



**HAL**  
open science

## Cancers hormonodépendants et patient×es×x trans : Quel dépistage proposer en médecine générale ?

Anthony Drobecq

► **To cite this version:**

Anthony Drobecq. Cancers hormonodépendants et patient×es×x trans : Quel dépistage proposer en médecine générale?. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04348644

**HAL Id: dumas-04348644**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04348644v1>**

Submitted on 16 Dec 2023

**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.

Université de Rouen

UFR Santé

**Cancers hormonodépendants et patient·es·x trans :  
Quel dépistage proposer en médecine générale ?**

Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine

Présentée et soutenue publiquement le 26 septembre 2023

Par DROBECQ Anthony

**Jury**

Président : Pr SCHUERS Matthieu

Assesseur.euses : Dr GUILLEMETTE Ségolène – Dr THILLARD Paul

Directrice de thèse : Dr ANGELERI Lucille

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2022 - 2023**

**U.F.R. SANTÉ DE ROUEN**

-----

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESEURS : **Professeur Loïc FAVENNEC**

**Professeur Agnès LIARD**

**Professeur Guillaume SAVOYE**

**I - MEDECINE**

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS**

Mr Frédéric <b>ANSELME</b>	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle <b>APTER</b>	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle <b>AUQUIT AUCKBUR</b>	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc <b>BASTE</b>	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice <b>BAUER</b>	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya <b>BEKRI</b>	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal <b>BENHAMOU</b>	HCN	Médecine interne
Mr Jacques <b>BENICHOU</b>	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Emmanuel <b>BESNIER</b>	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mr Olivier <b>BOYER</b>	UFR	Immunologie

Mme Valérie <b>BRIDOUX HUYBRECHTS</b>	HCN	Chirurgie Digestive
Mme Sophie <b>CANDON</b>	HCN	Immunologie
Mr François <b>CARON</b>	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe <b>CHASSAGNE</b>	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Florian <b>CLATOT</b>	CB	Cancérologie – Radiothérapie
Mr Moïse <b>COEFFIER</b>	HCN	Nutrition
Mr Vincent <b>COMPERE</b>	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas <b>CORNU</b>	HCN	Urologie
Mr Antoine <b>CUVELIER</b>	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas <b>DACHER</b>	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan <b>DARMONI</b>	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre <b>DECHELOTTE</b>	HCN	Nutrition
Mr Stéphane <b>DERREY</b>	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric <b>DI FIORE</b>	CHB	Cancérologie
Mr Fabien <b>DOGUET</b> ( <i>disponibilité</i> )	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean <b>DOUCET</b>	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard <b>DUBRAY</b>	CHB	Radiothérapie
Mr Frank <b>DUJARDIN</b>	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice <b>DUPARC</b>	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric <b>DURAND</b>	HCN	Cardiologie
Mme Hélène <b>ELTCHANINOFF</b>	HCN	Cardiologie
Mr Manuel <b>ETIENNE</b>	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Jean François <b>GEHANNO</b>	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel <b>GERARDIN</b>	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille <b>GERARDIN</b>	HCN	Pédopsychiatrie

M. Guillaume <b>GOURCEROL</b>	HCN	Physiologie
Mr Dominique <b>GUERROT</b>	HCN	Néphrologie
Mme Julie <b>GUEUDRY</b>	HCN	Ophtalmologie
Mr Olivier <b>GUILLIN</b>	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Florian <b>GUISIER</b>	HCN	Pneumologie
Mr Claude <b>HOUDAYER</b>	HCN	Génétique
Mr Fabrice <b>JARDIN</b>	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie <b>JOLY</b>	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal <b>JOLY</b>	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra <b>LAMIA</b>	Havre	Pneumologie
Mr Vincent <b>LAUDENBACH</b>	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Hervé <b>LEFEBVRE</b>	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry <b>LEQUERRE</b>	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie <b>LEROI</b>	HCN	Physiologie
Mr Hervé <b>LEVESQUE</b>	HCN	Médecine interne
Mme Agnès <b>LIARD-ZMUDA</b>	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves <b>LITZLER</b>	HCN	Chirurgie cardiaque
M. David <b>MALTETE</b>	HCN	Neurologie
Mr Christophe <b>MARGUET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle <b>MARIE</b>	HCN	Médecine interne
Mr Jean-Paul <b>MARIE</b>	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Stéphane <b>MARRET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique <b>MERLE</b> ( <i>disponibilité</i> )	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre <b>MICHEL</b>	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoit <b>MISSET</b> ( <i>détachement</i> )	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc <b>MURAINÉ</b>	HCN	Ophtalmologie
Mr Gaël <b>NICOLAS</b>	UFR	Génétique

