressions faciales) (4).

Enfin, la pilosité faciale peut continuer à évoluer sans stimulation aux androgènes. Les femmes transgenres peuvent avoir recours à une électrolyse ou une épilation au laser (65).

4.8. Particularités concernant les personnes intersexuées

Les personnes intersexuées sont nées avec des caractéristiques sexuelles ne correspondant pas entièrement aux catégories homme/femme, ou appartenant aux deux en même temps. Ces variations peuvent être multiples, pas toujours visibles à la naissance. Elles touchent plus ou moins les organes génitaux internes, externes, les structures hormonales et/ou chromosomiques. L'estimation moyenne de la population intersexuée s'élève à 1,7% des naissances (79). Toutefois, les chiffres varient de 0,05% à 4% selon les études. Cela s'explique en partie par la multiplicité des étiologies à l'origine de l'intersexuation. Selon le Dr Fausto-Sterling, il y en aurait plus de 40. Les critères de sélection plus ou moins étroits des études impacteront la prévalence (80).

Le moment optimal de la prise en charge chirurgicale pour les enfants intersexués reste flou. Peu d'études comparent les résultats des opérations précoces de l'enfance à ceux des chirurgies de la puberté (81).

Certains auteurs ont suggéré qu'une intervention chirurgicale précoce permettrait certains avantages : des effets hormonaux bénéfiques sur le développement des organes génitaux, ainsi que des avantages psychosociaux pour les patients et les familles (82-86).

Cependant, certains groupes de défense des patients et des familles sont en faveur d'un report de la chirurgie (87)(88). Une intervention chirurgicale pendant l'enfance engendrerait de mauvais résultats fonctionnels, esthétiques et de satisfaction (81)(89). Une étude rétrospective a ainsi été menée chez des adolescentes qui ont eu une chirurgie génitale féminisante précoce. Le résultat esthétique a été jugé médiocre dans 41% des cas et 98% avaient eu à nouveau besoin de chirurgie esthétique ou fonctionnelle. Notamment, pour permettre le flux menstruel et faciliter les rapports sexuels. Les auteurs soulignent qu'une clitoridomégalie serait médicalement bénigne et qu'une ouverture vaginale n'aurait aucun intérêt pour une fille pré-pubère (89).

Le Consensus de Chicago de 2005 vient donner une réponse partielle aux doutes émis sur la nécessité d'un geste chirurgical précoce. Selon ce texte, la chirurgie esthétique ne serait pas urgente. Il recommande d'attendre que l'identité de genre soit plus claire. Cela permettrait à la personne concernée de participer au processus de consentement (90).

Concernant les demandes de réassignation de genre chez les personnes intersexuées, les critères de prise en charge sont adaptés à la situation singulière du patient. Parfois avec une prise en charge hormono-chirurgicale beaucoup plus précoce. Néanmoins, la plupart des patients nés avec une ambiguïté génitale ne développent pas de dysphorie de genre (2).

4.9. Pronostic et évolution

L'identité de genre se développant dès les premières années de vie, les enfants pourraient exprimer une variance de genre à partir de 2-3ans (91)(92). Cependant, l'identité de genre peut fluctuer au cours du développement de l'enfant et de l'adolescent. Comme cela est expliqué dans la partie 1.4.6.2, seule une minorité des enfants exprimant une dysphorie de genre persisterait dans cette voie au passage de la puberté (2,2 à 30% des MtF et 12 à 50% des FtM) (3)(77)(93-98). Une étude longitudinale a été réalisée auprès de 127 jeunes néerlandais exprimant une dysphorie de genre durant l'enfance. Parmi eux 37% persistaient à l'adolescence. Cette persistance était corrélée à l'intensité de la dysphorie de genre dans

l'enfance. Les auteurs relèvent également une plus grande probabilité de persistance chez les sujets assignés filles à la naissance (99).

Il est à présent admis que le meilleur moyen d'apaiser la dysphorie de genre est de procéder à un travail d'acceptation et d'affirmation de genre ressenti. Une approche globale incluant l'environnement social est également préconisée (4)(98-102). D'où l'intérêt de débiter une psychothérapie de soutien, et d'intégrer les proches dans la prise en charge (48).

Les traitements visant à rendre « plus compatible » la personne exprimant une transidentité avec son sexe assigné à la naissance, sont actuellement considérés comme inefficaces et contraires à l'éthique (4). En effet, ces traitements reposent sur la négation de l'existence de la transidentité en la catégorisant de maladie mentale (2)(103). Elles seraient susceptibles de favoriser l'apparition de comorbidités psychiatriques et d'augmenter le risque suicidaire (104).

De même, le refus de prise en charge pour accompagner une affirmation du genre peut exacerber la détresse psychique. Ce refus pourrait également inciter à accéder aux médicaments de manière illégale (3).

Pour plus d'informations sur l'impact psychique des traitements hormonaux et/ou chirurgicaux voir la partie 2.3.1..

Les demandes de transition se feraient plus précocement pour les hommes que pour les femmes trans (105-106). Les âges médians retrouvés dans l'étude de Wierpjes et al. sont de 25ans pour les hommes trans et 33ans pour les femmes trans (106). La moyenne d'âge aurait tendance à diminuer avec une augmentation de la population FtM adolescente (105)(106). Le Conseil suédois de la santé et du bien-être social confirmerait une augmentation de 1500% entre 2008 et 2018 des diagnostics de dysphorie de genre chez les FtM entre 13 et 17 ans (107). Ainsi, le nombre de demandes de prise en charge d'une réassignation de genre s'accroît (36)(105)(106)(108). Aux Pays Bas, elles ont été multipliées par 20 en 35ans (106). Paradoxalement, l'hormonothérapie aurait tendance à être moins demandée, passant de 90% en 1980 à 65% en 2010. La pratique de la gonadectomie serait restée stable (106). Une explication de ces variations serait l'amélioration de l'accessibilité des soins et une prise en charge plus individualisée. De plus, la stigmatisation de la transidentité semble diminuer (36)(44). Ces évolutions permettent notamment l'accompagnement de personnes ne désirant pas de prise en charge hormono-chirurgicale. 3,4% des personnes seraient dans ce cas-là selon

une étude réalisée en Allemagne. Il s'agissait de personnes trans significativement plus âgées et non binaires. Les arguments avancés par ces personnes étaient l'absence de nécessité de traitement ressentie d'une part, de la volonté d'éviter les effets secondaires d'autre part (109). Aussi, la stabilité des demandes de chirurgie pourrait s'expliquer ainsi : la gonadectomie était obligatoire pour changer d'état civil jusqu'en 2015 en Allemagne. Une diminution des demandes pourrait alors s'observer dans le cadre de la levée de cette obligation (106).

Les regrets de la transition hormono-chirurgicale varient selon les études entre 0.4 et 2.2%. Ils seraient plus élevés chez les femmes trans (50)(106)(110)(111). Les motifs de regrets seraient le manque de soutien social, le rejet familial, l'erreur diagnostique, l'insatisfaction esthétique ou fonctionnelle, l'échec de la transition sociale ou encore le manque de soins appropriés (105)(106)(112)(113). Les taux de regret ont tendance à diminuer. L'étude de Dhejne et al. rapporte des taux passant de 2.4 % entre 1991 et 2000 à 0.3 % entre 2001 et 2010. Cela pourrait être expliqué par une plus grande inclusion des proches dans la prise en charge, l'amélioration des pratiques, des techniques chirurgicales ou encore la levée de la stérilisation obligatoire pour changer d'état civil (105). Par ailleurs, les effets indésirables du traitement hormono-chirurgical ne semblent pas en motiver l'arrêt (4)(77).

Néanmoins, les preuves du bénéfice de ces traitements reposent sur peu d'études. La majorité d'entre elles n'étudie pas les effets à moyen et long terme (voir partie 2.5.8) (3). De plus, les recommandations sur l'ajustement du traitement hormonal chez le sujet âgé restent floues. D'une part, les doses doivent être suffisamment élevées pour maintenir les caractéristiques sexuelles de l'identité de genre et préserver la densité minérale osseuse. D'autre part, le risque cardio-vasculaire des femmes trans sous traitement hormonal serait supérieur à celui de la population générale. Cela peut nécessiter un ajustement de la dose d'estrogènes ou un passage de la voie orale à une voie transdermique plus sûre (114)(115). Si les œstrogènes sont contre-indiqués, il sera possible d'avoir recours aux progestatifs anti-androgéniques (116).

Enfin, les demandes tardives de transition ne sont pas rares, il s'agirait principalement de femmes trans (106)(114)(116)(117). Selon l'article de Gooren et al., débuter une transition à un âge avancé n'est pas contre indiqué (114).

DEUXIÈME PARTIE : ÉTAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES SCIENTIFIQUES SUR LA TRANSIDENTITÉ

1. PRÉVALENCE

La prévalence, certainement sous-évaluée, est difficile à estimer avec précision (voire partie 2.5.8) (118).

En France, aucune donnée récente sur la prévalence de la transidentité n'a été identifiée. On dispose seulement du rapport de la HAS de 2009, estimant une prévalence située entre 2 et 10/100 000. Cette approximation se base sur le bilan chiffré des demandes de prise en charge en chirurgie de réaffectation pour des assurés du Régime général entre 2000 et 2006 (36).

Les études internationales trouvent des résultats très variables (119). La prévalence retrouvée serait en moyenne de 4,6/100 000 avec 6,8/100 000 femmes trans et 2,6/100 000 hommes trans. Le sexe ratio penche donc pour 2,6 fois plus de femmes trans. Une analyse temporelle a révélé une augmentation de la prévalence au cours des 50 dernières années (120). Le DSM-V, quant à lui, rapporte des taux de prévalence variant de 5 à 14/100 000 pour les MtF et de 2 à 3/100 000 pour les FtM (10).

Les données concernant le sexe-ratio diffèrent entre les études. La population trans de plus de 50 ans serait constituée très majoritairement de femmes trans avec un ratio de 23.7/1 dans l'étude de Bouman et al (122). Parmi les enfants suivis pour dysphorie de genre de moins de 12 ans le sexe ratio MtF /FtM va de 6/1 à 3/1 (123). Parmi les adolescents dysphoriques de plus de 12 ans sous suivi médical, il est proche de 1/1 (124).

Des études ont interrogé la population générale sur leur identité de genre. Elles contournent ainsi le biais de sélection des études réalisées dans des centres spécialisés. Par ailleurs, l'anonymat permet de limiter le biais de déclaration. Les estimations de ces études vont de 0,5 % à 1,3 % de la population pour les MtF, et de 0,4 % à 1,2 % pour les FtM. On observe également que le sexe ratio tend à s'égaliser (2)(125). Une étude internationale réalisée en 2018 auprès de 25 centres spécialisés, recense même une majorité de FtM en transition (63 %) (44).

2. HYPOTHÈSES À PROPOS DES MÉCANISMES DU DÉVELOPPEMENT DE LA TRANSIDENTITÉ

L'origine de la transidentité n'est pas connue. Sa persistance malgré les mœurs et normes sociales, pose la question des facteurs biologiques hormonaux et/ou génétiques impactant sur le développement précoce du cerveau (2)(60)(126).

Hypothèses hormonales

Premièrement, des hypothèses se sont portées sur l'influence des hormones sexuelles prénatales. Notamment celle de la testostérone, dont l'augmentation masculiniserait le cerveau alors que son absence le féminiserait (127)(128). Cette différenciation sexuelle du cerveau aurait lieu à un stade de développement beaucoup plus avancé que celui des organes génitaux. Ces deux processus pourraient donc être influencés indépendamment l'un de l'autre (129).

Un autre argument en faveur de l'hypothèse hormonale serait la surreprésentation de la transidentité chez les sujets présentant une hyperplasie congénitale des surrénales (HCS) ou un syndrome des ovaires polykystiques (SOPK). Ces deux pathologies ont comme point commun une hyperproduction d'hormones androgènes. Celle-ci est à l'origine d'une virilisation, voire au développement d'organes génitaux ambigus pour l'HCS. Ainsi 2 à 5% des personnes ayant une HCS assignées femme à la naissance, développeraient une identité de genre masculin (130). Par ailleurs, dans une population d'hommes trans, 58% avaient un SOPK et 39.1% une hyperandrogénémie, indépendamment d'un traitement hormonal (131). Une autre étude ne retrouve pas plus de SOPK chez les hommes trans que chez les femmes cisgenres. Toutefois, l'article constate un hyperandrogénisme biochimique plus fréquent chez les hommes trans (132).

Hypothèses génétiques

Des pistes génétiques ont également été explorées chez les jumeaux. On retrouverait des taux de concordance chez les jumeaux monozygotes allant de 20 à 39,1 % pour la transidentité. Parmi les jumeaux transgenres interrogés, 3 paires avaient été élevées séparément. La concordance chez les dizygotes était en revanche très basse, voire nulle (133)(134).

Renforçant cette hypothèse, des études retrouvent des polymorphismes au niveau des gènes codants pour les récepteurs des hormones sexuelles. Ainsi, chez les femmes trans, une étude retrouve un polymorphisme de répétition CAG dans le codage du récepteur androgénique

(135). Une autre étude retrouve un polymorphisme de répétition CA dans le gène du récepteur oestrogénique chez des femmes trans (136). Ces deux répétitions étaient plus nombreuses que chez les hommes cisgenres (135)(136). Toutefois d'autres études ne sont pas parvenues à ces résultats (137).

Lien entre l'identité de genre et certaines structures cérébrales

En outre, des différences d'anatomie cérébrale entre les hommes et femmes cisgenres, appelées dimorphisme sexuel cérébral, sont connues grâce aux techniques d'imagerie. Comme nous allons le voir, certaines de ces différences ont été étudiées chez les personnes transgenres.

Des analyses post mortem sur des personnes trans ont tenté de mettre en évidence un lien entre l'identité de genre et certaines structures cérébrales. Selon celles-ci les femmes trans posséderaient des régions cérébrales plus proches de celle des femmes que des hommes cisgenres (138-140). Une structure cérébrale, appelée « subdivision centrale du lit de la strie terminale », associée au comportement sexuel, a été retrouvée dans des dimensions féminines chez les femmes trans. Et cela, aussi bien en termes de taille qu'au niveau du nombre de neurones. Ces paramètres n'auraient pas été influencés par les hormones sexuelles, ni par l'orientation sexuelle (139)(140). De même, le volume du noyau interstitiel de l'hypothalamus antérieur 3 serait plus semblable entre les femmes trans et cis d'une part, et les hommes trans et cis d'autre part (138).

Aussi, l'utilisation de la Tomographie par émission de positons a montré des caractéristiques communes entre les femmes trans et cis pour l'activation de circuits hypothalamiques jouant sur la sensibilité à certaines odeurs (141).

L'IRM morphométrique a mis en évidence des points communs au niveau de l'épaisseur de certaines régions corticales entre les femmes trans et cisgenres (142-145). D'autres articles relèvent des similitudes au niveau du schéma de microstructure de la substance blanche entre hommes trans et cisgenres. Les femmes trans auraient une structure intermédiaire, entre les deux genres (146). Des études ont examiné les effets des hormones sur le cerveau. Elles auraient montré un changement vers une morphologie féminine pour les femmes trans et masculine pour les hommes trans (147)(148). En effet, on observerait chez les femmes trans une diminution de la matière grise produisant une expansion des ventricules sous oestrogénothérapie. Tandis que les hommes trans auraient une augmentation du volume intracrânien et de l'épaisseur corticale sous testostérone (149).

Enfin, des études d'IRM fonctionnelles ont réalisé des épreuves de rotation mentale (capacité de faire pivoter dans son esprit un objet ou une image) (150-152) et de réponse aux stimulations érotiques (153-155). Les résultats chez les sujets étudiés relèveraient plus de l'identité de genre que du sexe assigné.

Dans l'ensemble, ces recherches rendent plausible l'hypothèse de l'influence neurobiologique sur l'identité de genre. Néanmoins, aucun marqueur pathognomonique de la transidentité n'a été découvert et ne peut être utilisé à des fins diagnostiques. De plus, la plupart de ces études sont réalisées auprès de petits échantillons, majoritairement constitués de femmes trans. Ce biais de sélection rend difficile la généralisation des résultats à l'ensemble de la population trans.

3. LA SANTÉ DES ADULTES TRANSGENRES : QUELLES COMORBIDITÉS ?

Les trans seraient plus susceptibles de déclarer une mauvaise santé physique et mentale et une moins bonne qualité de vie que les cisgenres (156-157). Dans une enquête américaine, 30% des répondants transgenres contre 20% de la population générale, auraient déclaré avoir un état de santé physique ou mental affectant considérablement une activité majeure de la vie (156). Une autre étude transversale américaine observe que les adultes transgenres seraient plus susceptibles de déclarer un état de santé passable ou mauvais (rapport de cotes ajusté [AOR] 1,30; 95 % IC, 1,03-1,62; P = 0,02) ou une détresse sévère (AOR, 1,66; 95 % CI, 1,36-2,01; P <0,001) (157).

3.1. Troubles psychiatriques

La santé mentale est le domaine de la santé des personnes transgenres le plus étudié (99). La comparaison de la prévalence des troubles psychiatriques entre adultes cis et transgenres sont résumées par la figure 3 et les tableaux 6a, 6b et 7.

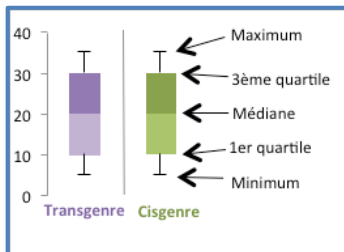
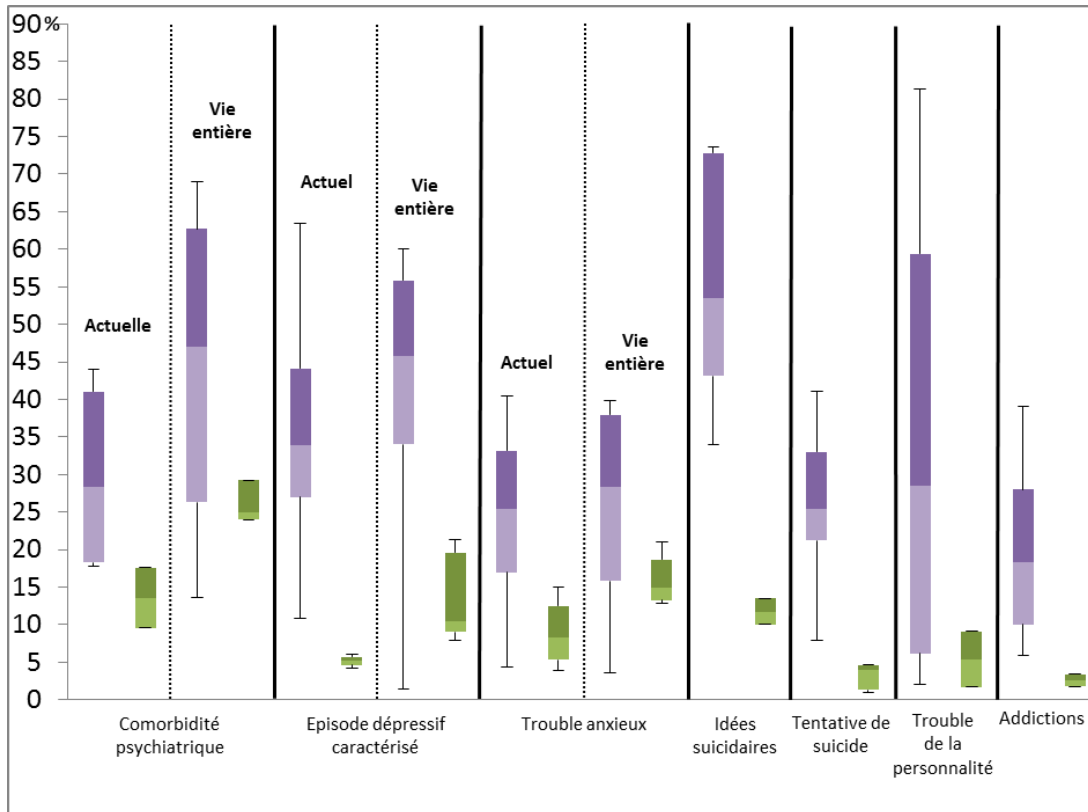


Figure 3 : Comparaison de la prévalence de divers troubles psychiatrique entre adultes cis et transgenres. Données sur la vie entière et pour certaines données sur la période actuelle (contemporaine à l'étude). Les résultats sont issus de différentes études référencées dans le tableau 6a. Pour chaque comorbidité, les données sont représentées sous forme de box-plot. Cela donne un aperçu des valeurs extrêmes, médianes et interquartiles pour chaque comorbidité.

	Comorbidité psychiatrique actuelle		Comorbidité psychiatrique vie entière		EDC actuel		EDC vie entière		Trouble anxieux actuel		Trouble anxieux vie entière	
	Trans	Cis	Trans	Cis	Trans	Cis	Trans	Cis	Trans	Cis	Trans	Cis
Population												
Min	17,8	9,6	13,6	24	10,8	4,2	1,4	7,9	4,3	3,9	3,6	12,9
Q1	18,3	9,6	26,3	24	27	4,6	34	9	17	5,3	15,8	13,3
Me	28,4	13,6	47	25	33,9	5,2	45,8	10,4	25,4	8,35	28,3	15
Q2	41	17,6	62,7	29,2	44,1	5,7	55,8	19,6	33,2	12,5	38	18,7
Max	44	17,6	69	29,2	63,5	6	60	21,4	40,4	15	39,9	21
Références	(158-161)	(162)(163)	(190)(158)(164-167)	(158)(163)(168)	(158)(159)(161)(167)(169-178)	(162)(163)(179)(180)	(158)(164-166)(176)(181)(190)(410)	(162)(163)(168)(173)(167)(179-181)(173)	(158)(159)(161)(167)(169)(173)	(162)(163)(179)(180)	(158)(165)(166)(170)(190)	(162)(163)(173)(180)

	Idées suicidaires		Tentative de suicide		Trouble de personnalité		Trouble de l'usage de substances vie entière	
	Trans	Cis	Trans	Cis	Trans	Cis	Trans	Cis
Population								
Min	34	10	7,9	1	2,1	1,7	5,9	1,8
Q1	43	10	21,2	1,3	6,15	1,7	10	1,8
Me	53,5	11,8	25,35	4	28,45	5,4	18,35	2,6
Q2	72,8	13,5	33	4,6	59,35	9,1	28	3,4
Max	73,6	13,5	41	4,6	81,4	9,1	39	3,4
Références	(166)(167)(181-183)	(181)(182)	(156)(164)(167)(181)(182)(184)(185)(186)(187)(190)	(156)(181)(182)(184)(186)	(158)(161)(173)(188-192)	(173)(180)	(158)(167)(184)(185)(190)(193)	(163)(184)

Tableau 6 a et b : Prévalences des comorbidités psychiatriques dans des populations d'adultes trans et cisgenres, issues de différentes études référencées. Les données sont synthétisées par les valeurs extrêmes, les médianes et les quartiles inférieurs et supérieurs de chaque comorbidité

	Traits autistiques		TDAH		TCA		Trouble bipolaire		Schizophrénie	
	Trans	Cis	Trans	Cis	Trans	Cis	Trans	Cis	Trans	Cis
Prévalences (%)	4,8 à 14	0,7 à 1	4,3	1,1	2 à 3	0,8 à 11,1	2,3 à 3,3	1,2	1	1
Références	(173)(194-198)	(197)(173)	(173)	(173)	(158)(173)	(173)	(173)(190)?	(179)	(158)	(179)

Tableau 7 : Synthèse des comorbidités psychiatriques non mentionnées dans le tableau 6. Comparaison des données entre les personnes cisgenres et transgenres.

Prévalence accrue des comorbidités psychiatriques

Les études sur les comorbidités psychiatriques retrouvent des résultats d'une grande variabilité, parfois mêmes contradictoires. La prévalence des troubles psychiatriques chez les adultes transgenres se trouverait entre 18 et 41 % pour les troubles actuels et 26 à 63 % sur la vie entière (voir tableaux 6 et 7).

Ces données suggèrent que les personnes trans auraient une morbidité psychiatrique accrue par rapport aux personnes cisgenres (voir tableaux 6 et 7). Toutefois, certaines études auraient identifié une prévalence nulle ou peu élevée de psychopathologie associée dans la population trans (6)(161)(166). Néanmoins, ces études reposeraient sur des mesures d'autoévaluation ou des entretiens non structurés, moins fiables que la réalisation d'entretiens cliniques structurés. Elles sous-estimeraient donc le taux de comorbidités psychiatriques (6)(166).

Impact de la transition hormono-chirurgicale

La méta analyse de Murad et al. publiée en 2010, s'est penchée sur l'impact de la transition hormono-chirurgicale. Elle serait associée dans 80 % des cas à une diminution, voire disparition de la souffrance liée à la dysphorie de genre. Une amélioration de la santé mentale et de la qualité de vie aurait été également constatée (200). Ces résultats sont en accord avec ceux issus d'études longitudinales plus récentes. Ces études retrouvent des taux de psychopathologie post-transition s'apparentant à ceux de la population cisgenre (77)(201)(202).