Mr Christian <b>PFISTER</b>	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe <b>PLANTIER</b>	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier <b>PLISSONNIER</b>	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan <b>PREVOST</b>	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe <b>RICHARD</b> ( <i>détachement</i> )	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent <b>RICHARD</b>	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie <b>RIVES</b>	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace <b>ROMAN</b> ( <i>détachement</i> )	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe <b>SABOURIN</b>	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu <b>SALAUN</b>	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume <b>SAVOYE</b>	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mme Céline <b>SAVOYE–COLLET</b>	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale <b>SCHNEIDER</b>	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian <b>SCHWARZ</b>	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mr Michel <b>SCOTTE</b>	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne <b>TAMION</b>	HCN	Réanimation médicale
Mr Luc <b>THIBERVILLE</b>	HCN	Pneumologie
Mr Sébastien	CB	Radiothérapie
M. Gilles <b>TOURNEL</b>	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier <b>TROST</b>	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques <b>TUECH</b>	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît <b>VEBER</b>	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre <b>VERA</b>	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric <b>VERIN</b>	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric <b>VERSPYCK</b>	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier <b>VITTECOQ</b>	HCN	Rhumatologie
Mr David <b>WALLON</b>	HCN	Neurologie

Mme Marie-Laure **WELTER** HCN Physiologie

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS**

Mme Najate **ACHAMRAH** HCN Nutrition

Mme Elodie **ALESSANDRI-GRADT** HCN Virologie

Mr Kévin **ALEXANDRE** HCN Maladies Infectieuses et Tropicales

Mme Noëlle **BARBIER-FREBOURG** HCN Bactériologie – Virologie

Mme Carole **BRASSE LAGNEL** HCN Biochimie

Mr Gérard **BUCHONNET** HCN Hématologie

Mme Mireille **CASTANET** HCN Pédiatrie

Mr Damien **COSTA** HCN Parasitologie

Mr Pierre **DECAZES** CB Médecine Nucléaire

Mr Maxime **FONTANILLES** GHH Oncologie Médicale

M. Vianney **GILARD** HCN Neurochirurgie

Mr Serge **JACQUOT** UFR Immunologie

Mr Joël **LADNER** HCN Epidémiologie, économie de la santé

Mr Jean-Baptiste **LATOUCHE** UFR Biologie cellulaire

M. Florent **MARGUET** HCN Histologie

Mme Chloé **MELCHIOR** HCN Hépto-gastro-entérologie

M. Sébastien **MIRANDA** HCN Médecine Vasculaire

Mr Thomas **MOUREZ** (*détachement*) HCN Virologie

Mme Muriel **QUILLARD** HCN Biochimie et biologie moléculaire

Mme Laëtitia **ROLLIN** HCN Médecine du Travail

Mme Pascale **SAUGIER-VEBER** HCN Génétique

M. Abdellah **TEBANI** HCN Biochimie et Biologie Moléculaire

Mme Anne-Claire **TOBENAS-DUJARDIN** HCN Anatomie

Mr Julien **WILS** HCN Pharmacologie

**PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE**

Mme Noémie **MARIE** UFR Communication

Mr Thierry **WABLE** UFR Communication

Mme Mélanie **AUVRAY-HAMEL** UFR Anglais

Mme Cécile **POTTIER-LE GUELLEC** UFR Anglais

**II - PHARMACIE**

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES**

Mr Jérémy **BELLIEN** (PU-PH) Pharmacologie

Mr Thierry **BESSON** Chimie Thérapeutique

Mr Jean **COSTENTIN** (Professeur émérite) Pharmacologie