Certains auteurs ont tenté d'évaluer indépendamment les effets de l'hormonothérapie d'une part et de la chirurgie d'autre part. Ainsi, des études transversales se sont intéressées à l'influence de l'hormonothérapie seule, sans chirurgie de réassignation. L'instauration des hormones seules serait associée à une amélioration significative de la qualité de vie (175), de l'estime de soi (203) et de la santé mentale (203-205). Des études longitudinales rapporteraient des résultats concordants (178)(206). Notamment l'étude longitudinale de Colizzi et al. qui a comparé la santé psychique de 118 sujets transgenres avant et après un an de traitement substitutif. Pour cela, les auteurs ont utilisé des échelles spécifiques de l'anxiété et de la dépression (Self-Rating Anxiety Scale et Self-Rating Depression Scale) ainsi que la Symptom Checklist 90-R. Les résultats montrent une diminution significative de la morbidité psychiatrique. Elle passerait de 24 à 11 % après un an de traitement substitutif (178). Concernant les effets de la suppression de la puberté, l'étude de Costa et al. a comparé le fonctionnement psychosocial de 71 jeunes trans à l'aide de la Children's Global Assessment

Scale (CGAS). Les scores étaient significativement meilleurs dans le groupe ayant reçu 12 mois d'agonistes de la GnRH ($67,4 \pm 13,9$), par rapport à celui qui n'avait reçu qu'un soutien psychologique ($60,9 \pm 12,2$, $P = 0,001$) (207).

L'impact de la chirurgie de réassignation a fait l'objet d'une revue littérature. Celle-ci rapporte des améliorations significatives de la santé mentale, de la qualité de vie et de la satisfaction de l'image corporelle (208). Les auteurs soulignent la grande variabilité des résultats et le faible nombre d'études longitudinales donnant des résultats sur un long terme. De plus, la chirurgie étant souvent réalisée après l'introduction de l'hormonothérapie, il est plus difficile d'imputer ces améliorations à la chirurgie (208). Ainsi, l'étude longitudinale de Heylens et al. rapporterait une amélioration significative de la santé psychique après l'introduction de l'hormonothérapie, puis une stabilité clinique après la chirurgie (202).

Il semblerait que les personnes ayant eu une introduction précoce du traitement hormono-chirurgical, notamment via la suppression pubertaire, auraient un meilleur pronostic de santé mentale (108)(190)(210)(209). Aussi, l'amélioration des techniques chirurgicales, de l'hormonothérapie, en parallèle de l'acceptation de la transidentité permettrait une réduction de la souffrance psychique au cours du temps (105)(184).

D'autres facteurs d'influence de la santé psychique seront abordés plus en détail dans la partie 2.5.

Sex-ratio des comorbidités psychiatriques

La plupart des études comparant les troubles psychiatriques entre les hommes et femmes trans ne retrouvent pas de différence entre les deux groupes (210). Dans certaines études, les femmes trans ont plus de troubles psychiatriques (166)(211). D'autres trouvent l'inverse (167)(190)(212).

Épisodes dépressifs

Un tiers des données concernant la santé mentale portent sur les troubles de l'humeur, en parlant majoritairement de la dépression (99).

Les estimations d'un épisode dépressif caractérisé (EDC) varient entre 27 et 44 % pour un épisode actuel et entre 34 et 56 % sur la vie entière. Tandis que, dans la population générale, les taux médians s'élèvent à 5 % pour l'EDC actuel et 10% sur la vie entière (cf tableaux 6 et 7). Les taux de dépression diminueraient de moitié avec un traitement hormonal et/ou chirurgical (178)(213). Certaines études rapportent que les femmes trans sont plus touchées, à

l'instar de la plus forte prévalence de l'EDC chez les femmes cisgenres par rapport aux hommes cisgenres (163)(176)(214). Par ailleurs, les hommes trans vivant en milieu rural auraient plus d'EDC et des niveaux d'estime de soi inférieurs à ceux de leurs homologues urbains (215).

Troubles anxieux

Les troubles anxieux toucheraient entre 17 et 37 % des personnes trans au moment du recueil des données et entre 16 et 38 % sur la vie entière. Dans la population générale, les taux médians sont estimés à 8 % pour les troubles actuels et 15% sur la vie entière (cf tableaux 6 et 7). Parmi les pathologies mentales, les troubles anxieux seraient les plus susceptibles d'être améliorés par la transition hormono-chirurgicale (23)(204)(205)(213)(216). Une étude comparative retrouve des taux 4,3 fois plus élevés dans les populations trans n'ayant eu aucun traitement, par rapport à celles qui ont réalisé une transition homono-chirurgicale. Dans cette dernière population, on retrouverait des taux de troubles anxieux s'élevant à 5.8 %. Ces valeurs s'apparentent à celles de la population générale (213). Une étude réalisée auprès d'adultes trans de plus de 50 ans constate qu'une transition à un âge précoce serait significativement associée à moins de troubles anxieux (122).

Peu d'études se sont intéressées à l'ESPT, malgré les potentiels traumatismes dans cette population subissant des violences au quotidien (voir partie 2.5.1 « Stigmatisations et discriminations »). En effet, l'étude de Reisner et al. considère la discrimination comme facteur de risque d'ESPT dans la population transgenre (99). La littérature retrouve des valeurs très variables : 4.4 % dans la population transgenre Australienne (173), 6.2 % pour Beckwith et al.(190) et 42.2% pour l'étude de Mc Dowell (217).

Suicide, tentatives de suicide et automutilation

Selon les données issues de la littérature, les taux médians d'IS s'élèveraient à 53,5 % chez les personnes trans, contre 11,8 % dans la population générale. Les TS quant à elles sont estimées à 25,4 % contre 4 % dans la population générale (voir tableaux 6 et 7).

La transition hormono-chirurgicale ferait passer le taux de TS de 15 à 7 % selon l'étude comparative de Christian et al. (177). De même, deux études longitudinales observeraient une diminution des TS grâce à la transition. Toutefois, les taux resteraient 5 à 34 fois supérieurs à ceux des personnes cisgenres (184)(209). Le fait d'avoir des documents d'identité en concordance avec l'identité de genre serait également associé à une réduction de 56 % des IS et de 74% des TS (218).

Concernant les conduites d'automutilation, elles diminueraient avec l'âge et concerneraient majoritairement les hommes trans (160)(211)(219), dont la prévalence sur la vie entière est estimée entre 32 et 36% (166)(211). L'étude de Dravey et al. souligne que l'automutilation serait un comportement plutôt féminin dans la population cisgenre et masculin dans la population trans (219). Selon le rapport de Carmel et al. il y aurait une sous estimation de ces comportements (220). Une des hypothèses serait que la violence auto infligée se concentrerait au niveau des parties génitales, spécificité qui a peu été explorée (220)(221).

La mort par suicide est difficile à estimer. En effet, le statut transgenre n'est pas pris en compte lors d'un décès (106). Une étude Suédoise menée par Dhejne et al. a suivi sur une période médiane de 11 ans, des personnes ayant eu une thérapie hormono-chirurgicale. Elle rapporterait des taux 19 fois plus élevés que dans la population générale (184). Dans l'étude longitudinale d'Asscheman et al., 966 MtF et 365 FtM ont été suivis sur une médiane de 18,5 ans. L'étude observe que les femmes trans auraient 5,7 fois plus de risque de mort par suicide que dans la population générale. Il n'y aurait en revanche pas de différence significative entre les hommes trans et la population générale (69).

Usage de substances

Les données concernant l'usage de substances sont hétérogènes. Elles se limitent souvent à la consommation de substances sans rechercher d'addictions (99). Il y aurait des taux médians d'addiction sur la vie entière 7 fois plus élevés que dans la population générale (18.4 % contre 2.6 % dans la population générale) (voir tableaux 6 et 7).

Le mésusage de substance serait d'autant plus élevé que la souffrance liée à la transidentité est intense (222). Plusieurs études font l'hypothèse d'une diminution des consommations après avoir accédé aux soins de transition. De plus, leur introduction précoce diminuerait la dysphorie de genre liée à la transidentité. Celle-ci permettrait également aux individus de développer des stratégies d'adaptation aux difficultés d'être transgenre (186)(193)(223-226). En revanche, l'introduction de l'hormonothérapie à un âge avancé serait associée à une probabilité augmentée de conduites addictives (OR 1,04, IC à 95 %: 1,01–1,08) (190).

Enfin, la désorganisation comportementale et l'instabilité psychique liées aux consommations de substances pourraient être des obstacles d'accès aux soins spécialisés (190).

Cannabis et cocaïne

L'étude espagnole de Guzman et al. retrouve une consommation de cannabis et cocaïne comparable aux moyennes nationales. En effet, 12,4 % des personnes trans auraient consommé du cannabis et 2,6 % de la cocaïne au cours de l'année précédente contre une moyenne nationale de 10,5 % pour le cannabis et 2,8 % pour la cocaïne. Aussi, l'utilisation de cannabis serait dans les deux populations associée à une stratégie d'évitement pour lutter contre l'anxiété sociale et la peur du jugement. Toutefois, les auteurs soulignent que les populations trans seraient potentiellement plus exposées à des complications physiques et psychiques liées à leur consommation de substances. Celles-ci seraient moins bien prises en charge, dans un contexte où les trans seraient confrontés à de nombreux obstacles pour accéder aux soins (voir partie 2.5) (227).

Concernant le sex-ratio, certaines études ne retrouvent pas de différences entre les genres, d'autres rapportent des résultats contradictoires (193)(228)(411).

Alcool

Le trouble de l'usage de l'alcool serait trois fois plus fréquent chez les personnes trans. De plus, 72% des personnes interrogées rapporteraient « boire pour faire face aux difficultés liées à la transidentité » (411).

Par ailleurs, une étude retrouve une incidence plus élevée d'agressions sexuelles liées à l'alcool dans la population trans (7,2 % dans l'année pour les personnes trans contre 2,1 % chez les femmes cis et 1,1 % chez les hommes cis). Parmi les personnes transgenres, celles qui déclarent avoir été agressées sexuellement ou verbalement au cours de l'année, auraient plus de consommations excessives d'alcool que les autres (229). Plusieurs études réalisées auprès des personnes trans trouvent une association significative entre les antécédents d'abus sexuels et une vulnérabilité vis-à-vis des toxiques (181)(193). L'ensemble de ces résultats suggère une boucle de rétroaction positive : la réponse à un facteur de stress peut augmenter l'exposition à des facteurs de stress ultérieurs. Ainsi, boire pour faire face au stress d'avoir été victime d'une agression sexuelle majorerait le risque d'agression sexuelle ultérieure, générant un nouveau facteur de stress.

Tabac

Concernant le tabagisme, les résultats sont contradictoires. L'enquête américaine de James et al. a suggéré que les personnes trans ne fumaient pas à des taux plus élevés que les personnes cisgenres. Ainsi, 57 % auraient déclaré avoir fumé au cours de leur vie, contre 63 % de la

population américaine. De plus, environ 22 % des personnes transgenres interrogées ont déclaré avoir fumé au cours des 30 derniers jours, contre 21 % de la population américaine (186). Cependant, deux autres enquêtes transversales américaines ont rapporté un tabagisme actif significativement plus élevé dans la population trans. Dans la première étude, il y aurait 19,2 % de tabagisme actif chez les sujets trans contre 16,3 % chez les sujets cis (157). La deuxième étude révèle que 39,7 % des personnes trans contre 25,1 % des personnes cis auraient consommé du tabac sur les 30 derniers jours. Chez les participants de plus de 50 ans le tabagisme serait de 15 % contre un peu moins de 9 % chez les répondants cis d'âge similaire (230).

Troubles neuro développementaux

De plus en plus d'études s'intéressent aux troubles neuro développementaux dans la population trans. Elles émettent l'hypothèse d'une surreprésentation de la cooccurrence de ces troubles avec une dysphorie de genre (voir tableau 7) (231).

La majorité des études à ce sujet portent sur les TSA (troubles du spectre autistique). Celles réalisées auprès d'adultes trans estiment que 4,8 à 14 % présenteraient des traits autistiques (voir tableau 7). Concernant le sex ratio, selon certains auteurs, il s'agirait majoritairement d'hommes trans,(195)(197)(198) pour d'autres il tend à converger (196).

Turban et al. soulignent que ces « traits autistiques » sont recherchés par des échelles non spécifiques du TSA. Leur présence chez les personnes trans ne permettrait donc pas de poser le diagnostic formel de TSA (232). Parmi les traits autistiques relevés dans la littérature, on aurait la présence de troubles des interactions sociales, d'intérêts restreints, de traits obsessionnels ou encore de comportements répétitifs et stéréotypés (233-236). Notons, qu'un déficit dans la communication et les interactions sociales peuvent être le reflet d'un niveau élevé d'anxiété sociale chez les personnes transgenres (195)(237).

La littérature relève également un sentiment de non conformité de genre plus fréquent (0,9 à 15 %) dans les TSA que dans la population générale (235)(238-242). Or, le défaut de perception des marqueurs sociaux des personnes autistes pourrait perturber la compréhension de l'identité de genre et par conséquent impacter l'évaluation d'une transidentité. Aussi, Turban et al. mettent en avant les limites des études réalisées auprès des personnes autistes. Certaines ne prenant pas en compte le déficit intellectuel, utilisant des questionnaires non validés pour les TSA ou encore évaluant la transidentité par une seule question (232).

Ainsi, on constate des difficultés à poser le diagnostic formel de TSA chez les personnes trans d'une part et de transidentité dans la population TSA d'autre part. La prévalence d'une cooccurrence est donc difficile à estimer (232)(243). L'aspect plus dimensionnel que catégoriel de ces deux entités, considérées comme des « spectres », rend probable le recoupement de certaines caractéristiques communes (244). On retrouve également des points communs au niveau de la recherche étiologique, comme l'exposition prénatale à la testostérone ou un poids de naissance élevé (234)(245).

Il faudra donc considérer avec prudence ces résultats, l'intrication de ces troubles pouvant compliquer l'évaluation diagnostique de ces différents tableaux. Une étude a observé que les individus ayant la cooccurrence TSA et dysphorie de genre avaient un retard de diagnostic de l'autisme (246). Par ailleurs, l'incongruence entre le sexe génétique et le genre peut être attribuée à des convictions rigides typiques de l'autisme et faire méconnaître une transidentité (247).

Enfin, si un parcours de réassignation de genre est entrepris, il est conseillé d'avancer très progressivement. En effet, l'intolérance au changement est susceptible de s'intensifier à chaque étape du parcours de transition. Une période plus étendue pour les décisions diagnostiques et cliniques est donc recommandée. Avec une coordination entre les spécialistes de la dysphorie de genre et des TSA (243)(238).

Troubles du comportement alimentaire

La recherche sur les TCA (troubles du comportement alimentaire) chez les personnes transgenres est rare, souvent limitée à des études de cas (99)(249). Les données sur la prévalence de ces troubles dans cette population sont variables, mais significativement plus élevées que chez les sujets cisgenres (250)(251). Il y aurait 3 à 4 % de TCA dans la population trans adulte (voir tableau 6). Tandis que, chez les adolescents, plus de la moitié des 14-18 ans et plus du tiers des 19-25 ans auraient des TCA (249).

Ces troubles seraient majoritairement de type restrictif ou avec des conduites de purge (252)(412). Pour certains, il s'agirait d'un moyen d'effacer ou d'empêcher le développement des caractéristiques de son sexe biologique ou d'accentuer les caractéristiques de son identité de genre. Cela suggère que les TCA peuvent être compris comme un moyen de faire face à la dysphorie de genre. La transition de genre permettrait d'atténuer ces troubles, en parallèle d'une meilleure satisfaction corporelle (250)(253-255). Le soutien social serait également un facteur protecteur (249).

Troubles de la personnalité

Les troubles de la personnalité ont fait l'objet de résultats très hétérogènes, avec des prévalences allant de 2,1 à 81,4 % (voir tableau 7). Les clusters seraient principalement de type B (189) pour certaines études et de type C pour d'autres (158)(191)(192). La seule étude ayant utilisé un groupe contrôle, bien que limitée par le faible effectif (n=30) retrouve une majorité de personnalités paranoïaques et évitantes. Il y avait 1,8 fois plus de personnes ayant un trouble de personnalité dans le groupe trans que dans le groupe contrôle (188).

Autres troubles mentaux

D'autres troubles psychiatriques, tels que la schizophrénie, le trouble bipolaire ou encore le trouble obsessionnel compulsif ne semblent pas plus répandus que dans la population générale (210)(158).

3.2. Comorbidités somatiques

La santé générale des personnes transgenres est l'aspect le moins documenté des recherches sur la santé des personnes trans (99).

3.2.1. Soins uro-génitaux

VIH et IST

Les données concernant les IST (infections sexuellement transmissibles) portent surtout sur le VIH. Celui-ci est le deuxième sujet le plus étudié dans cette population, après le domaine de la santé mentale (99)(256). Aux États-Unis, les personnes transgenres auraient des taux d'IST quatre fois plus élevés que dans la population générale (257)(258). Une revue de la littérature rapporte des prévalences de co-infection par le VIH avec d'autres IST, variant entre 2,5 % et 13,8 %. Les données, quand elles étaient comparées, étaient significativement supérieures à la population cis (256).

Selon la méta-analyse de Becasen et al., la prévalence moyenne globale du VIH dans la population transgenre est estimée à 13,7 %. L'estimation pour les femmes trans serait de 18,8 %, résultat significativement supérieur à celui des hommes trans (2,0%). Les auteurs relèvent que parmi les personnes trans, les femmes trans issues de minorités ethniques sont les plus touchées. En effet, 44,2% des femmes trans noires américaines et 25,8% des hispaniques

seraient séropositives, contre 6,7 % des femmes trans blanches (259). Ces chiffres sont bien supérieurs à ceux de la population générale, qui s'élèvent à 0,6 % (156).

Cette surreprésentation des IST peut en partie s'expliquer par le fait qu'une grande partie de la population trans se dirige vers le travail du sexe (413). Celui-ci serait pratiqué encore plus fréquemment par les femmes et les minorités ethniques trans (2)(260). Ainsi 37,9 % des femmes trans et 13,1 % des hommes trans se prostitueraient (259)(261). En Amérique latine, une enquête auprès de femmes trans révèle que 95 % d'entre elles seraient travailleuses du sexe (257)(262). Aussi, les femmes trans qui se prostituent seraient deux fois plus touchées par le VIH que les femmes trans qui ne se prostituent pas et six fois plus que les femmes cis prostituées (263).

Au delà de la prostitution, les comportements sexuels à risque semblent être fréquents chez les personnes trans, sans distinction entre les identités de genre. L'article de Becasen et al. a interrogé ces comportements. Il en ressort que : 21,5 % déclareraient avoir eu un diagnostic d'IST ; 35,7 % d'entre eux auraient eu des rapports non protégés ; 36,4 % en étant alcoolisés ou sous d'autres toxiques ; 20 % avec des personnes séropositives et 42,4 % auraient eu des partenaires multiples (259). Dans l'étude de Bauer et al. 46 % des répondants trans affirment n'avoir jamais fait de tests de dépistage du VIH (264).

L'OMS recommande aux femmes transgenres qui ont des rapports sexuels réceptifs d'être évaluées pour la Pr-EP (Prophylaxie Pré-Exposition) de la même manière que les hommes homosexuels et les couples sérodiscordants (265). La Pr-EP est une stratégie de réduction du risque de contamination par le VIH basée sur l'utilisation d'un médicament antirétroviral. Toutefois, la connaissance de la Pr-EP est relativement faible dans la population transgenre (48,6 %) (259).

Des facteurs de risques autres que les comportements sexuels sont relevés dans la population transgenre. L'injection de drogues illicites serait pratiquée par 10 % et le partage de seringues par 2,5 % des répondants de l'étude de Becasen et al. (259).

Dans la population séropositive, les données actuelles estiment que les personnes trans ont un moins bon accès et une moins bonne observance aux antirétroviraux (266)(267). Comme nous le verrons dans la partie 2.5, de nombreux facteurs pourraient expliquer cela. Selon l'étude de Sevelius et al. certaines personnes trans craindraient des interactions entre le traitement antirétroviral et l'hormonothérapie. Ils donneraient alors une priorité à l'hormonothérapie

(267). Or, les médicaments antirétroviraux présenteraient effectivement des interactions avec l'hormonothérapie, ce qui complexifie le schéma thérapeutique (50).

L'article de Bockting et al. propose de fusionner les soins hormonaux avec ceux du VIH. Il s'agirait de délivrer l'hormonothérapie et la trithérapie de manière concomitante, avec un suivi par un médecin formé aux deux prises en charge. Cela permettrait de faciliter l'observance, prévenir les interactions médicamenteuses et réduire l'automédication hormonale (268).

Autres dimensions des soins uro-génitaux

En dehors des IST, les questions de santé uro-génitales faisant l'objet d'études, concernent principalement les problématiques cancéreuses. Les cancers gynécologiques et urologiques seront abordés dans la partie suivante et la problématique de leur dépistage sera abordée dans les parties 2.5.3 et 2.5.4.

3.2.2. Cancer

Prévalence des cancers

L'étude de la prévalence des cancers fait l'objet de résultats contradictoires dans la population trans. Selon l'article de Boehmer et al. les hommes transgenres auraient une prévalence 2,3 fois plus élevée de cancer par rapport aux hommes cisgenres, mais pas aux femmes cisgenres. La prévalence du cancer parmi les femmes transgenres ne serait pas significativement différente de celles des hommes et femmes cisgenres (269). D'autres études ne retrouvent pas de différences significatives entre les prévalences de cancer chez les personnes cis et trans (63)(270).

Notons que la prévalence du cancer serait inférieure pour les hommes cisgenres par rapport aux femmes cisgenres, tandis que l'incidence et la mortalité seraient supérieures (271)(272).

Incidence des cancers

Concernant l'incidence globale des cancers dans la population trans, la littérature ne semble pas retrouver de différence lors de la comparaison des sujets cis et trans (273-376). Néanmoins, nous allons voir que certains types de cancers se développeraient plus fréquemment chez les personnes trans.

Plusieurs études ont utilisé les données du système de surveillance Nord-Américain pour estimer le rapport d'incidence proportionnelle (RIP) de cancer entre les personnes cis et trans. Ce rapport est obtenu en divisant les cas de cancer observés chez les personnes transgenres (sans distinction du sexe biologique), par le nombre attendu dans la population cisgenre.

	RIP des personnes trans par rapport aux hommes cis	RIP des personnes trans par rapport aux femmes cis
Tous les cancers confondus	Pas de différence	Pas de différence
Sarcome de Kaposi	4,7 à 9,2	235,9 à 445,7
Cancer de l'anus	9,5 à 9,7	9,5 à 19,8
Lymphome non hodgkinien	1,7 à 3,1	1,6 à 2,7
Lymphome de hodgkin	Pas de différence	3,2
Hématopoïétique	Pas de différence	1,7
Cancer de la base la langue et du pharynx	Pas de différence	7,6 à 8,9
Cancer du foie et des voies biliaires	Pas de différence	5,1 à 6,3
Col de l'utérus	Non approprié	6.4
Cancer de la vessie	Pas de différence	2,3 à 3
Cancer de l'œsophage	Pas de différence	3,2
Cancer du larynx	Pas de différence	3,0
Poumons bronches	Pas de différence	1,4 à 1,5
Cancer du sein	20,7 à 26,7	Pas de différence

En **violet** sont représentés les cancers potentiellement liés aux infections virales.

En **bleu** sont représentés les cancers potentiellement liés au tabagisme.

Notons que le cancer du col de l'utérus est potentiellement lié aux **infections virales** et au **tabagisme**.

Tableau 8 : tableau présentant les taux d'incidence proportionnelle retrouvés significativement plus élevés chez les personnes transgenres par rapport aux personnes cisgenres homme et/ou femme d'après les études de Braun et al. et de Nash et al. (273)(274).

Cancers liés aux infections virales

Comme nous l'avons vu dans la partie précédente, les IST dont celles du papillomavirus humain (HPV) et du VIH seraient plus fréquentes dans la population trans (273-275)(277). Or, il est documenté que ces virus peuvent induire des cancers : le cancer de l'anus, de la base de la langue et du pharynx, du col de l'utérus, du foie et du canal biliaire, les lymphomes (hodgkiniens et non hodgkiniens) et le sarcome de Kaposi (278)(279). Ainsi, les études montreraient une incidence plus élevée de cancers liés aux infections au HPV et au VIH chez les personnes trans. Selon Nash et al., les trans auraient des taux d'incidence de ces cancers 2,3 fois plus élevés que les hommes cis et 3,3 fois plus élevés que les femmes cis (273). Les RIP de la plupart de ces cancers sont rapportés dans le tableau 8. Ils semblent tous en faveur d'une surreprésentation dans la population trans, par rapport aux personnes cisgenre et particulièrement par rapport aux femmes cis. De plus, dans l'étude de Hutchison et al. la

majorité des cas de cancer de la cavité buccale, du pharynx et de l'anus étaient positifs au HPV ; la totalité des cas de sarcome de Kaposi étaient séropositifs et 76 % des patients atteints de lymphome avaient un statut VIH connu (275).

Cancers liés au tabagisme

Certains cancers liés au tabagisme seraient également plus incidents chez les personnes trans. Ils sont définis ainsi par Nash et al. : cancer du col de l'utérus, de l'œsophage, de la tête et du cou, des reins, du larynx, des poumons, du pancréas, de l'estomac, de la trachée et de la vessie. L'étude retrouve un taux 1,3 fois plus élevé de ces cancers chez les personnes trans que chez femmes cis uniquement (273). De plus, le tableau 8 montre des taux de cancer du larynx, des bronches, de la vessie et de l'œsophage plus incidents dans la population trans que chez les femmes cis. L'article de Silverberg et al. retrouve quant à lui 2,7 fois plus de cancers liés au tabac chez les hommes trans par rapport aux hommes cis uniquement (276). Cela peut être mis en lien avec l'hypothèse évoquée dans la partie 2.3.1 d'un tabagisme actif plus accru chez les personnes trans.

Cancer du sein

Le cancer du sein serait également plus incident chez les personnes trans par rapport aux hommes cis uniquement (voir tableau 8). D'autres études, étudiant séparément les hommes et les femmes trans, retrouvent une incidence du cancer du sein 46 à 77,8 fois plus élevée chez les femmes trans et 33,3 à 82 fois plus élevée chez les hommes trans par rapport aux hommes cis (276)(280)(281). En concordance avec les résultats précédents, aucune différence n'aurait été retrouvée entre les femmes cis et les personnes trans homme ou femme (276)(280). L'étude de Blok et al. retrouve même une diminution globale du risque de cancer du sein d'un facteur de 0,2 chez les hommes trans et 0,3 chez femmes trans, par rapport aux femmes cisgenres (281).

Cancer de la prostate

Par ailleurs, il semblerait que les femmes trans aient une incidence plus faible que les hommes cis pour le cancer de la prostate, avec un RIP de 0,4 des femmes trans par rapport aux hommes cis (275). L'étude longitudinale de Silverberg retrouve également une incidence 0,4 fois moins élevée de cancer de la prostate (276). Les auteurs font l'hypothèse d'un effet protecteur de l'oestrogénothérapie (276)(282).

Cancers endocriniens

Enfin, selon Hutchison et al, il semblerait qu'il y ait une incidence quatre fois plus élevée de cancers endocriniens dans la population trans par rapport à la population cis (275). Pour Silverberg et al. il s'agirait d'une surreprésentation de cancers des glandes endocrines (thyroïde, surrénale, pituitaire ou pinéale). Ils seraient 5,2 fois plus élevés chez les femmes trans que chez les hommes cis (276).

Enfin, on notera le rapport de cas de prolactinomes et de méningiomes qui seraient associés à l'hormonothérapie (voir annexe 5).

Mortalité par cancer

Deux études longitudinales fournissent des informations sur la mortalité par cancer dans la population trans. Elles retrouvent des proportions similaires entre les personnes cis et trans (283)(69). Dans l'étude de cohorte d'Asscheman et al., la population MtF aurait 2,58 fois plus de risques de décéder d'un cancer hématologique et 1,35 fois plus d'un cancer pulmonaire (69).

3.2.3. Santé cardio-vasculaire

Les comorbidités cardiovasculaires dans la population trans font l'objet de quelques études, qui tendent à montrer une surreprésentation de celles-ci (voir tableau 9).

	Femmes trans par rapport aux femmes cis	Femmes trans par rapport aux hommes cis	Hommes trans par rapport aux femmes cis	Hommes trans par rapport aux hommes cis	Références
Maladies cardiovasculaires (IM et/ou AVC et/ou maladie coronarienne)	2,2 à 2,9	Pas de différence à 1,4	Pas de différence à 9,2	Pas de différence à 4,8	(269)(284)
Maladie coronarienne	Pas de différences pour certaines études, à 1,9 pour d'autres	Pas de différences	Pas de différences	Pas de différences	(284)(285)
IM	1,8 à 3,0	Pas de différences	Pas de différences pour certaines études, entre 2,1 et 4,9 pour d'autres	Pas de différences pour certaines études, à 2,5 pour d'autres	(284-288)
AVC ischémique	1,9 à 4,1	Pas de différences pour certaines études, entre 1,8 et 9,9 pour d'autres	Pas de différence	Pas de différence	(284)(287)(288)
Thrombo-embolie veineuse	5,5 à 13,7	1,8 à 16,7	Pas de différence	Pas de différence	(287)(288)
Surpoids	1,34	Pas de différences	1,54	Pas de différences	(284)
Diabète de type 2	1,5 à 2,4	Pas de différence à 1,9	Pas de différence à 8,9	Pas de différence à 7,1	(269)(284)

Tableau 9 : Comparaison des comorbidités cardiovasculaires des personnes trans par rapport aux personnes cisgenres. Le tableau synthétise les résultats présentés dans les études sous forme de rapport de côte, hazard ratio ou encore de rapport d'incidence normalisée. Les valeurs apparaissant dans le tableau sont toutes statistiquement significatives, en faveur d'une surreprésentation de la comorbidité dans la population trans par rapport à la population cisgenre. Si certaines études ne retrouvent pas de différence statistiquement significative pour une comorbidité il sera noté « pas de différence » dans la case correspondante.

La prévalence de l'infarctus du myocarde (IM), serait ainsi 1,8 à 3 fois plus élevée chez les femmes trans que chez les femmes cis, alors qu'il n'y aurait pas de différence avec les hommes cis (270)(285-288). La plupart de ces études ne retrouvent pas non plus de différence entre les hommes trans et les personnes cisgenres (270)(285)(288). Deux études trouvent cependant 3,7 à 4,9 fois plus d'IM chez les hommes trans que chez les femmes cis. Pour l'une de ces deux études il y aurait également 2,5 fois plus d'IM par rapport aux hommes cis (286)(287). Paradoxalement, la maladie coronarienne ne semble pas plus prévalente chez les

personnes trans (285)(289), hormis dans l'étude de Caceres et al. où les femmes trans seraient 1,9 fois plus touchées que les femmes cis (284).

Les femmes trans risqueraient plus de développer un AVC ischémique (270)(287)(288). Selon Getahun et al. le risque est plus évident lors de l'utilisation d'oestrogènes à long terme. En effet, dans cette étude, les taux ne différaient pas par rapport aux populations cisgenres au cours des 6 premières années de suivi. Ces taux ont ensuite augmenté considérablement : ils étaient 9,9 fois supérieurs aux hommes cis et 4,1 fois supérieurs aux femmes cis (288). Les hommes trans, quant à eux n'auraient pas de risque accru de maladie cérébro-vasculaire (270)(284)(287)(288)

La littérature documente également une prévalence élevée d'évènements thrombo-emboliques chez les femmes trans, par rapport aux personnes cisgenres (voir tableau 9). Il semblerait que cela soit étroitement corrélé à l'oestrogénothérapie. Le risque serait cumulatif, apparaissant après plusieurs années d'exposition au traitement (288)(290). Selon l'étude longitudinale de Getahun, à 2 ans de l'instauration des oestrogènes, le risque serait 4,1 fois plus élevé que chez les hommes cis et 3,4 fois plus élevé que chez les femmes cis. Le risque se retrouve multiplié par 4 après 8 ans d'oestrogénothérapie (288). La prévalence de la maladie thrombo-embolique chez les hommes trans ne semble pas différer de celle de la population cisgenre (269)(290).

Une méta-analyse s'est penchée sur le risque cardio-métabolique des personnes trans. Elle montrerait qu'au-delà de deux ans d'hormonothérapie par testostérone on observerait une élévation de 17,8 mg/dL de LDL cholestérol. Il y aurait aussi une réduction de 8,5 mg /dL du HDL cholestérol sans changement significatif du cholestérol sérique total. L'oestrogénothérapie induirait une augmentation de 31,9 mg/dL des triglycérides (291). En parallèle, Caceres et al. relèvent une prévalence du surpoids chez les femmes et les hommes trans respectivement 1,3 et 1,5 fois plus élevée que chez les femmes cisgenres. De plus, malgré la relation incertaine entre l'hormonothérapie et le métabolisme modifié du glucose, des études suggèrent l'existence d'un risque accru de diabète sucré de type 2 dans cette population (284).

Ainsi, les données actuelles suggèrent que les femmes trans auraient un risque accru d'IM, d'AVC ischémique et de thrombo-embolie veineuse. On notera que les études s'intéressant aux pathologies cardiovasculaires dans la population trans portent dans l'ensemble sur une population suivant une hormonothérapie depuis plusieurs années. Selon la revue de la littérature de Connolly et al., l'hormonothérapie pourrait favoriser le phénotype thrombotique

(290). Toutefois, les auteurs soulèvent la question du risque lié au sexe biologique chez les femmes trans. En effet, toutes les études ne démontrent pas un risque accru comparé aux hommes cis. Le sexe masculin, considéré comme un facteur de risque cardiovasculaire en soi, pourrait expliquer en partie la vulnérabilité cardiovasculaire des femmes trans (290)(329). Aussi, les hommes trans font l'objet de résultats contradictoires, mettant en doute l'existence d'un risque accru de maladie cardio-vasculaire (290).

Par ailleurs, l'hypothétique surreprésentation de SOPK chez les hommes trans est associée à un risque accru de diabète, de maladie cardiaque, d'HTA, de cancers des ovaires et de l'endomètre. De même, l'hyperplasie congénitale des surrénales, qui serait plus prévalente chez les hommes trans, peut être source d'HTA (130).

Enfin, la mortalité par cause cardio-vasculaire dans la population trans est rapportée par deux études longitudinales. Selon l'étude d'Asscheman et al., les femmes trans auraient un taux de mortalité par IM 1,6 fois supérieur à la population générale. Le risque de mortalité cardiovasculaire était majoré d'un facteur trois chez les femmes trans utilisant de l'éthinylestradiol, par rapport à celles qui ne suivaient pas ce traitement. Les hommes trans, quant à eux, n'avaient pas de surmortalité cardiovasculaire par rapport à la population générale (69). L'étude longitudinale de Dhejne et al., rapporte un risque de décès cardiovasculaire 2,5 fois supérieur aux personnes cisgenres (184).

3.2.4. Résultats biologiques

Il n'existe pas de recommandations claires sur les intervalles à utiliser pour les normes des résultats de laboratoires. En effet, la gonadectomie et l'hormonothérapie auraient une influence sur le taux d'hormones sexuelles, mais aussi sur d'autres données biologiques (transaminases, créatinine, hémoglobine, prolactine, ect) (292)(293).

Concernant le dépistage du cancer de la prostate, en l'absence de quantités importantes de testostérone circulante, un taux PSA > 1,0 ng /mL peut être considéré comme anormal. Tandis que dans la population générale le seuil est de 4 ng/mL (adapté en fonction de l'âge) (282)(294).

3.2.5. Autres problèmes de santé physique

La population trans serait une « population à risque » à cause des effets des traitements hormono-chirurgicaux que nous avons abordés précédemment. A cela se surajoute des comportements à risque, tels que des rapports sexuels à risque, des abus de substances ou une mauvaise nutrition (295). Il pourrait en résulter par exemple, que la prise d'œstrogène et la consommation tabagique potentialisent les risques de thromboses veineuses (4).

3.2.6. Taux de mortalité

La mortalité serait plus élevée que dans la population générale (70). Ainsi, dans l'étude longitudinale de Dhejne et al. la mortalité globale était 2,8 fois plus élevée que chez les témoins du même sexe à la naissance (184). L'étude de cohorte d'Asscheman, trouve quant à elle une mortalité totale 1,5 fois plus élevée chez les femmes trans que dans la population générale. Par ailleurs, l'étude ne retrouvait pas de différence significative entre la mortalité des hommes trans et celle de la population générale (69).

Le suicide en serait la cause principale, suivi par le VIH, les maladies cardiovasculaires et la toxicomanie (69)(70).

3.3. LA DEMANDE DE SOINS

Les demandes de soins des personnes trans semblent être monopolisées par la question de la transition et les négociations autour des traitements médicaux (295). Ces préoccupations, considérées comme primordiales par de nombreuses personnes transgenres, tendent à faire passer les questions de santé qui ne concernent pas la transition au second plan (296).

Une étude d'observation rétrospective (297) réalisée en Espagne entre 2001 et 2013 montre que les demandes de soins étaient motivées à 59 % par la thérapie hormono-chirurgicale, suivies de 4 % par le VIH et de 3 % par les troubles de la personnalité. Une autre étude a interrogé la communauté transgenre du Mississippi sur leurs principaux besoins en matière de soins de santé. Ainsi les participants souhaiteraient : un accès à un traitement hormonal sûr et légal (27 %), des prestataires formés pour la santé des transgenres (19 %) et des services de

santé mentale accessibles (16 %). Des demandes concernant des problèmes de consommation de drogues et d'alcool ont aussi été notées (298).

4. HYPOTHÈSES SUR LES FACTEURS D'AUGMENTATION DE LA MORBIDITÉ CHEZ LES PERSONNES TRANSGENRES

4.1. Stigmatisations et discriminations

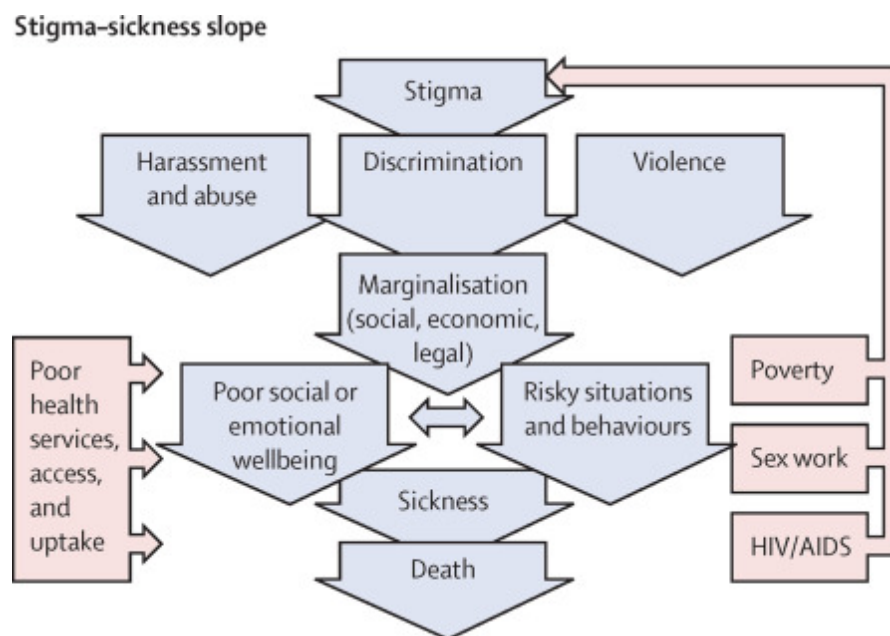


Figure 4: Winter S. Lost in transition: transgender people, rights and HIV vulnerability in the Asia-Pacific region. (*Perdu en transition: personnes transgenres, droits et vulnérabilité au VIH en Asie Pacifique.*) Bangkok: United Nations Development Programme, 2012. (2)

En tant que groupe minoritaire, les personnes trans sont sujettes à la stigmatisation. Elles sont parfois considérées par les personnes cisgenres comme moralement corrompues, atteintes de maladie mentale ou encore sexuellement déviantes. Au sein de la communauté LGBTQI+ les personnes trans sont les plus stigmatisées. D'autant plus si elles sont isolées, de minorité ethnique, handicapées, précaires, prostituées ou encore atteintes du VIH (2)(156)(186)(299)(331)(333).

La stigmatisation expose les personnes transgenres à: du harcèlement, de la discrimination, des violences verbales, physiques ou sexuelles, voire à des meurtres (48)(300)(301). Elles font également face à des «micro-agressions» définies par Reisner et al. comme des formes

subtiles, souvent par inadvertance ou ignorance, d'insultes verbales ou comportementales. Il s'agit par exemple de l'emploi d'une terminologie transphobe ou incorrectement genrée, la désapprobation ou encore la pathologisation de la transidentité.

Ces actes issus de la stigmatisation peuvent se retrouver au sein de divers milieux (emploi, soins, études, famille) à un degré variable en fonction du contexte socio-culturel. Les estimations de la prévalence de ces attitudes envers la transidentité sont résumées dans le tableau 10.

Comme cela est schématisé par Winter et al., la stigmatisation et les attitudes qui en découlent peuvent conduire les personnes trans à vivre en marge de la société. Notamment au niveau socio-économique, avec des difficultés d'accès à un logement et à l'emploi menant à la précarité (2)(99)(102). Dans l'étude de Sanchez et al., 41 % des personnes trans interrogées ont déclaré ne pas gagner suffisamment d'argent pour payer leurs dépenses quotidiennes, telles que le loyer ou la nourriture (54). Le domaine de la santé n'est pas épargné avec un taux important de discriminations, d'expériences négatives et de refus de soins (48)(156)(186)(299)(300)(331). Dans de multiples pays, les trans sont marginalisés par des lois qui pénalisent la transidentité ou le travestissement. Aussi, lorsqu'elles sont arrêtées ou détenues, les personnes transgenres sont souvent placées selon leur sexe biologique, ce qui les expose à un risque supplémentaire d'agressions (2).

Pour les plus jeunes, le décrochage scolaire serait favorisé par une exposition au harcèlement à l'école (41). Ils peuvent également faire face au rejet familial et devoir partir de la maison (2).

Attitudes en lien avec l'identité de genre	Taux retrouvés chez les adultes transgenres (%)
Violence physique	28 à 60 % (302) 2115 personnes transgenres auraient été assassinées entre 2008 et 2016 (303)
Violence psychique	83 % (185)
Violence sexuelle	19 à 59 % (185)(302)(304-306)
Milieu professionnel ou scolaire	15 à 33 % de chômage, soit 3 fois plus que la population cisgenre (5 à 12 %) (186) 30 % de discriminations en cherchant du travail 23 % de discriminations 7 % de violence physiques et 6 % d'agressions sexuelles sur le lieu de travail (156)
Discrimination dans le milieu médical	24 à 70 % (307-309)(331)
Expériences négatives dans le milieu médical	33 % (186) 28 % ont signalé du harcèlement verbal
Refus de soins dans le milieu médical	19 à 25 % (156)

Tableau 10 : Violences, harcèlement et discriminations envers les personnes transgenres

Quelques études ont tenté de mettre en évidence une association significative entre des facteurs issus de la stigmatisation et l'augmentation de la morbi-mortalité, principalement psychique, dans la population transgenre. L'ensemble des associations retrouvées sont résumées dans le tableau 11 (2)(159)(268)(310-312).

Facteur de risque étudié	Trouble psychique associé significativement au facteur de risque	Références
Actes de discrimination liés à la transidentité	Trouble anxio-dépressif	(159)(217)(313)
	ESPT	(217)(314)
	Automutilation	(217)
	IS et TS	(185)(315)(316)
Violences liées au fait d'être trans	4 à 7 fois plus d'EDC	(317)
Violences sexuelles	6 fois plus d'ESPT chez les FtM et 2,4 fois plus chez les MtF	(318)
	3,9 fois plus de trouble de la personnalité chez les FtM et 4,6 fois plus chez les MtF	(318)
	3,3 fois plus de dépression MtF	(318)
	TS	(185)
Précarité de l'emploi	Troubles anxio-dépressifs	(217)

Tableau 11 : Associations statistiquement significatives entre certains facteurs issus de la stigmatisation et une morbidité psychiatrique accrue.

Enfin, les symptômes psychiatriques, voire la transidentité elle-même peuvent être cachés par crainte de discriminations (48). Il peut également se développer un sentiment de transphobie intériorisée, défini par certains auteurs comme une honte envers sa transidentité (319-321)

Bockting et al. l'expliquent par l'internalisation des attentes normatives de la société en matière de genre (322).

On soulignera que la recherche sur des notions, telles que la violence et la discrimination, utilise des méthodes de mesure non validées et non standardisées (99). La plupart de ces études sont transversales, non contrôlées et non interventionnelles. Ce qui limite la capacité de faire des liens de causalité. Il est difficile d'examiner les changements des données de santé en fonction de la mise en œuvre d'interventions visant à améliorer l'environnement social et structurel des personnes transgenres (99).

4.2. Manque de formation des soignants et d'accès à des soins spécialisés

Les questions d'identité de genre ne font pas partie de l'enseignement des cursus médicaux et paramédicaux initiaux en France (323).

Des études qualitatives, réalisées auprès de professionnels de santé et de personnes trans, relèveraient un défaut de formation et de sensibilisation pour les soignants (324-327). Selon les personnes trans interrogées, cela créerait un sentiment d'impuissance face aux soignants, avec l'impression qu'ils ne sauront pas comment répondre à leurs besoins (328). De leur côté, les professionnels de santé expriment leurs difficultés à orienter les patients trans et à les adresser vers des spécialistes. Ils expliqueraient cela par un manque de connaissances au sujet de la prise en charge de la transition et de son réseau spécialisé (2).

Des études quantitatives ont également sondé des personnes transgenres à ce sujet. Ainsi, 90% penseraient qu'il n'y a pas assez de personnel soignant sensibilisé et formé aux questions transidentitaires (309). 50 % déclareraient avoir dû renseigner leurs médecins sur les soins des personnes transgenres (156). L'accès à un prestataire bien informé sur les problèmes de santé des personnes transgenres serait même l'obstacle le plus signalé aux soins (32 %) devant l'accès à un spécialiste de la transition (28 %) (54). Sur ce dernier point, l'accès aux services de santé liés à la transition est souvent limité, en particulier dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire (50). Il n'existe pas de données en France sur le sujet. Une étude Anglaise estime des temps d'attente en moyenne de 18 mois, pour un premier rendez-vous chez un spécialiste de la transidentité (308).

Ce manque d'accès à des médecins formés, voire spécialisés sur la transidentité pourrait éventuellement pousser les patients à trouver d'autres sources d'informations et d'autres moyens pour obtenir une transition hormono-chirurgicale (voir partie 2.5.6).

4.3. Problèmes administratifs

Toutes les personnes transgenres n'ont pas changé d'état civil, de prénom, ni de numéro de sécurité sociale. Cela peut les confronter à des impasses administratives, notamment dans le domaine de la santé (261)(328). Une identification au genre, nom, pronom de naissance dans le dossier médical, peut être source de mégenrage (292)(295).

Aussi, après avoir réalisé un changement, les personnes trans ne seront plus sollicitées pour le dépistage de cancers d'organes liés au sexe biologique, comme celui de la prostate ou du col de l'utérus (49). De plus, des confusions dans les références de genre au sein des systèmes de facturation/codage peuvent advenir. Cela pourrait rendre difficile le remboursement du dépistage d'organes liés au sexe biologique (292).

4.4. Les problèmes socio-économiques et d'assurance maladie

En France, malgré la mise en place de l'ALD hors liste dans le cadre d'une dysphorie de genre, certaines caisses primaires d'assurance maladie refuseraient le remboursement des soins de transition. Le tribunal des affaires de la sécurité sociale a ainsi contraint la CPAM 29 en mai 2018 à rembourser la mastectomie d'un homme trans suite au dépôt de plainte par l'association Ouest Trans (300).

On notera que certaines opérations comme la féminisation faciale, l'affinement de la taille ou encore l'augmentation des hanches ne sont pas prises en charge car assimilées à de la chirurgie esthétique. Aussi, les femmes trans ne seront pas remboursées pour les séances d'épilation au laser en dehors de celle du visage. Par ailleurs, la prise en charge en ALD n'inclut pas les dépassements d'honoraires, ce qui peut être le cas des actes pratiqués par un médecin exerçant en secteur libéral (43)(330).

Il n'existe pas de données quantitatives concernant les difficultés pour financer les soins de la transition en France. En Amérique, elles ont fait l'objet de plusieurs enquêtes. Celles-ci relèvent de nombreuses difficultés en raison de l'absence de couverture universelle des soins de santé (54)(324)(331)(332). Ainsi 19 % des trans américains interrogés dans l'étude de Grant et al.(156) ne seraient pas couverts pour les soins, contre 15 % de la population générale. Une des raisons de ce manque de couverture aux Etats-Unis pourrait être le refus d'assurer la personne en raison de sa transidentité. Dans le rapport américain de James et al. de 2015, on retrouve des données sur les expériences de personnes trans en matière de santé. Sur l'année passée, 25 % des répondants se seraient vu refuser une assurance maladie en

raison de leur transidentité, 55 % se sont vu refuser une demande de couverture pour la chirurgie et 25 % pour celle d'une transition hormonale (186).

4.5. Évitement des soins par les personnes transgenres

Évitement des soins curatifs et préventifs

Les personnes transgenres seraient plus susceptibles de reporter une prise en charge, que les cisgenres hétéro, bi ou homosexuels (333). 43,8 % n'iraient pas consulter malgré des besoins de soins aigus (334), 28 % pour des soins curatifs et 33 % pour des soins préventifs (156).

Les motifs de cet évitement des soins ont été explorés dans la littérature. Tout d'abord, le manque de moyens financiers (voir partie 2.5.4) serait un facteur non négligeable de report de soins (54)(121). Il conduirait 33 % (186) à 48 % (156) des personnes trans américaines à ne pas consulter.

D'autres motifs sont retrouvés dans la littérature, comme la peur d'être victime de stigmatisation et discrimination (156)(186)(324)(335). Les expériences antérieures négatives vécues par les personnes elles-mêmes ou par leurs pairs constituent également des facteurs d'évitement (102)(312)(334). Une enquête brésilienne montre que les personnes, qui auraient vécu des discriminations en lien avec leur transidentité, éviteraient 6,7 fois plus les services de santé que les personnes cisgenres (336).

La crainte d'être mégenré ou que le professionnel de santé ne connaisse pas la terminologie autour de la transidentité, a été évoquée dans des enquêtes qualitatives (118)(337-339). En effet, des confusions autour de la transidentité pourraient altérer la relation médecin-patient. Par exemple, dire que les trans « changent de sexe » plutôt que d'« expression de genre », qu'ils se « transforment » plutôt que « transitionnent ». Aussi, l'amalgame entre identités de genre et préférences sexuelles ou affectives peut être perpétué par l'usage de terminologies telles que « transsexualité », « transsexuels » ou encore « identité sexuelle » (2)(7)(340).

Évitement spécifique des soins uro-génitaux

Certains articles rapportent des réticences vis à vis des soins en rapport avec les organes sexuels biologiques. Ils seraient parfois vécus comme une confrontation à des organes en discordance avec leur identité de genre. Ces organes peuvent être perçus comme ne faisant plus partie de leur identité profonde. Ils peuvent également être ou avoir été des facteurs majeurs d'insatisfaction corporelle, participant à la dysphorie de genre (296)(341)(342).

Cela pourrait impacter l'observance des soins uro-génitaux préventifs et curatifs. Une étude rapporte que les personnes transgenres seraient deux fois moins susceptibles d'adhérer aux directives de dépistage par mammographie que les femmes cisgenres (343). Les hommes trans, par rapport aux femmes cis, seraient significativement moins susceptibles d'être à jour sur les frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus (AOR = 0,63) (342).

Évitement des soins en rapport avec la transition

Concernant les mineurs transgenres, l'accès aux soins de transition est soumis au consentement parental. Or, la crainte de la divulgation de la transidentité aux parents peut conduire à un évitement des soins. On notera que certains pays ne demandent plus d'accord parental à partir de 16 ans, ce qui n'est pas le cas en France (44)(49)(324)(338).