Mme Isabelle **DUBUS** Biochimie

Mr Abdelhakim **EL OMRI** Pharmacognosie

Mr François **ESTOUR** Chimie Organique

Mr Loïc **FAVENNEC** (PU-PH) Parasitologie

Mr Jean Pierre **GOULLE** (Professeur émérite) Toxicologie

Mme Christelle **MONTEIL** Toxicologie

Mme Martine **PESTEL-CARON** (PU-PH) Microbiologie

Mr Rémi **VARIN** (PU-PH) Pharmacie clinique

Mr Jean-Marie **VAUGEOIS** Pharmacologie

Mr Philippe **VERITE** Chimie analytique

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Margueritta <b>AL ZALLOUHA</b>	Toxicologie
Mme Cécile <b>BARBOT</b>	Chimie Générale et Minérale
Mr Frédéric <b>BOUNOURE</b>	Pharmacie Galénique
Mr Thomas <b>CASTANHEIRO MATIAS</b>	Chimie Organique
Mr Abdeslam <b>CHAGRAOUI</b>	Physiologie
Mme Camille <b>CHARBONNIER (LE CLEZIO) (MCU-PH)</b>	Statistiques
Mme Elizabeth <b>CHOSSON</b>	Botanique
Mme Marie Catherine <b>CONCE-CHEMTOB</b>	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile <b>CORBIERE</b>	Biochimie
Mme Sandrine <b>DAHYOT</b>	Bactériologie
Mme Nathalie <b>DOURMAP</b>	Pharmacologie
Mme Isabelle <b>DUBUC</b>	Pharmacologie
Mr Gilles <b>GARGALA (MCU-PH)</b>	Parasitologie
Mme Nejla <b>EL GHARBI-HAMZA</b>	Chimie analytique
Mr Chervin <b>HASSEL</b>	Virologie
Mme Maryline <b>LECOINTRE</b>	Physiologie
Mme Hong <b>LU</b>	Biologie
Mme Marine <b>MALLETER</b>	Biologie Cellulaire
M. Jérémie <b>MARTINET (MCU-PH)</b>	Immunologie
M. Romy <b>RAZAKANDRAINIBÉ</b>	Parasitologie
Mme Tiphaine <b>ROGEZ-FLORENT</b>	Chimie analytique
Mr Mohamed <b>SKIBA</b>	Pharmacie galénique
Mme Malika <b>SKIBA</b>	Pharmacie galénique

### PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile <b>GUERARD-DETUNCQ</b>	Pharmacie officinale
Mme Caroline <b>BERTOUX</b>	Pharmacie officinale
M. Damien <b>SALAUZE</b>	Pharmacie industrielle

### PAU-PH

M. Mikaël <b>DAOUPHARS</b>	Pharmacie
M. Pierre <b>BOHN</b>	Radiopharmacie

### PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde <b>GUERIN</b>	Anglais
----------------------------	---------

### ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

M. Eric <b>BARAT</b>	Pharmacie
M. Guillaume <b>FEUGRAY</b>	Biochimie Générale
M. Henri <b>GONDÉ</b>	Pharmacie
M. Paul <b>BILLOIR</b>	Hématologie
M. Romain <b>LEGUILLON</b>	Pharmacie
M. Thomas <b>DUFLOT</b>	Pharmacologie
Mme Alice <b>MOISAN</b>	Virologie

### ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Chaïma <b>EZZINE</b>	Pharmacologie
M. Abdelmounaim <b>MOUHAJIR</b>	Informatique Bio-informatique
M. Olivier <b>PERRUCHON</b>	Pharmacognosie
M. Maxime <b>GRAND</b>	Bactériologie

## LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile <b>BARBOT</b>	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry <b>BESSON</b>	Chimie thérapeutique
Mr Abdeslam <b>CHAGRAOUI</b>	Physiologie
Mme Elisabeth <b>CHOSSON</b>	Botanique
Mme Marie-Catherine <b>CONCE-CHEMTOB</b>	Législation et économie de la santé
Mme Isabelle <b>DUBUS</b>	Biochimie
Mr Abdelhakim <b>EL OMRI</b>	Pharmacognosie
Mr François <b>ESTOUR</b>	Chimie organique
Mr Loïc <b>FAVENNEC</b>	Parasitologie
Mme Christelle <b>MONTEIL</b>	Toxicologie
Mme Martine <b>PESTEL-CARON</b>	Microbiologie
Mr Mohamed <b>SKIBA</b>	Pharmacie galénique
Mr Rémi <b>VARIN</b>	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie <b>VAUGEOIS</b>	Pharmacologie
Mr Philippe <b>VERITE</b>	Chimie analytique

### III – MEDECINE GENERALE

#### PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (PU-MG) UFR Médecine générale

#### PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mme Lucille **PELLERIN** UFR Médecine Générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

#### MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Julien **BOUDIER** UFR Médecine Générale

Mme Laëtitia **BOURDON** UFR Médecine Générale

Mme Elsa **FAGOT-GRIFFIN** UFR Médecine Générale

Mme Ségolène **GUILLEMETTE** UFR Médecine Générale

Mr Frédéric **RENOU** UFR Médecine Générale

## ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

### PROFESSEURS

Mr Paul <b>MULDER</b> (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su <b>RUAN</b> (med)	Génie Informatique

### MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil <b>ADRIOUCH</b> (med) Inserm 905)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité
Mr Jonathan <b>BRETON</b> (med)	Nutrition
Mme Gaëlle <b>BOUGEARD-DENOYELLE</b> (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine <b>CLEREN</b> (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain <b>FRAINEAU</b> (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline <b>GAILDRAT</b> (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mme Rachel <b>LETELLIER</b> (med)	Physiologie
Mr Antoine <b>OUVRARD-PASCAUD</b> (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric <b>PASQUET</b>	Sciences du langage, orthophonie
Mme Anne-Sophie <b>PEZZINO</b>	Orthophonie
Mme Christine <b>RONDANINO</b> (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Youssan Var <b>TAN</b>	Immunologie
Mme Isabelle <b>TOURNIER</b> (med)	Biochimie (UMR 1079)

**DIRECTEUR ADMINISTRATIF : M. Jean-Sébastien VALET**

*HCN - Hôpital Charles Nicolle*

*HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME*

*CB - Centre Henri Becquerel*

*CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray*

*CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation*

*SJ – Saint Julien Rouen*

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteur-ices et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

## SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis·e à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle à mes devoirs envers toutes les patient·es avec conscience et intégrité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances pour nuire à autrui. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent·e et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis·e dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Recu·e à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ne révélerai à personne ce qui est venu à ma connaissance dans l'exercice de la profession à moins que le·a patient·e ou la loi m'y autorise. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

Que les patient·es et mes collègues soignant·es m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré·e et méprisé·e si j'y manque

## Remerciements

Merci à Anouk d'avoir supporté mes longues heures à parler de thèse et de travail et m'avoir toujours apporté tout ton soutien. Ces deux années ont été lumineuses à tes côtés.

Merci à Alexane pour la relecture longue de ces pages et pour ton regard précieux depuis toutes ces années. Mon regard sur le monde est en partie forgé par le tien.

Merci à Yun pour les heures de travail en commun et pour nos discussions parfois sans queue ni tête

Merci à Lucille de m'avoir fait confiance pour encadrer ta première thèse. Tes conseils ont été inestimables et m'ont permis de cadrer le sujet et de développer correctement ma pensée. Je ne pouvais pas rêver meilleure directrice de thèse.

Merci à fiertés colorées d'avoir accepté de porter votre regard sur mon travail et de m'avoir permis grâce à vos retours d'améliorer ces pages.

Merci à Ségolène d'avoir pris le temps, lorsque j'étais perdu.e au début de ma thèse, de construire avec moi la méthodologie de recherche qui sous-tend l'ensemble du travail et de participer au jury. J'espère que le travail sera à la hauteur de l'intérêt porté.

Merci à Gaëtan de m'avoir aidé à réaliser les algorithmes de recherche et d'avoir pris le temps de répondre à mes demandes de modification régulières au début de l'année.

## Avertissements

### Pour mes adélphes trans :

Cette thèse de médecine générale aborde des sujets sensibles. Nous y parlerons de cancer, de mort, de transphobie, de violences médicales, d'opérations chirurgicales, etc. Leur étude est nécessaire pour espérer améliorer la prise en charge et la qualité des soins qui nous sont fournis, que l'on soit trans, binaires ou non.

### Pour mes collègues :

Cette thèse est rédigée intégralement en écriture inclusive via l'utilisation du point médian, de tournures de phrases épiciènes et l'utilisation d'un vocabulaire spécifique dont vous trouverez les définitions dans la partie prévue à cet effet.