Aussi, certaines personnes trans témoignent d'une réticence à obtenir des hormones par le biais des soins spécialisés. Cela pourrait expliquer en partie, le recours fréquent à l'automédication pour les soins de transition (voir partie suivante) (54)(344-347). Des études ont interrogé des personnes trans à ce sujet. Elles relèveraient un besoin de contrôle du processus de transition, une insatisfaction de la temporalité du traitement ou encore du dosage. Celui-ci est parfois considéré comme trop faible, rendant le processus de transition trop lent. A l'inverse, certains sujets rapportent un dosage trop fort, générant des effets indésirables lourds (notamment en matière de surpoids) (286)(348)(349). De plus, le rapport des usagers de la HAS critique la grande variabilité du temps accordé au diagnostic différentiel. Les équipes spécialisées prendraient jusqu'à 2 ans pour établir un diagnostic donnant accès au remboursement des soins. Cela pourrait pousser les personnes transgenres à ne pas passer par ces équipes, puisque selon le même rapport certains médecins le feraient en 1 à 3 consultations (350).

4.6. Automédication et recours à des prestataires non qualifiés pour les soins de transition

Comme nous l'avons vu précédemment, les soins spécialisés dans la transition peuvent être difficiles d'accès. Ils sont parfois non remboursés et généreraient des réticences. Dans ce contexte, on constate un recours fréquent à l'automédication et à des prestataires non qualifiés (54)(344-347). L'impact sur la santé de ces pratiques ne semble pas avoir fait l'objet d'études. Toutefois, les personnes trans pratiquant l'automédication seraient moins conscientes des effets secondaires que celles suivies par un médecin (346).

La littérature rapporte que 23 % des personnes consultant en centre spécialisé auraient déjà obtenu des hormones et des informations sur celles-ci par d'autres sources (54)(346). En Thaïlande, 70 % des femmes trans utiliseraient des sources non médicales pour l'hormonothérapie (347).

L'étude de Sanchez et al. a tenté d'identifier les différentes sources utilisées par les trans pratiquant l'automédication. Ainsi, 16,9 % des personnes trans sous hormonothérapie seraient fournies par des proches, 7 % par des pharmacies sans ordonnance, 7 % via des vendeurs de rue et 2,8 % en allant les chercher dans d'autres pays (54). On notera que le recours à internet semble augmenter avec le temps. Il passe de 1,4% dans l'étude de Sanchez publiée en 2009 (54), à 6 % dans une enquête en 2010 (350), puis à 16,6 % selon un article datant de 2014 (346). Cette dernière étude estime que les femmes trans seraient 12 fois plus susceptibles d'utiliser des hormones provenant d'internet que les hommes trans (346). En effet, la présentation plus tardive des femmes trans dans les services spécialisés pourrait expliquer le recours plus fréquent à internet (351). D'autre part, internet ciblerait plus les femmes trans que les hommes trans (352)(353).

Concernant la transition chirurgicale en France, elle serait réalisée dans 90% des cas hors équipe spécialisée, majoritairement à l'étranger (350). Une étude, réalisée en Asie, révèle qu'un nombre limité de professionnels formés et les coûts élevés des interventions chirurgicales ont encouragé l'accès à des prestataires non qualifiés (354).

4.7. Des sous populations transgenres plus vulnérables

4.7.1. Les personnes non binaires

Selon les résultats de la National Transgender Discrimination Survey, 20 % des personnes transgenres se considèreraient comme non binaires (156). Les études à propos de cette population sont peu nombreuses et portent sur des échantillons définis de manière très variable. Il s'agirait de la population la plus à risque de comorbidités, au sein de la communauté LGBTQI+ (355-357).

Concernant le sexe ratio biologique des personnes non binaires, les données sont contradictoires (310)(358).

Par ailleurs, l'accès aux soins de transition serait plus compliqué pour ces personnes. Le taux d'indécision et de questionnement semble plus important (359). De plus, les personnes non binaires auraient plus de difficultés à obtenir une médicalisation adéquate (360). Elles relèveraient d'une approche encore plus individualisée que chez les trans binaires. Des demandes de doses plus légères d'hormones ou de chirurgie partielle seraient plus fréquentes. De même, il y aurait plus de recours à des « transitions simples » (vêtements, pronoms, prénoms). Néanmoins, l'insatisfaction corporelle serait globalement moins intense que pour les trans binaires et davantage liée aux caractères sexuels secondaires (361).

En France, les personnes non binaires n'ont pas la possibilité de changer de sexe à l'état civil au-delà du système binaire homme-femme. Seulement une minorité de pays reconnaissent un « troisième genre » (362).

4.7.2. Les sujets âgés transgenres

Une enquête estime que parmi les adultes LGBT de plus de 50 ans, les sujets trans sont les plus à risque de mauvaise santé physique, d'invalidité, de dépression et de stress (363). Les facteurs à l'origine de ces inégalités sont semblables à ceux évoqués précédemment. Ainsi, ont été identifiés : la sédentarité, l'appréhension d'aller consulter, la transphobie intériorisée, les actes de violences et de discrimination, le manque de soutien social et familial et d'accès au logement (363-365). Les obstacles aux soins seraient aggravés par le manque de soignants sensibilisés à la transidentité (363).

Paradoxalement, une étude ayant comparé la détresse psychique en fonction de l'âge trouve une prévalence moindre de celle-ci chez les plus âgés. Cela s'expliquerait en partie par une transphobie internalisée plus faible dans cette population (366).

TROISIÈME PARTIE : DISCUSSION ET CONCLUSION

1. RÉSULTATS PRINCIPAUX CONCERNANT LA SANTÉ DES PERSONNES TRANS ET HYPOTHÈSES POUVANT EXPLIQUER CES OBSERVATIONS

A l'issue de cette revue de la littérature, il semblerait que les personnes transgenres aient un risque accru de troubles psychiques et de problèmes de santé physique, tels que le VIH, l'incidence plus élevée de certains cancers ou de pathologies d'origine cardiovasculaire. Selon les études longitudinales, la mortalité serait également plus élevée par rapport aux personnes cisgenres.

Plusieurs hypothèses ont été relevées dans la littérature pour expliquer ces vulnérabilités chez les personnes trans. La stigmatisation que subissent les personnes trans serait inductrice de discriminations, d'actes de violences et de harcèlement et la marginalisation socio-économique et légale qui en découle. Cet ensemble constituerait de multiples facteurs de risques pour la santé. L'exploration des obstacles d'accès aux soins, révélerait un manque de formation des soignants et d'accès à des soins spécialisés. Des réticences concernant le milieu médical ont également été rapportées, elles conduiraient les personnes trans à éviter les soins. A l'inverse, il semblerait qu'une législation protectrice envers les personnes trans, le soutien des proches et un accompagnement précoce dans l'affirmation de genre, seraient des facteurs protecteurs de la santé des personnes transgenres.

Les problèmes de santé et leurs facteurs d'influence, touchant la population trans font l'objet d'un nombre croissant d'études. Un effort de synthèse des données disponibles m'a semblé important, afin d'intégrer les acquis de la recherche d'une part et d'identifier les lacunes et les sujets à approfondir d'autre part.

2. LIMITES DES ÉTUDES ISSUES DE LA REVUE DE LA LITTÉRATURE

Cette revue de la littérature se base sur des données recueillies principalement auprès de centres de santé spécialisés. Or, toutes les personnes trans ne passent pas forcément par ces structures. Certaines ne souhaitent pas de transition hormono-chirurgicale. D'autres choisissent une filière dite « hors protocole » en consultant des médecins libéraux, en réalisant

les opérations à l'étranger ou en pratiquant l'automédication. Par conséquent, peu de données portent sur cette partie de la population trans (2)(44)(367). Afin d'obtenir des informations sur ces sujets exclus, l'utilisation de données issues d'enquêtes nationales, voire internationales, pourrait être pertinente. Toutefois, la plupart des enquêtes et systèmes de surveillance sanitaire ne différencient pas les personnes trans et cisgenres (2)(99)(368).

En outre, la majorité des enquêtes sont réalisées dans des pays à revenu élevé, qui se préoccupent d'améliorer la qualité de vie des trans (2)(99). Tandis que, dans certaines régions géographiques, comme dans de nombreux pays d'Afrique, d'Europe de l'Est ou du Moyen-Orient peu, voire pas d'informations sont disponibles sur les personnes transgenres (2)(120). Il s'agit de pays qui répriment généralement la transidentité (16)(369). Ainsi, compte tenu de l'époque, du milieu socio-culturel, religieux ou encore du lieu de vie, la tolérance envers la transidentité varie (50). Le manque d'acceptation des personnes trans dans leur milieu peut les pousser à dissimuler leur transidentité par crainte de discriminations (292)(368)(370). Cela crée un biais déclaratif.

Les sujets âgés, vivant en milieu rural ou encore les hommes transgenres sont des populations trans particulièrement peu étudiées (2)(357)(368)(371). De même, la sélection des échantillons étudiés est souvent restreinte aux diagnostics du DSM ou de la CIM, comme « dysphorie de genre » ou « troubles de l'identité sexuelle ». Cela ne rend pas compte de la diversité de la transidentité qui comprend notamment les personnes non binaires (99)(359).

Ces divers biais de sélection sont à l'origine d'une sous-estimation de la prévalence des personnes trans. Ils laissent également des lacunes majeures pour comprendre leurs caractéristiques et besoins de santé (2)(120)(292)(372).

Aussi, la plupart des études sont descriptives, fournissant des données non appariées, voire non comparées à la population cisgenre. Cela génère des biais de confusion (210)(367). De plus, au sein d'une même étude, la population trans peut être très hétérogène. En effet, elles sont parfois à des stades de transition hormono-chirurgical différents. Or, comme nous l'avons vu précédemment, la transition est un facteur majeur d'amélioration psychique. Le fait de ne pas faire prendre en compte le stade de transition des personnes trans rend difficile l'interprétation des résultats (6)(99).

Certains articles étudient une population spécifique au sein de la communauté trans, comme les femmes trans ou les personnes trans travailleuses du sexe (103)(373). Les résultats manquent alors de validité externe pour être généralisables.

Par ailleurs, la méthodologie varie d'une étude à l'autre. L'utilisation de seuils, de critères de temporalité et d'outils différents pour évaluer les comorbidités peuvent donner des résultats très hétérogènes (6)(99).

Une carence d'informations en ce qui concerne le devenir au long terme des personnes transgenres a été soulignée par l'étude de Reisner et al.. Elle ne retrouve que 6 % d'études longitudinales, parmi les 116 études sélectionnées sur la santé des personnes transgenres (99).

Enfin, les échantillons sont souvent trop petits pour fournir une puissance permettant de conclure (6)(99)(374).

3. CHANGEMENTS EN COURS ET PERSPECTIVES D'AVENIR POUR LES PERSONNES TRANSGENRES

3.1. Vers une meilleure représentativité des données sur les personnes trans

Les centres spécialisés de la dysphorie de genre suivent pour la plupart des recommandations reposant sur un nombre limité d'études. Ceux-ci fournissent rarement des niveaux de preuve élevés (4)(45).

La recherche et les politiques de santé publique exploiteraient de plus en plus les sources de données administratives courantes. Celles-ci permettent d'obtenir des informations plus représentatives et à moindre coût (157)(368)(375). Winter et al. ont décrit une méthode en deux étapes pour inclure des données sur la santé des personnes transgenre. Ils proposent de poser la question du sexe assigné à la naissance d'une part et de l'identité de genre actuelle d'autre part. Cela permettrait également d'inclure des identités de genre non binaires, et ce en laissant plusieurs options aux répondants. Cette méthode serait à adapter en fonction du contexte géographique, des spécificités de langages et de l'appréhension culturelle du sexe et du genre. Les auteurs préconisent également la formation d'équipes de recherche et la mise en place d'un processus de vérification des réponses. Cela permettrait de minimiser les biais de classification (2)(99).

3.2. Des objectifs pour améliorer la santé des personnes transgenres

L'agenda 2030 pour le développement durable et les résolutions de l'OMS de 2015, visent à améliorer la santé des personnes transgenres (376)(377). Avec une recherche centrée sur la personne trans autour de ses droits et besoins, notamment l'accès à l'information, à des soins respectueux et sa protection envers la discrimination (362). L'OMS veut mettre en place des indicateurs, qui surveilleront la mise en œuvre d'initiatives. Celles-ci ont pour but d'assurer l'inclusion sociale des personnes transgenres dans les différents pays (377).

L'importance d'inclure les personnes trans dans la prise des décisions vis à vis de leurs enjeux de santé est soulignée. Par exemple, en autorisant un accès aux soins et au changement d'état civil sur la base de l'autodétermination. Aussi, leur participation aux groupes de référence de l'OMS est encouragée. Notamment pour les discussions autour du VIH ou des préférences de dénomination dans la CIM.

Mise en place d'un environnement adapté à la transidentité

L'optimisation des pratiques reposerait également sur la création d'un environnement clinique permettant d'affirmer son genre. Cela passerait, entre autres, par la mise en place d'un système de dossiers médicaux électroniques adaptés. Ils auraient la capacité de recueillir des données démographiques appropriées, comme le nom légal, le nom utilisé (s'il est différent), le sexe légal, le sexe enregistré à la naissance, le pronom et l'identité de genre. Cela pourrait également être une solution aux difficultés administratives rencontrées, pour le dépistage et le remboursement des soins spécifiques à un sexe biologique particulier (308).

Les recommandations soulignent la nécessité de l'utilisation correcte du nom et du pronom préférés d'une personne, tout en respectant la confidentialité désirée par le patient. Certains sujets peuvent demander l'utilisation d'un nom et/ou d'un pronom seulement dans certaines circonstances. Cela peut dépendre de la présence ou non des proches dans la salle (378).

Aussi, la mise à jour d'installations telles que les toilettes ou les salles de repos, intégrant toutes les identités de genre, est préconisée. Cela permettrait de créer des environnements plus adaptés aux besoins des personnes trans (308). La recherche australienne rapporte qu'un environnement de soins de santé ne respectant pas ces principes sont corrélés à de moins bons résultats de santé mentale (3). De même, Seelman et al. associent le refus d'accès à des lieux publics pour motif de transidentité à un risque accru de TS (379).

En ce qui concerne l'usage des toilettes, son utilisation retardée peut causer des problèmes physiques. Cela peut entraîner des infections urinaires, rénales ou encore favoriser les hémorroïdes. Certaines personnes transgenres s'abstiennent même de boire pendant la journée pour éviter d'avoir à uriner (357).

Il est donc important de respecter et d'adopter un engagement optimal entre les patients et les cliniciens, et d'assurer la confidentialité et la sécurité des patients.

Une formation des soignants aux particularités de la transidentité

Des études soulignent l'importance d'une introduction précoce de cours sur la santé des transgenres au sein de la formation médicale (50). Dans ce sens, "l'European Medical Students' Association" a fondé un projet européen plaidant pour l'intégration de la santé des trans dans le cursus médical. Ce dernier point pourrait réduire les préjugés transphobes dans le milieu de la santé et améliorer l'accès aux soins de santé pour les personnes transgenres à l'avenir.

3.3. Évolutions administratives dans le processus de transition

Autodétermination

Il existe encore de nombreux pays où le changement d'état civil n'est pas possible. En Europe, huit pays sont dans ce cas et 17 imposent des exigences de stérilisation (2).

A l'inverse, plusieurs pays ont adopté un modèle dans lequel les personnes transgenres déterminent leur sexe au moyen d'une simple procédure administrative (380)(381). En Argentine, ce droit est étendu aux enfants et adolescents, elle permet également l'accès aux soins sur la base de l'autodétermination (2).

Une troisième option sur les papiers d'identité

Chose encore impossible en France, de plus en plus de pays reconnaissent la possibilité d'une troisième option pour indiquer son genre sur les papiers d'identité. Ainsi, on voit apparaître l'option « X » en Nouvelle Zélande (382), le « genre non spécifique » en Australie (383) ou encore la mention « troisième sexe » afin de procurer une protection sociale aux hirjas (femmes trans) dans plusieurs pays d'Asie (384-386). En Allemagne, il y a la possibilité de ne rien écrire sur le certificat de naissance dans les cas d'intersexuation (382)(388).

Vers une classification qui n'associe plus la transidentité à une pathologie

Que ce soit dans le DSM 5 ou la CIM 10, la transidentité est associée à des diagnostics psychiatriques tels que « dysphorie de genre » ou « troubles de l'identité sexuelle ». Cela a engendré une confusion sur le fait que la transidentité en elle-même serait une maladie psychiatrique. Une position en faveur de sa déclassification de la liste des troubles mentaux se fait entendre. C'est le cas notamment du Parlement européen et du Commissaire aux droits de l'homme (389)(390).

La 11^{ème} version de la CIM, qui devrait être effective internationalement en 2022, est globalement bien accueillie par la communauté transgenre mondiale (2)(391). Elle a retiré le transsexualisme de la liste des pathologies mentales. On parlera désormais « d'incongruence de genre de l'adolescence et de l'âge adulte ». Ce terme sera placé dans un chapitre intitulé « conditions liées à la santé sexuelle ». Il est défini comme « une incongruence marquée et persistante entre le sexe expérimenté d'une personne et le sexe assigné ». Avant la puberté on parlera « d'incongruence de genre dans l'enfance ».

Cependant, certains défenseurs des droits des trans s'opposent à l'utilisation du diagnostic avant la puberté. L'un des principaux arguments serait que les enfants n'ont pas besoin de traitement spécifique et donc d'une ALD. Ces personnes posent la question de la pertinence de la présence d'une classification CIM ou DSM à ce stade (2)(391)(392). D'autres appellent à la suppression totale de la transidentité de la CIM. Toutefois, cette inclusion permet de garantir l'accès à la couverture des soins de santé spécifiques à la transition (362).

La lutte contre la discrimination passe aussi par la déconstruction des idées de maladie ou de déviance associées à la transidentité. Certains défenseurs des droits des trans demandent la sortie de la transidentité des classifications médicales, tout en maintenant le remboursement des soins. Dans cette optique une alternative au diagnostic d'incongruence de genre de la CIM 11 a été proposée par l'OMS. Il s'agirait d'utiliser les codes Z de la CIM, qui documentent les facteurs d'influence sur la santé (2).

BIBLIOGRAPHIE

1. The Lancet Infographics: Transgender health and wellbeing [Internet]. [cited 2019 Dec 7]. Available from: <https://www.thelancet.com/infographics/transgender-health>.
2. Winter S, Diamond M, Green J, Karasic D, Reed T, Whittle S, et al. Transgender people: health at the margins of society. *The Lancet*. 2016 Jul 23;388(10042):390–400.
3. Telfer MM, Tollit MA, Pace CC, Pang KC. Australian standards of care and treatment guidelines for transgender and gender diverse children and adolescents. *Med J Aust*. 18 juin 2018.
4. Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen-Kettenis P, DeCuypere G, Feldman J, et al. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7. *International Journal of Transgenderism*. 2012 Aug;13(4):165–232.
5. genres_pluriels_brochure_2016_fr.pdf [Internet]. [cited 2019 Nov 14]. Available from: http://www.genrespluriels.be/IMG/pdf/genres_pluriels_brochure_2016_fr.pdf
6. Zucker KJ, Lawrence AA, Kreukels BPC. Gender Dysphoria in Adults. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2016;12(1):217–47.
7. Alessandrin A. Du « transsexualisme » à la « dysphorie de genre » : ce que le DSM fait des variances de genre. *Socio-logos Revue de l'association française de sociologie* [Internet]. 2014 Feb 24 [cited 2019 Nov 30];(9). Available from: <http://journals.openedition.org/socio-logos/2837>
8. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 1986.
9. Guelfi JD, Crocq M-A, American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris: Masson; 2003.
10. American Psychiatric Association, American Psychiatric Association, editors. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013. 947 p.
11. *Classification internationale des maladies, dixième révision, chapitre V (F) : Troubles mentaux et troubles du comportement... Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic*. Paris: Masson; 1993. 305 p.
12. Rosario VA, editor. *Science and Homosexualities*. New York: Routledge; 1997. 308 p.
13. Weininger O, Renaud D. *Sexe et caractère*. Saint-Denis: Kontre kulture; 2012.
14. Chaperon S. Le genre et l'histoire contemporaine des sexualités. *Hypotheses*. 2005;8(1):333–41.
15. *Memoire Online - Krafft-ebing et la science du sexuel : vers une pathologisation de l'érotisme ? - Princep Tiffany* [Internet]. *Memoire Online*. [cited 2019 Nov 14]. Available from: <https://www.memoireonline.com/05/09/2042/Krafft-ebing-et-la-science-du-sexuel--vers-une-pathologisation-de-lerotisme-.html>
16. Foerster M. *Elle où lui? histoire des transsexuels en France*. Paris: La Musardine; 2012. 222 p. (L'attrape-corps).
17. Elbe L, Jacobsen ELH. *Man Into Woman: An Authentic Record of a Change of Sex. The True Story of the Miraculous Transformation of the Danish Painter, Einar Wegener (Andreas Sparre)*. E.P. Dutton & Company, Incorporated; 1933. 346 p.

18. Castel P-H. La métamorphose impensable: essai sur le transsexualisme et l'identité personnelle. Paris: Gallimard; 2003. 551 p.
19. Benjamin Harry, Transvestism and transsexualism, International journal of Sexology, n°7, pp. 12-14, 1953.
20. Chiland C. La construction de l'identité de genre à l'adolescence. Adolescence. 2014 Apr 11;T.32 n° 1(1):165-79.
21. Chiland C. Changer de sexe. Paris: O. Jacob; 1997. 282 p.
22. Bereni L, Chauvin S, Revillard A, Jaunait A, De Boeck. Introduction aux études sur le genre. Louvain-la-Neuve: De Boeck; 2018.
23. Butler J, Fassin É, Kraus C. Trouble dans le genre (Gender trouble): le féminisme et la subversion de l'identité. Suite du 1er tirage 6. Paris: La Découverte/Poche; 2012. 283 p. (Sciences humaines et sociales).
24. Équipes médicales et chirurgicales de prise en charge du transsexualisme à Paris [Internet]. [cited 2019 Nov 15]. Available from: <https://www.sofect.fr/equipes/paris.html>
25. Commission International de l'Etat Civil (CIEC). Le transsexualisme en Europe. Strasbourg: Ed. du Conseil de l'Europe; 2000.
26. Résolution du parlement européen du 12 septembre 1989 sur la discrimination dont sont victimes les transsexuels [Internet]. [cited 2019 Nov 16]. Available from: http://syndromedebenjamin.free.fr/juridique/texteseuropeens/resolution_parlement_europe_19_89-09-12.htm
27. Collay-Sahuc B. Chapitre 5. Le transsexualisme : une question toujours en débat. Journal international de bioéthique et d'éthique des sciences. 2015;26(3):77.
28. APCE - Recommandation 1117 (1989) - Condition des transsexuels [Internet]. [cited 2019 Nov 16]. Available from: <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-FR.asp?fileid=15151&lang=FR>
29. Arrêt du 25 mars 1992, B. c/ France [Internet]. Marie-Anne Frison-Roche. [cited 2019 Nov 16]. Available from: <https://mafr.fr/fr/article/cour-europeenne-des-droits-de-lhomme-6/>
30. Cour de Cassation, Assemblée plénière, du 11 décembre 1992, 91-11.900, Publié au bulletin [Internet]. [cited 2019 Nov 16]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?idTexte=JURITEXT000007030251>
31. Code pénal de 1810 (Texte intégral - État lors de sa promulgation en 1810) : Livre III - Titre Second (Articles 295 à 463) [Internet]. [cited 2019 Nov 15]. Available from: https://ledroitcriminel.fr/la_legislation_criminelle/anciens_textes/code_penal_1810/code_penal_1_810_3.htm
32. Aguado A, Zdanowicz I, Cardi C, Devreux A-M. L'usage du droit dans le mouvement d'émancipation trans. Cahiers du Genre. 2014 Dec 15;n° 57(2):77-94.
33. Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization An interagency statement [Internet]. [cited 2019 Nov 16]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112848/9789241507325_eng.pdf
34. LOI n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXIe siècle. 2016-1547 Nov 18, 2016.

35. Décret n°2004-1049 du 4 octobre 2004 relatif à la liste des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. 2004-1049 Oct 4, 2004.
36. Haute Autorité de Santé - Situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge médicale du transsexualisme en France [Internet]. 2009 nov. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-12/rapport_transsexualisme.pdf
37. Décret n° 2010-125 du 8 février 2010 portant modification de l'annexe figurant à l'article D. 322-1 du code de la sécurité sociale relative aux critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection de longue durée « affections psychiatriques de longue durée ». 2010-125 Feb 8, 2010.
38. Principes de Jogjakarta – Yogyakartaprinciples.org [Internet]. [cited 2019 Nov 16]. Available from: <https://yogyakartapinciples.org/principles-fr/>
39. Code pénal - Article 225-1. Code pénal.
40. Alston P, Anmeghichean M, Cabral M, et al. Yogyakarta principles: the application of international human rights law in relation to sexual orientation and gender identity. 2007. <http://www.yogyakartapinciples.org> (accessed Feb 24, 2014).
41. Melanie Bechard et al., « Psychosocial and Psychological Vulnerability in Adolescents with Gender Dysphoria: A “Proof of Principle” Study », *Journal of Sex & Marital Therapy* 43, n° 7 (3 octobre 2017): 678-88, <https://doi.org/10.1080/0092623X.2016.1232325>.
42. CIRCULAIRE N°DSS/SD1MCGR/2009/308 du 8 octobre 2009 relative à l'admission ou au renouvellement d'une affection de longue durée hors liste au titre de l'article L. 322-3 4° du code de la sécurité sociale. :10.
43. Evaluation des conditions de prise en charge médicale et sociale des personnes trans et du transsexualisme - IGAS - Inspection générale des affaires sociales [Internet]. [cited 2019 Nov 18]. Available from: <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article253>
44. Skordis N, Butler G, de Vries MC, Main K, Hannema SE. ESPE and PES International Survey of Centers and Clinicians Delivering Specialist Care for Children and Adolescents with Gender Dysphoria. *Horm Res Paediatr*. 2018;90(5):326–31.
45. Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, Hannema SE, Meyer WJ, Murad MH, et al. Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society* Clinical Practice Guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2017 Nov 1;102(11):3869–903.
46. Sineath RC, Woodyatt C, Sanchez T, Giammattei S, Gillespie T, Hunkeler E, et al. Determinants of and Barriers to Hormonal and Surgical Treatment Receipt Among Transgender People. *Transgend Health*. 2016;1(1):129–36.
47. [australian-standards-of-care-and-treatment-guidelines-for-trans-and-gender-diverse-children-and-adolescents.pdf](https://www.rch.org.au/uploadedFiles/Main/Content/adolescent-medicine/australian-standards-of-care-and-treatment-guidelines-for-trans-and-gender-diverse-children-and-adolescents.pdf) [Internet]. [cited 2019 Nov 16]. Available from: <https://www.rch.org.au/uploadedFiles/Main/Content/adolescent-medicine/australian-standards-of-care-and-treatment-guidelines-for-trans-and-gender-diverse-children-and-adolescents.pdf>
48. Grobler GP. The lifetime prevalence of psychiatric diagnoses in an academic gender reassignment service: Current Opinion in Psychiatry. 2017 Nov;30(6):391–5.
49. Weill CB. La dysphorie de genre. *La place de l'endocrinologue*. 2018;10.
50. Wylie K, Knudson G, Khan SI, Bonierbale M, Watanyusakul S, Baral S. Serving transgender people: clinical care considerations and service delivery models in transgender health. *The Lancet*. 2016 Jul;388(10042):401–11.

51. Radix A, Davis AM. Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons. *JAMA*. 2017 Oct 17;318(15):1491–2.
52. Mehringer JE, Dowshen NL. Sexual and reproductive health considerations among transgender and gender-expansive youth. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2019 Nov 14;100684.
53. Butler G, De Graaf N, Wren B, Carmichael P. Assessment and support of children and adolescents with gender dysphoria. *Arch Dis Child*. 2018;103(7):631–6.
54. Sanchez NF, Sanchez JP, Danoff A. Health care utilization, barriers to care, and hormone usage among male-to-female transgender persons in New York City. *Am J Public Health*. 2009 Apr;99(4):713–9.
55. Gorin-Lazard A, Mireille B, Magaud-Vouland N, Michel A, Morange I, Perchenet A-S. Trouble de l'identité de genre : quel est le rôle du psychiatre ? *Sexologies*. 2008 Oct 1;17:225–37.
56. À Campo J, Nijman H, Merckelbach H, Evers C. Psychiatric comorbidity of gender identity disorders: a survey among Dutch psychiatrists. *Am J Psychiatry*. 2003 Jul;160(7):1332–6.
57. Charte du programme de soins de la Société Française d'Etudes et de prise en Charge de la Transidentité [Internet]. [cited 2019 Nov 18]. Available from: <https://www.sofect.fr/presentation/charte.html>
58. Weiselberg EC, Shadianloo S. Overview of care for transgender children and youth. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*. 2019 Sep;49(9):100682.
59. Schagen SEE, Cohen-Kettenis PT, Delemarre-van de Waal HA, Hannema SE. Efficacy and Safety of Gonadotropin-Releasing Hormone Agonist Treatment to Suppress Puberty in Gender Dysphoric Adolescents. *J Sex Med*. 2016;13(7):1125–32.
60. Mendes N, Drouineaud V, Grundler N, Lagrange C, Poirier F, Wielart J, et al. L'apport des biotechnologies pour la population transgenre et ses nouvelles possibilités à concevoir un enfant : considérations psychologiques et questions éthiques. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* [Internet]. 2019 Oct 11 [cited 2019 Dec 3]; Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0222961719301035>
61. Cauley JA. Estrogen and bone health in men and women. *Steroids*. 2015 Jul;99(Pt A):11–5.
62. Smith KP, Madison CM, Milne NM. Gonadal suppressive and cross-sex hormone therapy for gender dysphoria in adolescents and adults. *Pharmacotherapy*. 2014 Dec;34(12):1282–97.
63. Wierckx K, Mueller S, Weyers S, Van Caenegem E, Roef G, Heylens G, et al. Long-Term Evaluation of Cross-Sex Hormone Treatment in Transsexual Persons. *The Journal of Sexual Medicine*. 2012 Oct;9(10):2641–51.
64. Weinand JD, Safer JD. Hormone therapy in transgender adults is safe with provider supervision; A review of hormone therapy sequelae for transgender individuals. *J Clin Transl Endocrinol*. 2015 Jun;2(2):55–60.
65. Safer JD, Tangpricha V. Care of Transgender Persons. Solomon CG, editor. *N Engl J Med*. 2019 Dec 19;381(25):2451–60.
66. Potter J, Peitzmeier SM, Bernstein I, Reisner SL, Alizaga NM, Agénor M, et al. Cervical Cancer Screening for Patients on the Female-to-Male Spectrum: a Narrative Review and Guide for Clinicians. *J Gen Intern Med*. 2015 Dec;30(12):1857–64.
67. Peitzmeier SM, Reisner SL, Harigopal P, Potter J. Female-to-male patients have high prevalence of unsatisfactory Paps compared to non-transgender females: implications for cervical cancer screening. *J Gen Intern Med*. 2014 May;29(5):778–84.

68. Meyer G, Mayer M, Mondorf A, Fluegel AK, Herrmann E, Bojunga J. Safety and rapid efficacy of guideline-based gender affirming hormone therapy: an analysis of 388 individuals diagnosed with gender dysphoria. *Eur J Endocrinol*. 2019 Nov 1;
69. Asscheman H, Giltay EJ, Megens JA, Ronde W (Pim) de, Trotsenburg MAA van, Gooren LJG. A long-term follow-up study of mortality in transsexuals receiving treatment with cross-sex hormones. *European Journal of Endocrinology*. 2011 Apr 1;164(4):635–42.
70. Feldman J, Brown GR, Deutsch MB, Hembree W, Meyer W, Meyer-Bahlburg HFL, et al. Priorities for transgender medical and healthcare research: Current Opinion in Endocrinology & Diabetes and Obesity. 2016 Apr;23(2):180–7.
71. Shumer DE, Nokoff NJ, Spack NP. Advances in the Care of Transgender Children and Adolescents. *Advances in Pediatrics*. 2016 Aug 1;63(1):79–102.
72. Wylie K, Barrett J, Besser M, Bouman WP, Bridgman M, Clayton A, et al. Good Practice Guidelines for the Assessment and Treatment of Adults with Gender Dysphoria. *Sexual and Relationship Therapy*. 2014 Apr 3;29(2):154–214.
73. Heijer M den, Bakker A, Gooren L. Long term hormonal treatment for transgender people. *BMJ* [Internet]. 2017 Nov 30 [cited 2020 Mar 18];359. Available from: <https://www-bmj-com.sirius.parisdescartes.fr/content/359/bmj.j5027>
74. Lawrence AA. Men Trapped in Men's Bodies. In: Lawrence AA, editor. *Men Trapped in Men's Bodies: Narratives of Autogynephilic Transsexualism* [Internet]. New York, NY: Springer; 2013 [cited 2020 Mar 23]. p. 1–17. (Focus on Sexuality Research). Available from: https://doi.org/10.1007/978-1-4614-5182-2_1
75. Levine SB. Real-Life Test Experience: Recommendations for Revisions to the *Standards of Care* of the World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*. 2009 Aug 31;11(3):186–93.
76. Liang JJ, Jolly D, Chan KJ, Safer JD. Testosterone levels achieved by medically treated transgender women in a United States endocrinology clinic cohort. *Endocr Pract*. 2018 Feb;24(2):135–42.
77. De Vries ALC, McGuire JK, Steensma TD, Wagenaar ECF, Doreleijers TAH, Cohen-Kettenis PT. Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. *Pediatrics*. 2014 Oct;134(4):696–704.
78. Center of Excellence for Transgender Health, Department of Family and Community Medicine, University of California San Francisco. *Guidelines for the Primary and Gender-Affirming Care of Transgender and GenderNonbinary People*; 2nd edition. DeutschMB, ed. June 2016. [Internet]. [cited 2019 Nov 30]. Available from: <https://transcare.ucsf.edu/sites/transcare.ucsf.edu/files/Transgender-PGACG-6-17-16.pdf>
79. Blackless M, Charuvastra A, Derrryck A, Fausto-Sterling A, Lauzanne K, Lee E. How sexually dimorphic are we? Review and synthesis. *Am J Hum Biol*. 2000 Mar;12(2):151–66.
80. Fausto-Sterling A. *Sex/gender: biology in a social world*. New York: Routledge; 2012. 142 p. (The Routledge Series integrating science and culture).
81. Houk CP, Hughes IA, Ahmed SF, Lee PA, Writing Committee for the International Intersex Consensus Conference Participants. Summary of consensus statement on intersex disorders and their management. *International Intersex Consensus Conference*. *Pediatrics*. 2006 Aug;118(2):753–7.
82. Warne G, Grover S, Hutson J, Sinclair A, Metcalfe S, Northam E, et al. A long-term outcome study of intersex conditions. *J Pediatr Endocrinol Metab*. 2005 Jun;18(6):555–67.

83. Lee PA, Witchel SF. Genital surgery among females with congenital adrenal hyperplasia: changes over the past five decades. *J Pediatr Endocrinol Metab.* 2002 Dec;15(9):1473–7.
84. Migeon CJ, Wisniewski AB, Gearhart JP, Meyer-Bahlburg HFL, Rock JA, Brown TR, et al. Ambiguous Genitalia With Perineoscrotal Hypospadias in 46,XY Individuals: Long-Term Medical, Surgical, and Psychosexual Outcome. *PEDIATRICS.* 2002 Sep 1;110(3):e31–e31.
85. Romao RLP, Salle JLP, Wherrett DK. Update on the management of disorders of sex development. *Pediatr Clin North Am.* 2012 Aug;59(4):853–69.
86. Fondation CARES. <https://www.caresfoundation.org/>.
87. Dreger AD. Intersex and Human Rights: The Long View. In: Sytsma SE, editor. *Ethics and Intersex* [Internet]. Dordrecht: Springer Netherlands; 2006 [cited 2020 Mar 2]. p. 73–86. (Bibliothèque internationale d'éthique, de droit et de nouvelle médecine). Available from: https://doi.org/10.1007/1-4220-4314-7_4
88. Intersex Society of North America. www.isna.org.
89. Creighton SM, Minto CL, Steele SJ. Objective cosmetic and anatomical outcomes at adolescence of feminising surgery for ambiguous genitalia done in childhood. *The Lancet.* 2001 Jul 14;358(9276):124–5.
90. Hughes IA, Houk C, Ahmed SF, Lee PA, Group LC. Consensus statement on management of intersex disorders. *Arch Dis Child.* 2006 Jul;91(7):554–63.
91. Ruble DN, Martin CL, Berenbaum SA. Gender Development. In: Damon W, Lerner RM, editors. *Handbook of Child Psychology* [Internet]. Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons, Inc.; 2007 [cited 2020 Apr 22]. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/9780470147658.chpsy0314>
92. Zosuls KM, Ruble DN, Tamis-Lemonda CS, Shrout PE, Bornstein MH, Greulich FK. The acquisition of gender labels in infancy: implications for gender-typed play. *Dev Psychol.* 2009 May;45(3):688–701.
93. Drummond KD, Bradley SJ, Peterson-Badali M, Zucker KJ. A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Dev Psychol.* 2008 Jan;44(1):34–45.
94. Wallien MSC, Cohen-Kettenis PT. Psychosexual Outcome of Gender-Dysphoric Children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* 2008 Dec;47(12):1413–23.
95. Steensma TD, Biemond R, de Boer F, Cohen-Kettenis PT. Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: a qualitative follow-up study. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 2011 Oct;16(4):499–516.
96. Bradley SJB, Zucker K. Gender Identity Disorder and Psychosexual Problems in Children and Adolescents. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie.* 1990 Sep 1;35:477–86.
97. Cohen-Kettenis P. Gender identity disorder in DSM? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 2001 May 1;40:391.
98. Steensma TD, McGuire JK, Kreukels BPC, Beekman AJ, Cohen-Kettenis PT. Factors associated with desistence and persistence of childhood gender dysphoria: a quantitative follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2013 Jun;52(6):582–90.
99. Reisner SL, Poteat T, Keatley J, Cabral M, Mothopeng T, Dunham E, et al. Global health burden and needs of transgender populations: a review. *The Lancet.* 2016 Jul;388(10042):412–36.

100. Redfern JS, Barnes A, Chang J. Psychosocial, HIV, and health care management issues impacting transgender individuals. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2016;86(4):366–72.
101. Mueller SC, De Cuypere G, T'Sjoen G. Transgender Research in the 21st Century: A Selective Critical Review From a Neurocognitive Perspective. *AJP*. 2017 Dec;174(12):1155–62.
102. McNeil J, Bailey L, Ellis S, Regan M. Speaking from the margins: Trans mental health and well-being in Ireland. 2013
103. Logie CH, James LI, Tharao W, Loutfy MR. HIV, Gender, Race, Sexual Orientation, and Sex Work: A Qualitative Study of Intersectional Stigma Experienced by HIV-Positive Women in Ontario, Canada. *PLOS Medicine*. 2011 Nov 22;8(11):e1001124.
104. Turban JL, Beckwith N, Reisner SL, Keuroghlian AS. Association Between Recalled Exposure to Gender Identity Conversion Efforts and Psychological Distress and Suicide Attempts Among Transgender Adults. *JAMA Psychiatry*. 2019 Sep 11;1–9.
105. Dhejne C, Öberg K, Arver S, Landén M. An Analysis of All Applications for Sex Reassignment Surgery in Sweden, 1960–2010: Prevalence, Incidence, and Regrets. *Arch Sex Behav*. 2014 Nov 1;43(8):1535–45.
106. Wiepjes CM, Nota NM, de Blok CJM, Klaver M, de Vries ALC, Wensing-Kruger SA, et al. The Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria Study (1972-2015): Trends in Prevalence, Treatment, and Regrets. *J Sex Med*. 2018 Apr;15(4):582–90.
107. Orange R. Teenage transgender row splits Sweden as dysphoria diagnoses soar by 1,500%. *The Observer* [Internet]. 2020 Feb 22 [cited 2020 Mar 7]; Available from: <https://www.theguardian.com/society/2020/feb/22/ssweden-teenage-transgender-row-dysphoria-diagnoses-soar>
108. De Vries ALC, Cohen-Kettenis PT. Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: the Dutch approach. *J Homosex*. 2012;59(3):301–20.
109. Nieder TO, Eyssel J, Köhler A. Being Trans Without Medical Transition: Exploring Characteristics of Trans Individuals from Germany Not Seeking Gender-Affirmative Medical Interventions. *Arch Sex Behav*. 2019 Nov 11;
110. Smith YLS, Van Goozen SHM, Kuiper AJ, Cohen-Kettenis PT. Sex reassignment: outcomes and predictors of treatment for adolescent and adult transsexuals. *Psychol Med*. 2005 Jan;35(1):89–99.
111. Michel A, Ansseau M, Legros JJ, Pitchot W, Mormont C. The transsexual: what about the future? *European Psychiatry*. 17(6):353–62.
112. Lawrence AA. Factors Associated with Satisfaction or Regret Following Male-to-Female Sex Reassignment Surgery. *Arch Sex Behav*. 2003 Aug 1;32(4):299–315.
113. Pfäfflin F. Regrets After Sex Reassignment Surgery. *Journal of Psychology & Human Sexuality*. 1993 May 28;5.
114. Gooren L, Lips P. Conjectures Concerning Cross-Sex Hormone Treatment of Aging Transsexual Persons. *The Journal of Sexual Medicine*. 2014 Aug 1;11(8):2012–9.
115. Mohammed K, Abu Dabrh AM, Benkhadra K, Al Nofal A, Carranza Leon BG, Prokop LJ, et al. Oral vs Transdermal Estrogen Therapy and Vascular Events: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Endocrinol Metab*. 2015 Nov;100(11):4012–20.
116. Ettner R. Care of the elderly transgender patient: Current Opinion in Endocrinology & Diabetes and Obesity. 2013 Dec;20(6):580–4.

117. Lothstein LM. The aging gender dysphoria (transsexual) patient. *Arch Sex Behav*. 1979 Sep 1;8(5):431-44.
118. Endocrinology TLD&. Transgender health: access to care under threat. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*. 2018 Jun 1;6(6):427.
119. Martinerie L, Le Heuzey M-F, Delorme R, Carel J-C, Bargiacchi A. Évaluation et prise en charge d'une dysphorie de genre chez l'enfant et l'adolescent. *Archives de Pédiatrie*. 2016 Jun;23(6):668-73.
120. Arcelus J, Bouman WP, Van Den Noortgate W, Claes L, Witcomb G, Fernandez-Aranda F. Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. *European Psychiatry*. 2015 Sep;30(6):807-15.
121. Taylor M. Cruz, « Assessing Access to Care for Transgender and Gender Nonconforming People: A Consideration of Diversity in Combating Discrimination », *Social Science & Medicine* 110 (juin 2014): 65-73, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.03.032>.
122. Bouman WP, Claes L, Marshall E, Pinner GT, Longworth J, Maddox V, et al. Sociodemographic Variables, Clinical Features, and the Role of Preassessment Cross-Sex Hormones in Older Trans People. *The Journal of Sexual Medicine*. 2016 Apr 1;13(4):711-9.
123. Zucker KJ. Gender identity development and issues. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2004 Jul 1;13(3):551-68.
124. Transgenderism and Intersexuality in Childhood and Adolescence [Internet]. SAGE Publications Inc. 2019 [cited 2019 Dec 5]. Available from: <https://us.sagepub.com/en-us/nam/transgenderism-and-intersexuality-in-childhood-and-adolescence/book7096>
125. Flores AR, Herman JL, Gates GJ, Brown TNT. How many adults identify as transgender in the United States? :13.
126. Krouch T, Moro MR. Trouble de l'identité de genre chez l'enfant et l'adolescent : expériences de prise en charge à l'étranger. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 2016 Jun 1;64(4):232-9.
127. Bao A-M, Swaab DF. Sexual differentiation of the human brain: relation to gender identity, sexual orientation and neuropsychiatric disorders. *Front Neuroendocrinol*. 2011 Apr;32(2):214-26.
128. Dessens AB, Cohen-Kettenis PT, Mellenbergh GJ, Poll NVD, Koppe JG, Boer K. Prenatal Exposure to Anticonvulsants and Psychosexual Development. *Arch Sex Behav*. 1999 Feb 1;28(1):31-44.
129. Dewing P, Shi T, Horvath S, Vilain E. Sexually dimorphic gene expression in mouse brain precedes gonadal differentiation. *Brain Res Mol Brain Res*. 2003 Oct 21;118(1-2):82-90.
130. Bourgeois ML. Le cerveau (hypothalamus) dans les dysphories de genre et le transsexualisme. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2017 Mar;175(3):203-9.
131. Baba T, Endo T, Honnma H, Kitajima Y, Hayashi T, Ikeda H, et al. Association between polycystic ovary syndrome and female-to-male transsexuality. *Hum Reprod*. 2007 Apr 1;22(4):1011-6.
132. Mueller A, Gooren LJ, Naton-Schötz S, Cupisti S, Beckmann MW, Dittrich R. Prevalence of Polycystic Ovary Syndrome and Hyperandrogenemia in Female-to-Male Transsexuals. *J Clin Endocrinol Metab*. 2008 Apr 1;93(4):1408-11.
133. Diamond M. Transsexuality Among Twins: Identity Concordance, Transition, Rearing, and Orientation. *International Journal of Transgenderism*. 2013 Jan;14(1):24-38.

134. Heylens G, De Cuyper G, Zucker KJ, Schelfaut C, Elaut E, Vanden Bossche H, et al. Gender Identity Disorder in Twins: A Review of the Case Report Literature. *The Journal of Sexual Medicine*. 2012 Mar;9(3):751–7.
135. Hare L, Bernard P, Sánchez FJ, Baird PN, Vilain E, Kennedy T, et al. Androgen receptor repeat length polymorphism associated with male-to-female transsexualism. *Biol Psychiatry*. 2009 Jan 1;65(1):93–6.
136. Henningsson S, Westberg L, Nilsson S, Lundström B, Ekselius L, Bodlund O, et al. Sex steroid-related genes and male-to-female transsexualism. *Psychoneuroendocrinology*. 2005 Aug;30(7):657–64.
137. Fernández R, Esteva I, Gómez-Gil E, Rumbo T, Almaraz MC, Roda E, et al. Association study of ER β , AR, and CYP19A1 genes and MtF transsexualism. *J Sex Med*. 2014 Dec;11(12):2986–94.
138. Garcia-Falgueras A, Swaab DF. A sex difference in the hypothalamic uncinate nucleus: relationship to gender identity. *Brain*. 2008 Dec;131(Pt 12):3132–46.
139. Zhou JN, Hofman MA, Gooren LJ, Swaab DF. *Nature*. 1995 Nov 2;378(6552):68–70.
140. Kruijver FP, Zhou JN, Pool CW, Hofman MA, Gooren LJ, Swaab DF. Male-to-female transsexuals have female neuron numbers in a limbic nucleus. *J Clin Endocrinol Metab*. 2000 May;85(5):2034–41.
141. Berglund H, Lindström P, Dhejne-Helmy C, Savic I. Male-to-Female Transsexuals Show Sex-Atypical Hypothalamus Activation When Smelling Odorous Steroids. *Cereb Cortex*. 2008 Aug 1;18(8):1900–8.
142. Luders E, Sánchez FJ, Gaser C, Toga AW, Narr KL, Hamilton LS, et al. Regional gray matter variation in male-to-female transsexualism. *Neuroimage*. 2009 Jul 15;46(4):904–7.
143. Luders E, Sánchez FJ, Tosun D, Shattuck DW, Gaser C, Vilain E, et al. Increased Cortical Thickness in Male-to-Female Transsexualism. *J Behav Brain Sci*. 2012 Aug;2(3):357–62.
144. Simon L, Kozák LR, Simon V, Czobor P, Unoka Z, Szabó Á, et al. Regional Grey Matter Structure Differences between Transsexuals and Healthy Controls—A Voxel Based Morphometry Study. *PLoS One* [Internet]. 2013 Dec 31 [cited 2020 Mar 10];8(12). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3877116/>
145. Rametti G, Carrillo B, Gómez-Gil E, Junque C, Segovia S, Gomez Á, et al. White matter microstructure in female to male transsexuals before cross-sex hormonal treatment. A diffusion tensor imaging study. *J Psychiatr Res*. 2011 Feb;45(2):199–204.
146. Rametti G, Carrillo B, Gómez-Gil E, Junque C, Zubiarrre-Elorza L, Segovia S, et al. The microstructure of white matter in male to female transsexuals before cross-sex hormonal treatment. A DTI study. *Journal of Psychiatric Research*. 2011 Jul 1;45(7):949–54.
147. Pol HEH, Cohen-Kettenis PT, Van Haren NEM, Peper JS, Brans RGH, Cahn W, et al. Changing your sex changes your brain: influences of testosterone and estrogen on adult human brain structure. *European Journal of Endocrinology*. 2006 Nov;155(suppl_1):S107–14.
148. Rametti G, Carrillo B, Gómez-Gil E, Junque C, Zubiarrre-Elorza L, Segovia S, et al. Effects of androgenization on the white matter microstructure of female-to-male transsexuals. A diffusion tensor imaging study. *Psychoneuroendocrinology*. 2012 Aug 1;37(8):1261–9.
149. Zubiarrre-Elorza L, Junque C, Gómez-Gil E, Guillamon A. Effects of Cross-Sex Hormone Treatment on Cortical Thickness in Transsexual Individuals. *The Journal of Sexual Medicine*. 2014 May;11(5):1248–61.

150. Sommer IEC, Cohen-Kettenis PT, van Raalten T, vd Veer AJ, Ramsey LE, Gooren LJG, et al. Effects of cross-sex hormones on cerebral activation during language and mental rotation: An fMRI study in transsexuals. *European Neuropsychopharmacology*. 2008 Mar 1;18(3):215–21.
151. Schöning S, Engelién A, Bauer C, et al. Neuroimaging differences in spatial cognition between men and male-to-female transsexuals before and during hormone therapy. *J Sex Med*. 2010;7(5):1858–1867. doi:10.1111/j.1743-6109.2009.01484.x
152. Carrillo B, Gómez-Gil E, Rametti G, Junque C, Gomez Á, Karadi K, et al. Cortical activation during mental rotation in male-to-female and female-to-male transsexuals under hormonal treatment. *Psychoneuroendocrinology*. 2010 Sep 1;35(8):1213–22.
153. Gizewski ER, Krause E, Schlamann M, Happich F, Ladd ME, Forsting M, et al. Original research—intersex and gender identity disorders: Specific Cerebral Activation due to Visual Erotic Stimuli in Male-to-Female Transsexuals Compared with Male and Female Controls: An fMRI Study. *The Journal of Sexual Medicine*. 2009 Feb 1;6(2):440–8.
154. Oh S-K, Kim G-W, Yang J-C, Kim S-K, Kang H-K, Jeong G-W. Brain Activation in Response to Visually Evoked Sexual Arousal in Male-to-Female Transsexuals: 3.0 Tesla Functional Magnetic Resonance Imaging. *Korean J Radiol*. 2012;13(3):257–64.
155. Kim G-W, Jeong G-W. Neural mechanisms underlying sexual arousal in connection with sexual hormone levels: a comparative study of the postoperative male-to-female transsexuals and premenopausal and menopausal women. *NeuroReport*. 2014 Jun;25(9):693–700.
156. J.M. Grant, L.A. Mottet, J. Tanis, J. Harrison, J.L. Herman, M. Keisling Injustice at every turn: A report of the National Transgender Discrimination Survey National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force, Washington, DC (2011) [Internet]. [cited 2019 Nov 6]. Available from: https://www.transequality.org/sites/default/files/docs/resources/NTDS_Report.pdf
157. Baker KE. Findings From the Behavioral Risk Factor Surveillance System on Health-Related Quality of Life Among US Transgender Adults, 2014-2017. *JAMA Internal Medicine*. 2019 Aug 1;179(8):1141.
158. Heylens G, Elaut E, Kreukels BPC, Paap MCS, Cerwenka S, Richter-Appelt H, et al. Psychiatric characteristics in transsexual individuals: multicentre study in four European countries. *Br J Psychiatry*. 2014 Feb;204(2):151–6.
159. Bockting WO, Miner MH, Swinburne Romine RE, Hamilton A, Coleman E. Stigma, Mental Health, and Resilience in an Online Sample of the US Transgender Population. *Am J Public Health*. 2013 May;103(5):943–51.
160. Terada S, Matsumoto Y, Sato T, Okabe N, Kishimoto Y, Uchitomi Y. Factors predicting psychiatric co-morbidity in gender-dysphoric adults. *Psychiatry Research*. 2012 Dec;200(2–3):469–74.
161. Fisher AD, Bandini E, Casale H, Ferruccio N, Meriggiola MC, Gualerzi A, et al. Sociodemographic and Clinical Features of Gender Identity Disorder: An Italian Multicentric Evaluation. *The Journal of Sexual Medicine*. 2013 Feb 1;10(2):408–19.
162. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2004;(420):21–7.
163. Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel V, et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. *Int J Epidemiol*. 2014 Apr;43(2):476–93.

164. Colizzi M, Costa R, Todarello O. Dissociative symptoms in individuals with gender dysphoria: is the elevated prevalence real? *Psychiatry Res.* 2015 Mar 30;226(1):173–80.
165. Mazaheri Meybodi A, Hajebi A, Ghanbari Jolfaei A. Psychiatric Axis I Comorbidities among Patients with Gender Dysphoria. *Psychiatry Journal.* 2014;2014:1–5.
166. Hoshiai M, Matsumoto Y, Sato T, Ohnishi M, Okabe N, Kishimoto Y, et al. Psychiatric comorbidity among patients with gender identity disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences.* 2010;64(5):514–9.
167. Guzmán-Parra J, Sánchez-Álvarez N, de Diego-Otero Y, Pérez-Costillas L, Esteva de Antonio I, Navais-Barranco M, et al. Sociodemographic Characteristics and Psychological Adjustment Among Transsexuals in Spain. *Arch Sex Behav.* 2016 Apr 1;45(3):587–96.
168. OMS | Chapitre 2: Impact des troubles mentaux et du comportement [Internet]. WHO. World Health Organization; [cited 2020 Apr 8]. Available from: <https://www.who.int/whr/2001/chapter2/fr/index2.html>
169. Budge SL, Adelson JL, Howard KAS. Anxiety and depression in transgender individuals: the roles of transition status, loss, social support, and coping. *J Consult Clin Psychol.* 2013 Jun;81(3):545–57.
170. Hyde Z, Doherty M, Tilley P, McCaul K, Rooney R, Jancey J. The First Australian National Trans Mental Health Study: Summary of Results. Perth: Curtin University; 2014.
171. Azeem R, Zubair UB, Jalil A, Kamal A, Nizami A, Minhas F. Prevalence of Suicide Ideation and its Relationship with Depression among Transgender Population. *J Coll Physicians Surg Pak.* 2019 Apr;29(4):349–52.
172. Nuttbrock L, Bockting W, Rosenblum A, Hwahng S, Mason M, Macri M, et al. Gender abuse, depressive symptoms, and HIV and other sexually transmitted infections among male-to-female transgender persons: a three-year prospective study. *Am J Public Health.* 2013 Feb;103(2):300–7.
173. Cheung AS, Ooi O, Leemaqz S, Cundill P, Silberstein N, Bretherton I, et al. Sociodemographic and Clinical Characteristics of Transgender Adults in Australia. *Transgend Health.* 2018;3(1):229–38.
174. Bazargan M, Galvan F. Perceived discrimination and depression among low-income Latina male-to-female transgender women. *BMC Public Health.* 2012 Aug 15;12:663.
175. Gorin-Lazard A, Baumstarck K, Boyer L, Maquigneau A, Gebleux S, Penochet J-C, et al. Is hormonal therapy associated with better quality of life in transsexuals? A cross-sectional study. *J Sex Med.* 2012 Feb;9(2):531–41.
176. Pitts M, Couch M, Mulcare H, Croy S, Mitchell A. Transgender People in Australia and New Zealand: Health, Well-being and Access to Health Services. *Feminism & Psychology - FEM PSYCHOL.* 2009 Nov 6;19:475–95.
177. Christian R, Mellies AA, Bui AG, Lee R, Kattari L, Gray C. Measuring the Health of an Invisible Population: Lessons from the Colorado Transgender Health Survey. *J Gen Intern Med.* 2018;33(10):1654–60.
178. Colizzi M, Costa R, Todarello O. Transsexual patients' psychiatric comorbidity and positive effect of cross-sex hormonal treatment on mental health: results from a longitudinal study. *Psychoneuroendocrinology.* 2014 Jan;39:65–73.
179. Rouillon F. Épidémiologie des troubles psychiatriques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique.* 2008 Feb 1;166(1):63–70.
180. Lépine J-P, Gasquet I, Kovess V, Arbabzadeh-Bouchez S, Nègre-Pagès L, Nachbaur G, et al. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française :

- résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/ (ESEMeD). *L'Encéphale*. 2005 Apr 1;31(2):182-94.
181. Nuttbrock L, Hwahng S, Bockting W, Rosenblum A, Mason M, Macri M, et al. Psychiatric Impact of Gender-Related Abuse Across the Life Course of Male-to-Female Transgender Persons. *Journal of Sex Research*. 2010 Jan 22;47(1):12-23.
 182. Herman JL, Wilson BD, Becker T. Demographic and Health Characteristics of Transgender Adults in California: Findings from the 2015-2016 California Health Interview Survey. *Policy Brief UCLA Cent Health Policy Res*. 2017 Oct;(8):1-10.
 183. Terada S, Matsumoto Y, Sato T, Okabe N, Kishimoto Y, Uchitomi Y. Suicidal ideation among patients with gender identity disorder. *Psychiatry Res*. 2011 Nov 30;190(1):159-62.
 184. Dhejne C, Lichtenstein P, Boman M, Johansson ALV, Långström N, Landén M. Long-Term Follow-Up of Transsexual Persons Undergoing Sex Reassignment Surgery: Cohort Study in Sweden. *PLoS One* [Internet]. 2011 Feb 22 [cited 2019 Nov 6];6(2). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3043071/>
 185. Clements-Nolle K, Marx R, Katz M. Attempted suicide among transgender persons: The influence of gender-based discrimination and victimization. *J Homosex*. 2006;51(3):53-69.
 186. S.E. James, J.L. Herman, S. Rankin, M. Keisling, L. Mottet, M. Anafi Executive summary of the report of the 2015 U.S. Transgender Survey National Center for Transgender Equality, Washington, DC (2016) [Internet]. [cited 2019 Nov 5]. Available from: <https://www.transequality.org/sites/default/files/docs/USTS-Full-Report-FINAL.PDF>
 187. Marshall BDL, Socías ME, Kerr T, Zalazar V, Sued O, Aristegui I. Prevalence and Correlates of Lifetime Suicide Attempts Among Transgender Persons in Argentina. *J Homosex*. 2016 Jul;63(7):955-67.
 188. Duišin D, Batinić B, Barišić J, Djordjevic ML, Vujović S, Bizic M. Personality Disorders in Persons with Gender Identity Disorder. *ScientificWorldJournal* [Internet]. 2014 [cited 2020 Jan 13];2014. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4053264/>
 189. Meybodi AM, Hajebi A, Jolfaei AG. The frequency of personality disorders in patients with gender identity disorder. *Med J Islam Repub Iran*. 2014;28:90.
 190. Beckwith N, McDowell MJ, Reisner SL, Zaslowsky S, Weiss RD, Mayer KH, et al. Psychiatric Epidemiology of Transgender and Nonbinary Adult Patients at an Urban Health Center. *LGBT Health*. 2019 Mar;6(2):51-61.
 191. Hepp U, Kraemer B, Schnyder U, Miller N, Delsignore A. Psychiatric comorbidity in gender identity disorder. *J Psychosom Res*. 2005 Mar;58(3):259-61.
 192. Madeddu F, Prunas A, Hartmann D. Prevalence of Axis II disorders in a sample of clients undertaking psychiatric evaluation for sex reassignment surgery. *Psychiatr Q*. 2009 Dec;80(4):261-7.
 193. Keuroghlian AS, Reisner SL, White JM, Weiss RD. Substance use and treatment of substance use disorders in a community sample of transgender adults. *Drug Alcohol Depend*. 2015 Jul 1;152:139-46.
 194. Fielding J, Bass C. Individuals seeking gender reassignment: marked increase in demand for services. *BJPsych Bulletin*. 2018 Oct;42(5):206-10.
 195. Heylens G, Aspeslagh L, Dierickx J, Baetens K, Van Hoorde B, De Cuypere G, et al. The Co-occurrence of Gender Dysphoria and Autism Spectrum Disorder in Adults: An Analysis of Cross-Sectional and Clinical Chart Data. *J Autism Dev Disord*. 2018;48(6):2217-23.

196. Pasterski V, Gilligan L, Curtis R. Traits of autism spectrum disorders in adults with gender dysphoria. *Arch Sex Behav*. 2014 Feb;43(2):387–93.
197. Stagg SD, Vincent J. Autistic traits in individuals self-defining as transgender or nonbinary. *Eur Psychiatry*. 2019 Sep;61:17–22.
198. Jones RM, Wheelwright S, Farrell K, Martin E, Green R, Di Ceglie D, et al. Brief Report: Female-To-Male Transsexual People and Autistic Traits. *J Autism Dev Disord*. 2012 Feb 1;42(2):301–6.
199. Fombonne E. Epidemiology of Autistic Disorder and Other Pervasive Developmental Disorders. *J Clin Psychiatry*. 2005 Dec 15;66(suppl 10):3–8.
200. Murad MH, Elamin MB, Garcia MZ, Mullan RJ, Murad A, Erwin PJ, et al. Hormonal therapy and sex reassignment: a systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clinical Endocrinology*. 2010 Feb;72(2):214–31.
201. Ruppin U, Pfäfflin F. Long-Term Follow-Up of Adults with Gender Identity Disorder. *Arch Sex Behav*. 2015 Jul;44(5):1321–9.
202. Heylens G, Verroken C, De Cock S, T'Sjoen G, De Cuypere G. Effects of different steps in gender reassignment therapy on psychopathology: a prospective study of persons with a gender identity disorder. *J Sex Med*. 2014 Jan;11(1):119–26.
203. Gorin-Lazard A, Baumstarck K, Boyer L, Maquigneau A, Penochet J-C, Pringuey D, et al. Hormonal therapy is associated with better self-esteem, mood, and quality of life in transsexuals. *J Nerv Ment Dis*. 2013 Nov;201(11):996–1000.
204. Bouman WP, Claes L, Brewin N, Crawford JR, Millet N, Fernandez-Aranda F, et al. Transgender and anxiety: A comparative study between transgender people and the general population. *International Journal of Transgenderism*. 2017 Jan 2;18(1):16–26.
205. Gómez-Gil E, Zubiaurre-Elorza L, Esteva I, Guillamon A, Godás T, Cruz Almaraz M, et al. Hormone-treated transsexuals report less social distress, anxiety and depression. *Psychoneuroendocrinology*. 2012 May 1;37(5):662–70.
206. Fisher AD, Castellini G, Ristori J, Casale H, Cassioli E, Sensi C, et al. Cross-Sex Hormone Treatment and Psychobiological Changes in Transsexual Persons: Two-Year Follow-Up Data. *J Clin Endocrinol Metab*. 2016 Nov 1;101(11):4260–9.
207. Costa R, Dunsford M, Skagerberg E, Holt V, Carmichael P, Colizzi M. Psychological Support, Puberty Suppression, and Psychosocial Functioning in Adolescents with Gender Dysphoria. *J Sex Med*. 2015 Nov;12(11):2206–14.
208. Wernick JA, Busa S, Matouk K, Nicholson J, Janssen A. A Systematic Review of the Psychological Benefits of Gender-Affirming Surgery. *Urologic Clinics of North America*. 2019 Nov;46(4):475–86.
209. Cuypere GD, Elaut E, Heylens G, Maele GV, Selvaggi G, T'Sjoen G, et al. Long-term follow-up: psychosocial outcome of Belgian transsexuals after sex reassignment surgery. [/data/revues/11581360/00150002/06000491/](https://www.em-consulte.com/en/article/60880) [Internet]. 2007 May 10 [cited 2019 Dec 19]; Available from: <https://www.em-consulte.com/en/article/60880>
210. Dhejne C, Van Vlerken R, Heylens G, Arcelus J. Mental health and gender dysphoria: A review of the literature. *International Review of Psychiatry*. 2016 Jan 2;28(1):44–57.
211. Claes L, Bouman WP, Witcomb G, Thurston M, Fernandez-Aranda F, Arcelus J. Non-Suicidal Self-Injury in Trans People: Associations with Psychological Symptoms, Victimization, Interpersonal Functioning, and Perceived Social Support. *The Journal of Sexual Medicine*. 2015 Jan 1;12(1):168–79.

212. Simonsen RK, Giraldi A, Kristensen E, Hald GM. Long-term follow-up of individuals undergoing sex reassignment surgery: Psychiatric morbidity and mortality. *Nord J Psychiatry*. 2016;70(4):241–7.
213. Owen-Smith AA, Gerth J, Sineath RC, Barzilay J, Becerra-Culqui TA, Getahun D, et al. Association Between Gender Confirmation Treatments and Perceived Gender Congruence, Body Image Satisfaction, and Mental Health in a Cohort of Transgender Individuals. *J Sex Med*. 2018 Apr;15(4):591–600.
214. Auer MK, Höhne N, Bazarra-Castro MÁ, Pfister H, Fuss J, Stalla GK, et al. Psychopathological Profiles in Transsexuals and the Challenge of Their Special Status among the Sexes. *PLoS One* [Internet]. 2013 Oct 23 [cited 2020 Jan 30];8(10). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3808537/>
215. Horvath KJ, Iantaffi A, Swinburne-Romine R, Bockting W. A comparison of mental health, substance use, and sexual risk behaviors between rural and non-rural transgender persons. *J Homosex*. 2014;61(8):1117–30.
216. Colizzi M, Costa R, Pace V, Todarello O. Hormonal treatment reduces psychobiological distress in gender identity disorder, independently of the attachment style. *J Sex Med*. 2013 Dec;10(12):3049–58.
217. McDowell MJ, Hughto JMW, Reisner SL. Risk and protective factors for mental health morbidity in a community sample of female-to-male trans-masculine adults. *BMC Psychiatry*. 2019 09;19(1):16.
218. Bauer GR, Scheim AI, Pyne J, Travers R, Hammond R. Intervenable factors associated with suicide risk in transgender persons: a respondent driven sampling study in Ontario, Canada. *BMC Public Health* [Internet]. 2015 Dec [cited 2020 Jan 23];15(1). Available from: <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-1867-2>
219. Davey A, Arcelus J, Meyer C, Bouman WP. Self-injury among trans individuals and matched controls: prevalence and associated factors. *Health & Social Care in the Community*. 2016;24(4):485–94.
220. Carmel TC, Erickson-Schroth L. Mental Health and the Transgender Population. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2016 Dec 1;54(12):44–8.
221. Peter MS, Trinidad A, Irwig MS. Self-Castration by a Transsexual Woman: Financial and Psychological Costs: A Case Report. *The Journal of Sexual Medicine*. 2012;9(4):1216–9.
222. Gonzalez CA, Gallego JD, Bockting WO. Demographic Characteristics, Components of Sexuality and Gender, and Minority Stress and Their Associations to Excessive Alcohol, Cannabis, and Illicit (Noncannabis) Drug Use Among a Large Sample of Transgender People in the United States. *J Prim Prev*. 2017 Aug;38(4):419–45.
223. Beckwith N, Reisner SL, Zaslowsky S, Mayer KH, Keuroghlian AS. Factors Associated with Gender-Affirming Surgery and Age of Hormone Therapy Initiation Among Transgender Adults. *Transgend Health*. 2017;2(1):156–64.
224. J.M. Grant, L.A. Mottet, J. Tanis, J. Harrison, J.L. Herman, M. Keisling Injustice at every turn: A report of the National Transgender Discrimination Survey National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force, Washington, DC (2011) [Internet]. [cited 2019 Nov 6]. Available from: https://www.transequality.org/sites/default/files/docs/resources/NTDS_Report.pdf
225. White Hughto JM, Reisner SL, Pachankis JE. Transgender stigma and health: A critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. *Social Science & Medicine*. 2015 Dec;147:222–31.

226. Wolf ECM, Dew BJ. Understanding Risk Factors Contributing to Substance Use Among MTF Transgender Persons. *Journal of LGBT Issues in Counseling*. 2012 Oct 1;6(4):237–56.
227. Guzman-Parra J, Paulino-Matos P, de Diego-Otero Y, Perez-Costillas L, Villena-Jimena A, Garcia-Encinas MA, et al. Substance use and social anxiety in transsexual individuals. *J Dual Diagn*. 2014;10(3):162–7.
228. Scheim AI, Bauer GR, Shokoohi M. Heavy episodic drinking among transgender persons: Disparities and predictors. *Drug Alcohol Depend*. 2016 Oct 1;167:156–62.
229. Coulter RWS, Blosnich JR, Bukowski LA, Herrick AL, Siconolfi DE, Stall RD. Differences in Alcohol Use and Alcohol-Related Problems between Transgender- and Nontransgender-identified Young Adults. *Drug Alcohol Depend*. 2015 Sep 1;154:251–9.
230. Buchting FO, Emory KT, Scout null, Kim Y, Fagan P, Vera LE, et al. Transgender Use of Cigarettes, Cigars, and E-Cigarettes in a National Study. *Am J Prev Med*. 2017 Jul;53(1):e1–7.
231. May T, Pang K, Williams K. Gender variance in children and adolescents with autism spectrum disorder from the National Database for Autism Research. *International Journal of Transgenderism*. 2016 Oct 19;1–9.
232. Turban JL, Ehrensaft D. Research Review: Gender identity in youth: treatment paradigms and controversies. *J Child Psychol Psychiatry*. 2018;59(12):1228–43.
233. Skagerberg E, Di Ceglie D, Carmichael P. Brief Report: Autistic Features in Children and Adolescents with Gender Dysphoria. *J Autism Dev Disord*. 2015 Aug;45(8):2628–32.
234. VanderLaan DP, Leef JH, Wood H, Hughes SK, Zucker KJ. Autism Spectrum Disorder Risk Factors and Autistic Traits in Gender Dysphoric Children. *J Autism Dev Disord*. 2015 Jun 1;45(6):1742–50.
235. Van der Miesen AIR, Hurley H, Bal AM, de Vries ALC. Prevalence of the Wish to be of the Opposite Gender in Adolescents and Adults with Autism Spectrum Disorder. *Arch Sex Behav*. 2018 Nov;47(8):2307–17.
236. Zucker KJ, Nabbijohn AN, Santarossa A, Wood H, Bradley SJ, Matthews J, et al. Intense/obsessional interests in children with gender dysphoria: a cross-validation study using the Teacher’s Report Form. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2017;11:51.
237. Nobili A, Glazebrook C, Bouman WP, Glidden D, Baron-Cohen S, Allison C, et al. Autistic Traits in Treatment-Seeking Transgender Adults. *J Autism Dev Disord*. 2018 Dec;48(12):3984–94.
238. Tateno M, Tateno Y, Saito T. Comorbid childhood gender identity disorder in a boy with Asperger syndrome. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2008 Apr;62(2):238.
239. Mukaddes NM. Gender identity problems in autistic children. *Child Care Health Dev*. 2002 Nov;28(6):529–32.
240. Dewinter J, De Graaf H, Begeer S. Sexual Orientation, Gender Identity, and Romantic Relationships in Adolescents and Adults with Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord*. 2017 Sep;47(9):2927–34.
241. Walsh RJ, Krabbendam L, Dewinter J, Begeer S. Brief Report: Gender Identity Differences in Autistic Adults: Associations with Perceptual and Socio-cognitive Profiles. *J Autism Dev Disord*. 2018 Dec;48(12):4070–8.
242. Strang JF, Kenworthy L, Dominska A, Sokoloff J, Kenealy LE, Berl M, et al. Increased Gender Variance in Autism Spectrum Disorders and Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Arch Sex Behav*. 2014 Nov 1;43(8):1525–33.

243. Van Der Miesen AIR, Hurley H, De Vries ALC. Gender dysphoria and autism spectrum disorder: A narrative review. *International Review of Psychiatry*. 2016 Jan 2;28(1):70–80.
244. Richards C, Bouman WP, Seal L, Barker MJ, Nieder TO, T'Sjoen G. Non-binary or genderqueer genders. *Int Rev Psychiatry*. 2016;28(1):95–102.
245. Baron-Cohen S. The extreme male brain theory of autism. *Trends Cogn Sci (Regul Ed)*. 2002 Jun 1;6(6):248–54.
246. Hisle-Gorman E, Landis CA, Susi A, Schvey NA, Gorman GH, Nylund CM, et al. Gender Dysphoria in Children with Autism Spectrum Disorder. *LGBT Health*. 2019 Apr;6(3):95–100.
247. Jacobs LA, Rachlin K, Erickson-Schroth L, Janssen A. Gender Dysphoria and Co-Occurring Autism Spectrum Disorders: Review, Case Examples, and Treatment Considerations. *LGBT Health*. 2014 Dec;1(4):277–82.
248. Strang JF, Meagher H, Kenworthy L, Vries ALC de, Menvielle E, Leibowitz S, et al. Initial Clinical Guidelines for Co-Occurring Autism Spectrum Disorder and Gender Dysphoria or Incongruence in Adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2018 Jan 2;47(1):105–15.
249. Watson RJ, Veale JF, Saewyc EM. Disordered eating behaviors among transgender youth: Probability profiles from risk and protective factors. *Int J Eat Disord*. 2017;50(5):515–22.
250. Coelho JS, Suen J, Clark BA, Marshall SK, Geller J, Lam P-Y. Eating Disorder Diagnoses and Symptom Presentation in Transgender Youth: a Scoping Review. *Curr Psychiatry Rep*. 2019 Oct 15;21(11):107.
251. Witcomb GL, Bouman WP, Brewin N, Richards C, Fernandez-Aranda F, Arcelus J. Body Image Dissatisfaction and Eating-Related Psychopathology in Trans Individuals: A Matched Control Study. *European Eating Disorders Review*. 2015;23(4):287–93.
252. Cella S, Iannaccone M, Cotrufo P. Influence of gender role orientation (masculinity versus femininity) on body satisfaction and eating attitudes in homosexuals, heterosexuals and transsexuals. *Eat Weight Disord*. 2013 Jun 1;18(2):115–24.
253. Ålgars M, Alanko K, Santtila P, Sandnabba NK. Disordered Eating and Gender Identity Disorder: A Qualitative Study. *Eating Disorders*. 2012 Jul 1;20(4):300–11.
254. Testa RJ, Rider GN, Haug NA, Balsam KF. Gender confirming medical interventions and eating disorder symptoms among transgender individuals. *Health Psychol*. 2017;36(10):927–36.
255. Jones BA, Haycraft E, Bouman WP, Brewin N, Claes L, Arcelus J. Risk Factors for Eating Disorder Psychopathology within the Treatment Seeking Transgender Population: The Role of Cross-Sex Hormone Treatment. *Eur Eat Disord Rev*. 2018 Mar;26(2):120–8.
256. MacCarthy S, Poteat T, Xia Z, Roque NL, Kim A (Hyun J, Baral S, et al. Current research gaps: a global systematic review of HIV and sexually transmissible infections among transgender populations. *Sex Health*. 2017 Oct;14(5):456–68.
257. AmFAR. Trans populations and HIV: time to end the neglect. New York: Foundation for AIDS Research, 2014. <https://www.amfar.org/issue-brief-trans-populations-and-hiv-time-to-end-the-neglect>.
258. HIV and Transgender People. :2. <https://www.cdc.gov/hiv/pdf/group/gender/transgender/cdc-hiv-transgender-factsheet.pdf>
259. Becasen JS, Denard CL, Mullins MM, Higa DH, Sipe TA. Estimating the Prevalence of HIV and Sexual Behaviors Among the US Transgender Population: A Systematic Review and Meta-Analysis, 2006–2017. *Am J Public Health*. 2019 Jan;109(1):e1–8.

260. Nadal K, Davidoff K, Fujii-Doe W. Transgender Women and the Sex Work Industry: Roots in Systemic, Institutional, and Interpersonal Discrimination. *Journal of trauma & dissociation : the official journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD)*. 2013 Dec 7;15.
261. Lombardi E. Transgender Health: A Review and Guidance for Future Research—Proceedings from the Summer Institute at the Center for Research on Health and Sexual Orientation, University of Pittsburgh. *International Journal of Transgenderism*. 2010 Mar 2;12(4):211–29.
262. REDLACTRANS, International HIV/AIDS Alliance, What’s Preventing Prevention. The night is another country: impunity and violence against transgender women human rights defenders in Latin America. <http://redlactrans.org.ar/site/wp-content/uploads/2013/05/Violencia-e-impunidad-English1.pdf>. Published December 2012.
263. Operario D, Soma T, Underhill K. Sex work and HIV status among transgender women: systematic review and meta-analysis. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2008 May 1;48(1):97–103.
264. Bauer GR, Travers R, Scanlon K, Coleman TA. High heterogeneity of HIV-related sexual risk among transgender people in Ontario, Canada: a province-wide respondent-driven sampling survey. *BMC Public Health*. 2012 Apr 20;12:292.
265. WHO | Guidance on oral pre-exposure prophylaxis (PrEP) for serodiscordant couples, men and transgender women who have sex with men at high risk of HIV [Internet]. [cited 2019 Dec 2]. Available from: https://www.who.int/hiv/pub/guidance_prep/en/
266. Melendez RM, Exner TA, Ehrhardt AA, Dodge B, Remien RH, Rotheram-Borus M-J, et al. Health and Health Care Among Male-to-Female Transgender Persons Who Are HIV Positive. *Am J Public Health*. 2006 Jun;96(6):1034–7.
267. Sevelius JM, Carrico A, Johnson MO. Antiretroviral Therapy Adherence Among Transgender Women Living with HIV. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2010;21(3):256–64.
268. Bockting W, Coleman E, Deutsch MB, Guillamon A, Meyer I, Meyer W, et al. Adult development and quality of life of transgender and gender nonconforming people. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes*. 2016 Apr;23(2):188–97.
269. Boehmer U, Gereige J, Winter M, Ozonoff A, Scout N. Transgender individuals’ cancer survivorship: Results of a cross-sectional study. *Cancer* [Internet]. [cited 2020 May 4];n/a(n/a). Available from: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/cncr.32784>
270. Wierckx K, Elaut E, Declercq E, Heylens G, De Cuypere G, Taes Y, et al. Prevalence of cardiovascular disease and cancer during cross-sex hormone therapy in a large cohort of trans persons: a case-control study. *Eur J Endocrinol*. 2013 Oct;169(4):471–8.
271. Afshar N, English DR, Thursfield V, Mitchell PL, Te Marvelde L, Farrugia H, et al. Differences in cancer survival by sex: a population-based study using cancer registry data. *Cancer Causes Control*. 2018 Nov 1;29(11):1059–69.
272. Dorak MT, Karpuzoglu E. Gender differences in cancer susceptibility: an inadequately addressed issue. *Front Genet*. 2012;3:268.
273. Nash R, Ward KC, Jemal A, Sandberg DE, Tangpricha V, Goodman M. Frequency and distribution of primary site among gender minority cancer patients: An analysis of U.S. national surveillance data. *Cancer Epidemiol*. 2018;54:1–6.
274. Braun H, Nash R, Tangpricha V, Brockman J, Ward K, Goodman M. Cancer in Transgender People: Evidence and Methodological Considerations. *Epidemiol Rev*. 2017 01;39(1):93–107.
275. Hutchison LM, Boscoe FP, Feingold BJ. Cancers Disproportionately Affecting the New York State Transgender Population, 1979–2016. *Am J Public Health*. 2018 Jul 19;108(9):1260–2.

276. Silverberg MJ, Nash R, Becerra-Culqui TA, Cromwell L, Getahun D, Hunkeler E, et al. Cohort study of cancer risk among insured transgender people. *Annals of Epidemiology*. 2017 Aug 1;27(8):499–501.
277. SEER Registries - About SEER [Internet]. SEER. [cited 2020 Apr 30]. Available from: <https://seer.cancer.gov/registries/index.html>
278. Plummer M, de Martel C, Vignat J, Ferlay J, Bray F, Franceschi S. Global burden of cancers attributable to infections in 2012: a synthetic analysis. *Lancet Glob Health*. 2016;4(9):e609-616.
279. Gillison ML, Chaturvedi AK, Lowy DR. HPV prophylactic vaccines and the potential prevention of noncervical cancers in both men and women. *Cancer*. 2008 Nov 15;113(10 Suppl):3036–46.
280. Brown GR, Jones KT. Incidence of breast cancer in a cohort of 5,135 transgender veterans. *Breast Cancer Res Treat*. 2015 Jan;149(1):191–8.
281. Blok CJM de, Wiepjes CM, Nota NM, Engelen K van, Adank MA, Dreijerink KMA, et al. Breast cancer risk in transgender people receiving hormone treatment: nationwide cohort study in the Netherlands. *BMJ* [Internet]. 2019 May 14 [cited 2019 Dec 7];365. Available from: <https://www.bmj.com/content/365/bmj.l1652>
282. Gooren L, Morgentaler A. Prostate cancer incidence in orchidectomised male-to-female transsexual persons treated with oestrogens. *Andrologia*. 2014 Dec;46(10):1156–60.
283. Blosnich JR, Brown GR, Wojcio S, Jones KT, Bossarte RM. Mortality Among Veterans with Transgender-Related Diagnoses in the Veterans Health Administration, FY2000-2009. *LGBT Health*. 2014 Dec;1(4):269–76.
284. Caceres BA, Jackman KB, Edmondson D, Bockting WO. Assessing gender identity differences in cardiovascular disease in US adults: an analysis of data from the 2014-2017 BRFSS. *J Behav Med*. 2020 Apr;43(2):329–38.
285. Nokoff NJ, Scarbro S, Juarez-Colunga E, Moreau KL, Kempe A. Health and Cardiometabolic Disease in Transgender Adults in the United States: Behavioral Risk Factor Surveillance System 2015. *J Endocr Soc*. 2018 Apr 1;2(4):349–60.
286. Alzahrani T, Nguyen T, Ryan A, Dwairy A, McCaffrey J, Yunus R, et al. Cardiovascular Disease Risk Factors and Myocardial Infarction in the Transgender Population. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2019;12(4):e005597.
287. Nota NM, Wiepjes CM, de Blok CJM, Gooren LJG, Kreukels BPC, den Heijer M. Occurrence of Acute Cardiovascular Events in Transgender Individuals Receiving Hormone Therapy. *Circulation*. 2019 12;139(11):1461–2.
288. Getahun D, Nash R, Flanders WD, Baird TC, Becerra-Culqui TA, Cromwell L, et al. Cross-sex Hormones and Acute Cardiovascular Events in Transgender Persons: A Cohort Study. *Ann Intern Med*. 2018 21;169(4):205–13.
289. Meyer IH, Brown TNT, Herman JL, Reisner SL, Bockting WO. Demographic Characteristics and Health Status of Transgender Adults in Select US Regions: Behavioral Risk Factor Surveillance System, 2014. *Am J Public Health*. 2017 Apr;107(4):582–9.
290. Connelly PJ, Marie Freel E, Perry C, Ewan J, Touyz RM, Currie G, et al. Gender-Affirming Hormone Therapy, Vascular Health and Cardiovascular Disease in Transgender Adults. *Hypertension*. 2019 Dec;74(6):1266–74.
291. Maraka S, Singh Ospina N, Rodriguez-Gutierrez R, Davidge-Pitts CJ, Nippoldt TB, Prokop LJ, et al. Sex Steroids and Cardiovascular Outcomes in Transgender Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Endocrinol Metab*. 2017 01;102(11):3914–23.

292. Roberts TK, Fantz CR. Barriers to quality health care for the transgender population. *Clin Biochem*. 2014 Jul;47(10–11):983–7.
293. Roberts TK, Kraft CS, French D, Ji W, Wu AHB, Tangpricha V, et al. Interpreting Laboratory Results in Transgender Patients on Hormone Therapy. *The American Journal of Medicine*. 2014 Feb 1;127(2):159–62.
294. Rapport d'orientation - Cancer de la prostate. :80.
<https://www.cdc.gov/hiv/pdf/group/gender/transgender/cdc-hiv-transgender-factsheet.pdf>
295. Löwy I. Des identités à risque ? *Sciences sociales et sante*. 2017 Mar 24;Vol. 35(1):65–70.
296. Meidani A, Alessandrin A. Cancers et transidentités : une nouvelle « population à risques » ? *Sciences sociales et sante*. 2017 Mar 24;Vol. 35(1):41–63.
297. Latasa Zamalloa P, Velasco Muñoz C, Iniesta Mármol C, de Beltrán Gutierrez P, Curto Ramos J, Gil-Borrelli C-C. [Approach to the causes of discharge and health needs of transgender people through the National Hospital Discharge Survey in Spain during the period 2001 to 2013]. *Rev Esp Salud Publica*. 2019 29;93.
298. Perez-Brumer A, Nunn A, Hsiang E, Oldenburg C, Bender M, Beauchamps L, et al. “We don’t treat your kind”: Assessing HIV health needs holistically among transgender people in Jackson, Mississippi. Shiu C-S, editor. *PLoS ONE*. 2018 Nov 1;13(11):e0202389.
299. Sistergirls/Brotherboys: The Status of Indigenous Transgender Australians: *International Journal of Transgenderism*: Vol 15, No 3-4 [Internet]. [cited 2019 Dec 6]. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15532739.2014.995262>
300. rapport_homophobie_2019_interactif.pdf.
301. Winter S, Chalungsooth P, Teh YK, Rojanalert N, Maneerat K, Wong YW, et al. Transpeople, Transprejudice and Pathologization: A Seven-Country Factor Analytic Study. *International Journal of Sexual Health*. 2009 Jun 23;21(2):96–118.
302. Xavier J, Honnold JA, Bradford J. The Health, Health Related Needs, and Lifecourse Experiences of Transgender Virginians: (544442014-001) [Internet]. American Psychological Association; 2007 [cited 2019 Dec 6]. Available from: <http://doi.apa.org/get-pe-doi.cfm?doi=10.1037/e544442014-001>
303. IDAHOT 2016 – Trans Murder Monitoring Update [Internet]. TvT. 2016 [cited 2019 Dec 6]. Available from: <https://transrespect.org/en/idahot-2016-tmm-update/>
304. Kenagy GP. The Health and Social Service Needs of Transgender People in Philadelphia. *International Journal of Transgenderism*. 2005 Oct 11;8(2–3):49–56.
305. Kenagy GP. Transgender Health: Findings from Two Needs Assessment Studies in Philadelphia. *Health Soc Work*. 2005 Feb 1;30(1):19–26.
306. Witten TM. Life Course Analysis—The Courage to Search for Something More: Middle Adulthood Issues in the Transgender and Intersex Community. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*. 2004 Jun 28;8(2–3):189–224.
307. Reisner SL, Hughto JMW, Dunham EE, Heflin KJ, Begenyi JBG, Coffey-Esquivel J, et al. Legal Protections in Public Accommodations Settings: A Critical Public Health Issue for Transgender and Gender-Nonconforming People. *The Milbank Quarterly*. 2015;93(3):484–515.
308. Lancet T. Creating respectful health care for trans patients. *The Lancet*. 2019 Jul 6;394(10192):2.

309. When Health Care Isn't Caring | Lambda Legal [Internet]. [cited 2019 Nov 26]. Available from: <https://www.lambdalegal.org/publications/when-health-care-isnt-caring>
310. Riggs DW, Coleman K, Due C. Healthcare experiences of gender diverse Australians: a mixed-methods, self-report survey. *BMC Public Health*. 2014 Mar 6;14:230.
311. Baams L, Beek T, Hille H, Zevenbergen FC, Bos HMW. Gender nonconformity, perceived stigmatization, and psychological well-being in Dutch sexual minority youth and young adults: a mediation analysis. *Arch Sex Behav*. 2013 Jul;42(5):765–73.
312. Valentine SE, Shipherd JC. A systematic review of social stress and mental health among transgender and gender non-conforming people in the United States. *Clin Psychol Rev*. 2018 Dec;66:24–38.
313. Yang M-F, Manning D, van den Berg JJ, Operario D. Stigmatization and Mental Health in a Diverse Sample of Transgender Women. *LGBT Health*. 2015 Dec;2(4):306–12.
314. Reisner SL, White Hughto JM, Gamarel KE, Keuroghlian AS, Mizock L, Pachankis JE. Discriminatory experiences associated with posttraumatic stress disorder symptoms among transgender adults. *Journal of Counseling Psychology*. 2016 Oct;63(5):509–19.
315. Tucker RP, Testa RJ, Reger MA, Simpson TL, Shipherd JC, Lehavot K. Current and Military-Specific Gender Minority Stress Factors and Their Relationship with Suicide Ideation in Transgender Veterans. *Suicide Life Threat Behav*. 2019;49(1):155–66.
316. Rood BA, Puckett JA, Pantalone DW, Bradford JB. Predictors of Suicidal Ideation in a Statewide Sample of Transgender Individuals. *LGBT Health*. 2015 Sep 1;2(3):270–5.
317. Nuttbrock L, Bockting W, Rosenblum A, Hwahng S, Mason M, Macri M, et al. Gender Abuse and Major Depression Among Transgender Women: A Prospective Study of Vulnerability and Resilience. *Am J Public Health*. 2014 Nov;104(11):2191–8.
318. Lindsay JA, Keo-Meier C, Hudson S, Walder A, Martin LA, Kauth MR. Mental Health of Transgender Veterans of the Iraq and Afghanistan Conflicts Who Experienced Military Sexual Trauma. *J Trauma Stress*. 2016;29(6):563–7.
319. Scandurra C, Bochicchio V, Amodeo AL, Esposito C, Valerio P, Maldonato NM, et al. Internalized Transphobia, Resilience, and Mental Health: Applying the Psychological Mediation Framework to Italian Transgender Individuals. *Int J Environ Res Public Health*. 2018 13;15(3).
320. Austin A, Goodman R. The Impact of Social Connectedness and Internalized Transphobic Stigma on Self-Esteem Among Transgender and Gender Non-Conforming Adults. *Journal of Homosexuality*. 2017 May 12;64(6):825–41.
321. Rood BA, Reisner SL, Puckett JA, Surace FI, Berman AK, Pantalone DW. Internalized transphobia: Exploring perceptions of social messages in transgender and gender-nonconforming adults. *International Journal of Transgenderism*. 2017 Oct 2;18(4):411–26.
322. Bockting W. Internalized transphobia. In: *The International Encyclopedia of Human Sexuality* [Internet]. American Cancer Society; 2015 [cited 2020 Mar 19]. p. 583–625. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9781118896877.wbiehs236>
323. Bernard PM. Etude des représentations, des psychiatres, de la transidentité. :72.
324. Puckett JA, Cleary P, Rossman K, Mustanski B, Newcomb ME. Barriers to Gender-Affirming Care for Transgender and Gender Nonconforming Individuals. *Sex Res Soc Policy*. 2018 Mar;15(1):48–59.
325. Poteat T, German D, Kerrigan D. Managing uncertainty: A grounded theory of stigma in transgender health care encounters. *Social Science & Medicine*. 2013 May;84:22–9.

326. Snelgrove JW, Jasudavicius AM, Rowe BW, Head EM, Bauer GR. "Completely out-at-sea" with "two-gender medicine": A qualitative analysis of physician-side barriers to providing healthcare for transgender patients. *BMC Health Serv Res*. 2012 Dec;12(1):110.
327. Carabez RM, Eliason MJ, Martinson M. Nurses' Knowledge About Transgender Patient Care: A Qualitative Study. *Advances in Nursing Science*. 2016;39(3):257–71.
328. Aylagas-Crespillo M, García-Barbero Ó, Rodríguez-Martín B. Barreras en la asistencia sociosanitaria en personas transexuales: revisión sistemática de estudios cualitativos. *Enfermería Clínica*. 2018 Jul;28(4):247–59.
329. Jamie L. Feldman et Joshua Safer, « Hormone Therapy in Adults: Suggested Revisions to the Sixth Version of the Standards of Care », *International Journal of Transgenderism* 11, n° 3 (1 décembre 2009): 146-82, <https://doi.org/10.1080/15532730903383757>.
330. Girard L. La demande de soins des personnes transsexuelles en France : prise en charge médicale et respect de la dignité [Internet] [thesis]. Paris 5; 2013 [cited 2019 Oct 8]. Available from: <http://www.theses.fr/2013PA05D007>
331. Bradford J, Reisner SL, Honnold JA, Xavier J. Experiences of Transgender-Related Discrimination and Implications for Health: Results From the Virginia Transgender Health Initiative Study. *Am J Public Health*. 2013 Oct;103(10):1820–9.
332. Gonzales G, Henning-Smith C. Barriers to Care Among Transgender and Gender Nonconforming Adults: Barriers to Care Among Transgender and GNC Adults. *The Milbank Quarterly*. 2017 Dec;95(4):726–48.
333. Macapagal K, Bhatia R, Greene GJ. Differences in Healthcare Access, Use, and Experiences Within a Community Sample of Racially Diverse Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Questioning Emerging Adults. *LGBT Health*. 2016 Dec;3(6):434–42.
334. Samuels EA, Tape C, Garber N, Bowman S, Choo EK. "Sometimes You Feel Like the Freak Show": A Qualitative Assessment of Emergency Care Experiences Among Transgender and Gender-Nonconforming Patients. *Annals of Emergency Medicine*. 2018 Feb;71(2):170-182.e1.
335. Jaffee KD, Shires DA, Stroumsa D. Discrimination and Delayed Health Care Among Transgender Women and Men: Implications for Improving Medical Education and Health Care Delivery. *Med Care*. 2016 Nov;54(11):1010–6.
336. Costa AB, da Rosa Filho HT, Pase PF, Fontanari AMV, Catelan RF, Mueller A, et al. Healthcare Needs of and Access Barriers for Brazilian Transgender and Gender Diverse People. *J Immigrant Minority Health*. 2018 Feb;20(1):115–23.
337. Chapman R, Wardrop J, Freeman P, Zappia T, Watkins R, Shields L. A descriptive study of the experiences of lesbian, gay and transgender parents accessing health services for their children: LGT parents accessing health care for children. *Journal of Clinical Nursing*. 2012 Apr;21(7–8):1128–35.
338. Gridley SJ, Crouch JM, Evans Y, Eng W, Antoon E, Lyapustina M, et al. Youth and Caregiver Perspectives on Barriers to Gender-Affirming Health Care for Transgender Youth. *Journal of Adolescent Health*. 2016 Sep;59(3):254–61.
339. Lyons T, Shannon K, Pierre L, Small W, Krüsi A, Kerr T. A qualitative study of transgender individuals' experiences in residential addiction treatment settings: stigma and inclusivity. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* [Internet]. 2015 Dec [cited 2020 Mar 27];10(1). Available from: <http://substanceabusepolicy.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13011-015-0015-4>

340. Alessandrin A. Le transsexualisme : une catégorie nosographique obsolète. *Sante Publique*. 2012 Aug 1;Vol. 24(3):263-8.
341. Rubin R. Trans health care in the USA: a long way to go. *The Lancet*. 2015 Aug 22;386(9995):727-8.
342. Peitzmeier SM, Khullar K, Reisner SL, Potter J. Pap test use is lower among female-to-male patients than non-transgender women. *Am J Prev Med*. 2014 Dec;47(6):808-12.
343. Bazzi AR, Whorms DS, King DS, Potter J. Adherence to Mammography Screening Guidelines Among Transgender Persons and Sexual Minority Women. *Am J Public Health*. 2015 Nov;105(11):2356-8.
344. Sam Winter BSci P PGDE, MEd, MPH SD. Transpeople, Hormones, and Health Risks in Southeast Asia: A Lao Study. *International Journal of Sexual Health*. 2009 Mar 18;21(1):35-48.
345. Gooren LJ, Sungkaew T, Giltay EJ. Exploration of functional health, mental well-being and cross-sex hormone use in a sample of Thai male-to-female transgendered persons (kathoeyes). *Asian J Androl*. 2013 Mar;15(2):280-5.
346. Mepham N, Bouman WP, Arcelus J, Hayter M, Wylie KR. People with gender dysphoria who self-prescribe cross-sex hormones: prevalence, sources, and side effects knowledge. *J Sex Med*. 2014 Dec;11(12):2995-3001.
347. Guadamuz TE, Wimonsate W, Varangrat A, Phanuphak P, Jommaroeng R, McNicholl JM, et al. HIV prevalence, risk behavior, hormone use and surgical history among transgender persons in Thailand. *AIDS Behav*. 2011 Apr;15(3):650-8.
348. Bouman WP, Richards C. Diagnostic and Treatment Issues for People with Gender Dysphoria in the United Kingdom. *Sexual and Relationship Therapy*. 2013 Aug;28(3):165-71.
349. Davies A, Bouman WP, Richards C, Barrett J, Ahmad S, Baker K, et al. Patient satisfaction with gender identity clinic services in the United Kingdom. *Sexual and Relationship Therapy*. 2013 Nov;28(4):400-18.
350. has_rapport-critiques_usagers.pdf [Internet]. [cited 2019 Nov 26]. Available from: http://syndromedebenjamin.free.fr/medical/securitesociale/has_rapport-critiques_usagers.pdf
351. Kreukels BPC, Haraldsen IR, De Cuypere G, Richter-Appelt H, Gijs L, Cohen-Kettenis PT. A European network for the investigation of gender incongruence: the ENIGI initiative. *Eur Psychiatry*. 2012 Aug;27(6):445-50.
352. Ashbee O, Goldberg J. (2006). *Trans Care - Hormones: A Guide for FTMs*
353. Hudson's FTM Resource Guide. Hudson's FTM ResourceGuide. Available at: <http://www.ftmguide.org/>.
354. Shreshtha S. Exploring the consequences of castration in the life of hijra in Bangladesh. Dhaka: BRAC University, 2011.
355. Reisner SL, Deutsch MB, Bhasin S, Bockting W, Brown GR, Feldman J, et al. Advancing methods for US transgender health research. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes*. 2016 Apr;23(2):198-207.
356. McNeil J, Bailey L, Ellis S, Morton J, Regan M. *Trans Mental Health Study 2012*. :96.
357. Schuster, M. A., Reisner, S. L., & Onorato, S. E. (2016). Beyond Bathrooms — Meeting the Health Needs of Transgender People. *New England Journal of Medicine*, 375(2), 101-103. doi-10.1056/nejmp1605912.pdf.

358. Rimes KA, Goodship N, Ussher G, Baker D, West E. Non-binary and binary transgender youth: Comparison of mental health, self-harm, suicidality, substance use and victimization experiences. *International Journal of Transgenderism*. 2019 Jul 3;20(2-3):230-40.
359. Poirier F, Condat A, Laufer L, Rosenblum O, Cohen D. Non-binarité et transidentités à l'adolescence : une revue de la littérature. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 2019 Sep 1;67(5):268-85.
360. Clark BA, Veale JF, Townsend M, Frohard-Dourlent H, Saewyc E. Non-binary youth: Access to gender-affirming primary health care. *International Journal of Transgenderism*. 2018 Apr 3;19(2):158-69.
361. Koehler A, Eyssel J, Nieder TO. Genders and Individual Treatment Progress in (Non-)Binary Trans Individuals. *J Sex Med*. 2018;15(1):102-13.
362. Thomas R, Pega F, Khosla R, Verster A, Hana T, Say L. Ensuring an inclusive global health agenda for transgender people. *Bulletin of the World Health Organization*. 2017 Feb 1;95(2):154-6.
363. Fredriksen-Goldsen KI, Cook-Daniels L, Kim H-J, Erosheva EA, Emler CA, Hoy-Ellis CP, et al. Physical and Mental Health of Transgender Older Adults: An At-Risk and Underserved Population. *Gerontologist*. 2014 Jun;54(3):488-500.
364. Cook-Daniels L. Lesbian, Gay Male, Bisexual and Transgendered Elders: Elder Abuse and Neglect Issues. *Journal of Elder Abuse & Neglect*. 1998 Mar 11;9(2):35-49.
365. Kimmel D. Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Aging Concerns. *Clinical Gerontologist*. 2014 Jan;37(1):49-63.
366. Jackman KB, Dolezal C, Bockting WO. Generational Differences in Internalized Transnegativity and Psychological Distress Among Feminine Spectrum Transgender People. *LGBT Health*. 2018;5(1):54-60.
367. Thomson R, Baker J, Arnot J. Health care needs assessment of gender identity services. 2018. https://www.scotphn.net/wp-content/uploads/2017/04/2018_05_16-HCNA-of-Gender-Identity-Services-1.pdf (accessed July 11, 2019). [Internet]. [cited 2019 Dec 7].
368. Thomson RM, Katikireddi SV. Improving the health of trans people: the need for good data. *The Lancet Public Health*. 2019 Aug 1;4(8):e369-70.
369. Broqua C. L'émergence des minorités sexuelles dans l'espace public en Afrique. *Politique africaine*. 2012 Dec 27;N° 126(2):5-23.
370. Cahill S, Singal R, Grasso C, et al. Do ask, do tell: high levels of acceptability by patients of routine collection of sexual orientation and gender identity data in four diverse American community health centers. *PLoS One* 2014; 9: e107104. [Internet]. [cited 2019 Dec 7]. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0107104>
371. Harding R, Epiphaniou E, Chidgey-Clark J. Needs, experiences, and preferences of sexual minorities for end-of-life care and palliative care: a systematic review. *J Palliat Med*. 2012 May;15(5):602-11.
372. Imborek KL, Graf EM, McCune K. Preventive Health for Transgender Men and Women. *Semin Reprod Med*. 2017 Sep;35(05):426-33.
373. Baral SD, Poteat T, Strömdahl S, Wirtz AL, Guadamuz TE, Beyrer C. Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2013 Mar;13(3):214-22.

374. Measuring the Health of an Invisible Population: Lessons from the Colorado Transgender Health Survey. [Internet]. [cited 2019 Dec 7]. Available from: <https://reference.medscape.com/medline/abstract/29761263>
375. Moriarty DG, Zack MM, Kobau R. The Centers for Disease Control and Prevention's Healthy Days Measures – Population tracking of perceived physical and mental health over time. *Health Qual Life Outcomes*. 2003 Sep 2;1:37.
376. Resolution A/RES/70/1. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. In: Seventieth United Nations General Assembly, New York, 15 September 2015–13 September 2016. New York: United Nations; 2015 (http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E).
377. Pega F, Veale JF. The case for the World Health Organization's Commission on Social Determinants of Health to address gender identity. *Am J Public Health*. 2015 Mar;105(3):e58-62.
378. Reisner SL, Radix A, Deutsch MB. Integrated and Gender-Affirming Transgender Clinical Care and Research. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2016 15;72 Suppl 3:S235-242.
379. Seelman KL. Transgender Adults' Access to College Bathrooms and Housing and the Relationship to Suicidality. *J Homosex*. 2016 Oct;63(10):1378–99.
380. Gender Recognition [Internet]. [cited 2020 Jan 15]. Available from: <http://www.welfare.ie/en/Pages/Gender-Recognition.aspx>
381. Gender Identity, Gender Expression and Sex Characteristics Act (Malta, 2015) http://tgeu.org/wp-content/uploads/2014/02/Malta_GIGESC_2015.pdf. In.
382. Information about Changing Sex / Gender Identity | New Zealand Passports [Internet]. [cited 2020 Jan 15]. Available from: <https://www.passports.govt.nz/what-you-need-to-renew-or-apply-for-a-passport/information/>
383. *Norrie v NSW Registrar of Births, Deaths and Marriages - NSW Caselaw* [Internet]. [cited 2020 Jan 15]. Available from: <https://www.caselaw.nsw.gov.au/decision/54a63a723004de94513dab59>
384. Chin J. Nepal issues its first third-gender passport to recognize LGBT citizens. *Huffington Post Canada*, 2015.
385. Karim M. Hijras now a separate gender. *Dhaka Tribune* (Dhaka), 2013.
386. Mahapatra D. Supreme court recognizes transgenders as 'third gender'. *Times of India* (New Delhi), 2014.
387. Loi du 07.05.2013 - JO fédéral I n ° 23 2013 14/05/2013 1122 S. correction du 12.07.2013 - JO fédéral I n ° 38 18/07/2013 2013 S. 2440b.
388. Nandi J. Germany got it right by offering a third gender option on birth certificates | Jacinta Nandi. *The Guardian* [Internet]. 2013 Nov 10 [cited 2020 Jan 15]; Available from: <https://www.theguardian.com/commentisfree/2013/nov/10/germany-third-gender-birth-certificate>
389. Drescher J, Cohen-Kettenis P, Winter S. Minding the body: situating gender identity diagnoses in the ICD-11. *Int Rev Psychiatry*. 2012 Dec;24(6):568–77.
390. Chou D, Cottler S, Khosla R, Reed GM, Say L. Sexual health in the International Classification of Diseases (ICD): implications for measurement and beyond*. *Reproductive Health Matters*. 2015 Jan;23(46):185–92.

391. Vargas-Huicochea I, Robles R, Real T, Fresán A, Cruz-Islas J, Vega-Ramírez H, et al. A Qualitative Study of the Acceptability of the Proposed ICD-11 Gender Incongruence of Childhood Diagnosis Among Transgender Adults Who Were Labeled Due to Their Gender Identity Since Childhood. *Arch Sex Behav*. 2018;47(8):2363–74.
392. Winter S, De Cuyper G, Green J, Kane R, Knudson G. The Proposed ICD-11 Gender Incongruence of Childhood Diagnosis: A World Professional Association for Transgender Health Membership Survey. *Arch Sex Behav*. 2016;45(7):1605–14.
393. World Professional Association for Transgender Health (WPATH). Standards de soins pour la santé des personnes transsexuelles, transgenres et de genre nonconforme. 7eme version. 2013.
394. Autoconservation des gamètes de personnes transsexuelles et projet parental éventuel [Internet]. Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps. 2014 [cited 2019 Dec 3]. Available from: <http://www.academie-medecine.fr/autoconservation-des-gametes-de-personnes-transsexuelles-et-projet-parental-eventuel/>
395. Chiland C, Clouet A-M, Guinot M, Golse B, Jouannet P, Revidi P. Pères d'un nouveau genre et leurs enfants. *La psychiatrie de l'enfant*. 2013;56(1):97.
396. Light AD, Obedin-Maliver J, Sevelius JM, Kerns JL. Transgender Men Who Experienced Pregnancy After Female-to-Male Gender Transitioning. *Obstetrics & Gynecology*. 2014 Dec;124(6):1120.
397. Delemarre-van de Waal HA, Cohen-Kettenis PT. Clinical management of gender 125 identity disorder in adolescents: a protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects. *Eur J Endocrinol*. 1 nov 2006;155(suppl 1):S131- 7. [Internet]. [cited 2019 Nov 19]. Available from: https://ej.ebioscientifica.com/view/journals/eje/155/suppl_1/1550131.xml
398. Khatchadourian K, Amed S, Metzger DL. Clinical management of youth with gender dysphoria in Vancouver. *J Pediatr*. 2014 Apr;164(4):906–11.
399. Tack LJW, Heyse R, Craen M, Dhondt K, Bossche HV, Laridaen J, et al. Consecutive Cyproterone Acetate and Estradiol Treatment in Late-Pubertal Transgender Female Adolescents. *J Sex Med*. 2017;14(5):747–57.
400. Nota NM, Dekker MJHJ, Klaver M, Wiepjes CM, van Trotsenburg MA, Heijboer AC, et al. Prolactin levels during short- and long-term cross-sex hormone treatment: an observational study in transgender persons. *Andrologia*. 2017 Aug;49(6).
401. Androcur et génériques (acétate de cyprotérone, 50 mg et 100 mg) et risque de méningiome : l'ANSM publie des recommandations pour la prise en charge des patients - Point d'information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cited 2019 Dec 9]. Available from: <https://www.ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Androcur-et-generiques-acetate-de-cyproterone-50-mg-et-100-mg-et-risque-de-meningiome-l-ANSM-publie-des-recommandations-pour-la-prise-en-charge-des-patients-Point-d-information>
402. Wigertz A, Lönn S, Mathiesen T, Ahlbom A, Hall P, Feychting M. Risk of Brain Tumors Associated with Exposure to Exogenous Female Sex Hormones. *Am J Epidemiol*. 2006 Oct 1;164(7):629–36.
403. Chia K, O'Brien M, Brown M, Lim E. Targeting the Androgen Receptor in Breast Cancer. *Curr Oncol Rep*. 2015 Feb 10;17(2):4.
404. Gooren L, Bowers M, Lips P, Konings IR. Five new cases of breast cancer in transsexual persons. *Andrologia*. 2015;47(10):1202–5.
405. Bunck MC, Debono M, Giltay EJ, Verheijen AT, Diamant M, Gooren LJ. Autonomous prolactin secretion in two male-to-female transgender patients using conventional oestrogen dosages. *BMJ Case Rep*. 2009;2009.

406. Gooren LJ, Assies J, Asscheman H, de Slegte R, van Kessel H. Estrogen-induced prolactinoma in a man. *J Clin Endocrinol Metab.* 1988 Feb;66(2):444–6.
407. Kovacs K, Stefaneanu L, Ezzat S, Smyth HS. Prolactin-producing pituitary adenoma in a male-to-female transsexual patient with protracted estrogen administration. A morphologic study. *Arch Pathol Lab Med.* 1994 May;118(5):562–5.
408. Cunha FS, Domenice S, Câmara VL, Sircili MHP, Gooren LJG, Mendonça BB, et al. Diagnosis of prolactinoma in two male-to-female transsexual subjects following high-dose cross-sex hormone therapy. *Andrologia.* 2015 Aug;47(6):680–4.
409. Bergoglio MT, Gómez-Balaguer M, Almonacid Folch E, Hurtado Murillo F, Hernández-Mijares A. Symptomatic meningioma induced by cross-sex hormone treatment in a male-to-female transsexual. *Endocrinol Nutr.* 2013 May;60(5):264–7.
410. Cebula H, Pham TQ, Boyer P, Froelich S. Regression of meningiomas after discontinuation of cyproterone acetate in a transsexual patient. *Acta Neurochir (Wien).* 2010 Nov;152(11):1955–6.
411. Jennifer M. Staples et al., « A Descriptive Analysis of Alcohol Behaviors across Gender Subgroups within a Sample of Transgender Adults », *Addictive Behaviors* 76 (janvier 2018): 35562, <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.08.017>.
412. Stephen Feder et al., « Exploring the Association between Eating Disorders and Gender Dysphoria in Youth », *Eating Disorders* 25, n° 4 (8 août 2017): 310-17, <https://doi.org/10.1080/10640266.2017.1297112>.
413. Hollie Clark et al., “Diagnosed HIV Infection in Transgender Adults and Adolescents: Results from the National HIV Surveillance System, 2009-2014,” *AIDS and Behavior* 21, no. 9 (September 2017): 2774–83, <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1656-7>.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Critères DSM pour le diagnostic de dysphorie de genre (10)

Critères DSM chez les enfants

« On retient que le vécu d'incongruence entre l'expérience et l'expression du genre en rapport avec le genre assigné doit persister depuis au moins six mois et recouvrir au moins 6 des conditions suivantes (dont au moins la première).

- Désir marqué d'appartenir à l'autre genre, ou insistance du sujet sur le fait qu'il est de l'autre genre (ou d'un genre différent que celui qui lui a été assigné).
- Chez les garçons (genre assigné), forte préférence pour le style vestimentaire opposé ou pour le travestissement en femme, ou chez les filles (genre assigné), préférence marquée pour le port exclusif de vêtements masculins et forte opposition au port de vêtements typiquement féminins.
- Dans les jeux de « faire semblant » ou dans les fantaisies de jeu, forte préférence pour incarner l'autre sexe.
- Forte préférence pour les jouets, jeux ou activités typiquement de l'autre sexe.
- Préférence marquée pour les camarades de l'autre sexe.
- Chez les garçons (genre assigné), fort rejet des jouets, des jeux et des activités typiquement masculins et évitement marqué des jeux de bagarre, ou chez les filles (genre assigné), fort rejet des jouets, des jeux et des activités typiquement féminins.
- Forte aversion pour sa propre anatomie sexuelle.
- Désir marqué d'avoir les caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires qui correspondent au genre que le sujet vit comme sien. Ces conditions sont associées à une détresse significative ou une détérioration des relations scolaires sociales ou d'autres secteurs de fonctionnement On spécifiera s'il y a une association à une anomalie de la différenciation sexuelle. »

Critères DSM chez les adolescents et les adultes

« En dehors du vécu d'incongruence entre l'expérience et l'expression du genre par rapport au genre assigné qui doit persister depuis au moins six mois, deux des conditions suivantes doivent exister :

- Un sentiment d'incongruence marqué entre le genre vécu/exprimé par la personne et ses caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires (ou chez les jeunes adolescents, avec les caractéristiques sexuelles secondaires attendues).
- Un fort désir d'être débarrassé de ses caractères sexuels primaires et ou secondaires en raison d'une incompatibilité avec le genre vécu/exprimé (ou chez les jeunes adolescents, fort désir d'empêcher le développement des caractéristiques sexuelles secondaires attendues).
- Un fort désir d'avoir les caractères sexuels primaires et ou secondaires de l'autre sexe.
- Désir marqué d'appartenir à l'autre genre (ou d'un genre différent de celui qui lui est assigné).
- Désir marqué d'être traité(e) comme une personne de l'autre genre (ou d'un genre différent de celui qui lui est assigné).
- Une conviction marquée d'avoir les sentiments et les réactions de l'autre genre (ou d'un genre différent de celui qui lui est assigné). Ces conditions sont associées à une détresse significative ou une détérioration des relations sociales, professionnelles, ou d'autres champs important de la vie relationnelle.
- On spécifiera :
 - S'il y a un trouble du développement sexuel.
 - Si la personne est passée par une période de transition par une expérience de vie réelle dans son genre psychologique, avec ou sans légalisation ou changement sexuel, et a suivi au moins une procédure de traitement médical de conversion, hormonal ou réassignation sexuelle chirurgicale. (On spécifiera si le changement désiré est ou a été hormonal et ou chirurgical).

ANNEXE 2 : Reproduction et parentalité

L'altération de la fertilité est une question qui doit être abordée dès le début de la prise en charge. La préservation des gamètes est incluse dans les recommandations internationales (393). Cependant, pour l'Agence de biomédecine : « il n'y a pas d'indication médicale à procéder à une autoconservation de gamètes ou de tissus germinaux chez les personnes

transsexuelles » (394). Ainsi, la PMA est pour le moment réservée aux couples hétérosexuels. Les couples formés par une femme cisgenre et un homme trans ayant changé d'état civil, peuvent avoir recours au don de spermatozoïdes (49)(395). Un projet de loi sur l'ouverture de la PMA aux couples lesbiens et aux femmes célibataires est en cours. Par ailleurs, certains CECOS acceptent de prendre en charge la préservation des gamètes des personnes trans, dans la perspective d'une utilisation future, si la loi venait à changer (60). Pour contourner cette interdiction, des techniques procréatives dites « artisanales » permettent aux personnes trans de répondre à leur désir d'enfant (60).

Concernant les hommes trans, des questions demeurent quant à l'impact de la prise de testostérone sur la grossesse, s'il faut l'interrompre et quand (268)(396).

ANNEXE 3 : Effets indésirables des traitements hormonaux réversibles

Les analogues de la GnRH

Les analogues de la GnRH entraînent une diminution significative de la croissance osseuse. En parallèle, la densité osseuse reste stable. L'Endocrine Society recommande donc une surveillance du développement osseux. Toutefois, ces paramètres se normaliseraient pendant la substitution ou à l'arrêt de tout traitement hormonal (45)(397). Les études actuelles, n'ont pas démontré d'effets indésirables majeurs en dehors des risques d'infertilité. Ces risques semblent se majorer si le traitement est introduit précocement et est associé à un traitement substitutif. Ont été aussi relevés des bouffées de chaleur, une fatigue et des modifications de l'humeur (45)(398).

Les progestatifs androgéniques

Les progestatifs androgéniques, destinés aux FtM peuvent provoquer une augmentation des enzymes hépatiques, des métrorragies, de l'acné, des céphalées, des bouffées de chaleur, et de la fatigue. L'enantate de testostérone est l'androgénothérapie la plus prescrite. Une contraception orale peut être utilisée en plus pour supprimer les menstruations (49).

Les progestatifs anti-androgéniques

Les progestatifs anti-androgéniques, destinés aux MtF peuvent donner diminution de l'hémoglobine et de l'hématocrite, une augmentation modérée et transitoire des enzymes hépatiques, une légère diminution des triglycérides et du cholestérol, une sensibilité des seins, une labilité émotionnelle, de la fatigue et des bouffées de chaleur (399). Certaines études relèvent également une hyperprolactinémie (400). La spironolactone est le principal

antiandrogène prescrit aux USA. Son effet indésirable principal est l'hyperkaliémie (73). L'acétate de cyprotérone était l'antiandrogène le plus couramment utilisé en France. Il est à présent contre indiqué, car une augmentation du risque de méningiome aurait été mise en évidence, chez des patients suivant ce traitement au long cours (49)(401)(402).

ANNEXE 4 : Impact oncologique de l'hormonothérapie et dépistages

Cancer du sein

Il n'y aurait qu'une courte exposition hormonale avant le diagnostic de cancer du sein (médiane de 18 ans). Cela peut suggérer un développement rapide des tumeurs du sein chez un sous-ensemble de personnes. Des auteurs suggèrent l'hypothèse d'une sensibilité génétique préexistante. L'hormonothérapie pourrait alors stimuler le développement d'un cancer. Cela pourrait être le cas lors d'une mutation de la lignée germinale BRCA 1, ou de la présence d'un cancer sensible aux hormones non diagnostiqué avant le traitement. L'oestrogénothérapie, mais également l'acétate de cyprotérone utilisée comme anti androgène, pourraient entraîner une stimulation cancéreuse des cellules du tissu mammaire (274)(281)(403).

Ainsi, les recommandations actuelles suggèrent que les hommes trans qui n'ont pas subi de mastectomie et les femmes trans sous oestrogénothérapie devraient être examinés tous les deux ans par mammographie à partir de 50 ans ou à partir de 5ans d'hormonothérapie (372). Toutefois, la mastectomie à visée esthétique n'enlève pas autant de tissus que celle à visée de prévention tumorale. Il persiste donc un risque de cancer à prendre en compte, au regard des autres facteurs de risque potentiels, tels que les antécédents familiaux (274)(404).

Prolactinomes

Des cas de prolactinomes chez des femmes trans traitées par hormonothérapie au long cours ont été relevés (45)(405-408). Selon les auteurs, cela serait favorisé par la prise d'oestrogènes mais également via l'acétate de cyprotérone. Dans 4 cas, l'hormonothérapie comprenait de l'acétate de cyprotérone et tous les patients présentaient des taux de prolactine très élevés (274). En raison du risque de prolactinome, il est donc recommandé de surveiller périodiquement les taux sériques de prolactine pour les MtF (45).

Méningiomes

Des méningiomes ont été rapportés dans la littérature, généralement après des périodes relativement courtes (jusqu'à 4 ans) d'administration d'oestrogènes et d'acétate de cyprotérone

(409). Selon la revue de la littérature de Braun et al, sur les 4 cas de méningiomes signalés chez les femmes trans, 3 avaient reçu de l'acétate de cyprotérone (274). Chez une patiente, qui s'est présentée avec 2 tumeurs, 1 lésion aurait nettement diminué en taille et l'autre lésion aurait totalement régressé, 10 mois après l'arrêt de l'acétate de cyprotérone (410). On notera que bien qu'apparaissant dans les recommandations de l'Endocrine Society, l'acétate de cyprotérone n'est plus recommandé au regard de ce risque (49)(401)(402).

COMORBIDITÉS DANS LA POPULATION TRANSGENRE ET DÉFAUTS DE SOINS : UNE REVUE DE LA LITTÉRATURE.

RÉSUMÉ

Introduction

La dysphorie de genre (DG) est un terme utilisé pour désigner la souffrance résultant de l'incongruence entre le genre assigné à la naissance et le genre ressenti. Elle peut être soulagée par la mise en adéquation de l'expression de genre avec l'identité de genre, en passant par une transition sociale, hormonale et/ou chirurgicale. La DG s'accompagne fréquemment de comorbidités psychiatriques et somatiques, peu ou pas prises en charge médicalement. L'objectif de cette revue de la littérature était de décrire l'état de santé des personnes transgenres dans un premier temps. Puis de proposer différentes hypothèses, pouvant expliquer la morbi-mortalité accrue dans cette population, comme le manque d'accès à des soins médicaux.

Méthode

Une revue systématique de la littérature a été réalisée à partir de PubMed avec les mots clefs suivants : gender dysphoria, gender identity disorder, transgender, gender incongruence, transsexualism, comorbidity, health care, health service, mental health.

Les articles retenus étaient ceux concernant les pathologies psychiatriques et somatiques touchant les adultes transgenres. Nous avons également inclus les études sur les facteurs de risque qui exposeraient cette population à un risque accru de certaines comorbidités.

Résultats

La littérature semble montrer une surreprésentation des comorbidités psychiatriques. La population trans serait 2 fois plus touchée par des troubles psychiatriques que la population générale (28,4% pour 13,6%). Ainsi, on retrouverait une surreprésentation de troubles anxio-dépressifs, de tentatives de suicide, de troubles de la personnalité et de troubles de l'usage de substances. Aussi, plusieurs études récentes relèvent une cooccurrence de la transidentité avec des traits autistiques.

Le VIH est la comorbidité somatique la plus étudiée chez les trans. Elle toucherait 13,7% des personnes trans contre une prévalence de 0,6% dans la population générale. D'autres comorbidités physiques seraient également retrouvées plus fréquemment : certains cancers liés aux infections virales, au tabac ou à l'hormonothérapie et certaines maladies cardio-vasculaires.

La mortalité des personnes trans semble plus élevée que dans la population générale (1,5 à 2,8 fois plus élevée en fonction des études). Le suicide en serait la cause principale suivi par le VIH, les maladies cardiovasculaires et la toxicomanie.

Des études sur la transidentité ont mis en avant des hypothèses sur les causes de la morbi-mortalité accrue des trans. Parmi celles-ci on retrouve les conséquences de la stigmatisation, telles que la violence, le harcèlement et la discrimination. Les trans se retrouveraient marginalisés sur le plan socio-économique, légal mais aussi dans le domaine de la santé, ce qui impacte leur possibilité d'accès aux soins. De plus, la littérature tend à montrer une association

significative entre ces facteurs et une morbidité psychique accrue.

Un manque de formation et de sensibilisation des soignants a été relevé. Ces derniers seraient alors en difficulté face à des demandes de prise en charge dont ils ne connaissent ni les spécificités, ni les spécialistes vers qui orienter les patients. L'accès à un prestataire formé sur la transidentité serait l'obstacle le plus signalé aux soins devant l'accès à un spécialiste de la transition.

De plus, si l'état civil de la personne a été modifié, elle sera exposée au risque de ne plus être sollicitée ni remboursée pour les actes de dépistage.

Enfin, il semblerait que l'évitement des soins soit très fréquent dans la population transgenre. 43,8 % des personnes trans n'iraient pas consulter malgré des besoins de soins aigus, 28% pour des soins curatifs et 33% pour des soins préventifs. Les motifs de cet évitement seraient la crainte de la discrimination et les antécédents d'expériences médicales négatives. Les soins urogénitaux sont particulièrement évités. Ils rappelleraient à la personne trans l'existence d'organes ne faisant plus partie de son identité.

On notera que la majorité des données sont issues d'études avec une faible puissance, non contrôlées, limitées dans le temps ou encore faisant l'objet de biais de sélection.

Conclusion

La littérature rapporterait donc une morbi-mortalité accrue chez les adultes transgenres, favorisée par la stigmatisation, le manque d'accès aux soins et à des médecins spécialistes ou sensibilisés à la transidentité. Des perspectives d'amélioration de l'état de santé des personnes transgenres seraient : de rendre l'environnement compatible avec toutes les identités de genre, d'éduquer la population générale à la transidentité, de former le personnel soignant aux soins spécifiques de cette population et de mettre en place une protection légale à l'encontre des discriminations envers les trans.

Mots clés : Dysphorie de genre, transidentité, comorbidités, transition hormono-chirurgicale, réassignation de genre, obstacles d'accès aux soins.

Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'Ecole de Médecine
75270 Paris cedex 06

COMORBIDITIES IN THE TRANSGENDER ADULT POPULATION AND FAILURES IN HEALTHCARE:

A REVIEW OF THE LITERATURE

Introduction

The Gender Dysphoria (GD) is a term used to point a distress coming from the incongruence between the gender assigned at birth and the gender felt. It can be alleviated by aligning gender assigned at birth with gender identity, through social, hormonal, and/or surgical transitioning. GD often is accompanied by somatic and psychiatric comorbidities that are rarely or not at all treated medically. The purpose of this literature review was, at first, to describe the health condition of transgender people. Then to propose various hypotheses that could explain increased morbidity and mortality within this population, including lack of access to medical care.

Method

A systematic overview of the literature was made with PubMed and the following keywords: gender dysphoria, gender identity disorder, transgender, gender incongruence, transsexualism, comorbidity, health care, health service, mental health.

The taken on articles have been those concerning psychiatric and somatic pathologies regarding transgender adults. We also included studies on risk factors that expose this population to greater risk of certain comorbidities.

Results

The literature seems to display an over-representation of psychiatric comorbidities. The transgender population may be twice more impacted by psychiatric disorders than general population. (28.4% to 13.6%). Like this, we seem to have an over-representation of depression-anxiety syndrome, suicide attempts, personality disorders and drugs disorders. Also, several recent studies point a combined occurrence of trans-identity and autistic traits.

HIV is the somatic comorbidity most often studied among trans people. It seems to impact 13.7% of the trans population against a 0.6% prevalence in the general population. Other physical comorbidities may be also found more often: certain cardiovascular diseases or certain cancers linked to viral infection, tobacco use, or hormone therapy.

Mortality among trans people appears greater than in the population at large (1.5 to 2.8 times greater depending on the study). Suicide is the principal cause, followed by HIV, cardiovascular disease, and substance abuse.

Studies of transidentity have advanced hypotheses on the causes of greater morbidity and mortality among trans people. Among the causes advanced are the consequences of stigmatization, such as violence, harassment, and discrimination. Trans people find themselves marginalized socio-economically, legally, and also in the field of health care, which impacts their ability to access care. In addition, the literature tends to show a significant association between these factors and increased psychological morbidity.

Lack of training or awareness of caregivers has been noted. Caregivers often are in difficulty when fielding requests for care where they are unfamiliar with the specifics or specialists to whom patients can be guided. Access to a caregiver trained in transidentity is the most frequently reported obstacle to care before access to a transition specialist.

Besides, if legal documents of the person have been changed to reflect gender identity, the trans person will be exposed to the risk of not being sought out or covered for screening tests.

Finally, it seems that avoidance of care frequently occurs in the transgender population. 43.8 % of trans people do not seek care despite acute needs, 28% for curative care, and 33% for preventive care. The reasons for this avoidance are fear of discrimination and prior negative medical experiences. Uro-genital care is especially avoided, as it reminds the trans person of the existence of organs that no longer form part of their identity.

We note that the majority of data results from studies with low statistical power, no control group, limits on time, or selection bias.

Conclusion

The literature feedbacks a higher morbi-mortality in the transgender adult population, promoted by the stigmatization, the lack of health care access and specialized or sensitized medical doctor over transidentity. The prospects of enhancement of the health state for transgender people would be: to make the surroundings compatible with all kinds of gender identity, trained the general population to transidentity, train the nurses to the specific care of this population and to put in place a legal protection against the trans discriminations.

Keywords: gender dysphoria, transidentity, comorbidities, cross-sex hormone and surgical therapy, gender reassignment, obstacles to access to care.