L'utilisation de l'écriture inclusive a pour but de promouvoir à égalité l'ensemble des identités de genre. Lorsque j'aborderai l'ensemble du spectre de genre, y compris non binaire, vous verrez l'utilisation du « · » point médian et du « x ». Ainsi, nous dirons « tous·tes·x nos patient·es·x » lorsque nous souhaitons englober tous les genres. Nous utiliserons également les néopronoms lorsque cela sera nécessaire comme iel et iels, mots de notoriété croissante depuis leur entrée dans Le Robert dictionnaire en 2021. Vous verrez des mots comme adelphe, dont le sens premier est dévié pour correspondre à un besoin lexical de la communauté trans. Ainsi l'adelphité signifiait en anatomie et botanique une relation d'union entre deux objets similaires, des étamines ou des poumons par exemple. Le terme adelphe a repris le sens de sa racine grecque, « frère » et s'est vu conférer une connotation neutre pour désigner désormais le concept de « frère/sœur » sans donner de genre à la personne. Dans les milieux militants trans, il est utilisé pour désigner les autres personnes trans.

Depuis 2015, le Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes promeut l'utilisation de l'écriture inclusive dans les textes officiels.(1) Le DUMG de Rouen commence à l'employer dans la rédaction de ses mails, tout comme l'Université de Toulouse dont les statuts sont écrits en écriture inclusive et qui fournit un guide de rédaction en écriture inclusive.(2), (3)



# Table des matières

<b>REMERCIEMENTS .....</b>	<b>16</b>
<b>AVERTISSEMENTS.....</b>	<b>17</b>
<b>LISTE DES ABREVIATIONS.....</b>	<b>21</b>
<b>RESUME .....</b>	<b>23</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>24</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>25</b>
DEFINITIONS .....	25
RECENSEMENT : COMBIEN DE PATIENT·ES·X ET QUELLES CARACTERISTIQUES PROPRES A CES PATIENT·ES·X ? .....	29
SANTE TRANS : UNE RELATION DIFFICILE AVEC LE CORPS MEDICAL .....	34
IDEES REÇUES .....	35
TRANSITION MEDICALE DE GENRE .....	39
RECOMMANDATIONS FRANÇAISES EN POPULATION GENERALE .....	41
RECOMMANDATIONS ETATSUNIENNES EN POPULATION GENERALE .....	43
POURQUOI UN BESOIN D'UNE PRISE EN CHARGE SPECIFIQUE ? .....	44
<b>MATERIEL ET METHODE.....</b>	<b>50</b>
CRITERES D'INCLUSION.....	50
CRITERES D'EXCLUSION .....	50
SOURCES D'INFORMATION.....	51
SELECTION DES ETUDES .....	51
EXTRACTIONS DES DONNEES .....	52
RISQUE DE BIAIS INHERENT A CHACUNE DES ETUDES.....	52
DEMARCHES REGLEMENTAIRES.....	52
<b>RESULTATS.....</b>	<b>53</b>
GENERALITES.....	57
CANCER DU SEIN .....	60
CANCER DU COL.....	63
CANCER DE L'ENDOMETRE .....	70
CANCER OVARIEN.....	71
CANCER DE LA PROSTATE .....	72
CANCER TESTICULAIRE.....	73
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>74</b>

A PROPOS DE LA THESE : FORCES ET FAIBLESSES .....	74
GENERALITES.....	77
CANCER DU COL.....	89
CANCER DU SEIN .....	96
CANCER DE LA PROSTATE .....	99
CANCER DE L'OVAIRE, DE L'ENDOMETRE ET DU TESTICULE .....	100
AVENIR POUR LA FORMATION ET LA RECHERCHE .....	101
<b><u>CONCLUSION.....</u></b>	<b>106</b>
<b><u>BIBLIOGRAPHIE .....</u></b>	<b>108</b>
<b><u>ANNEXES.....</u></b>	<b>123</b>
ANNEXE 1 – ALGORITHMES DE RECHERCHE .....	123
ANNEXE 2 – GRILLE D'EXTRACTION DES DONNEES .....	125
ANNEXE 3 – ARTICLES RETENUS.....	126
ANNEXE 4 – GUIDES POUR AUTO-PRELEVEMENT VAGINAL.....	128

## Liste des abréviations

ACOG : American College of Obstetricians and Gynecologists

ACS : American Cancer Society

ALD : Affection de Longue Durée

APV : Auto-Prélèvement Vaginal

AUA : American Urologist Association

CCU : Cancer du Col Utérin

CEGIDD : Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CRCDC : Centre Régional de Coordination du Dépistage des Cancers

CSSAC : Centre de Santé Sexuelle d'Approche Communautaire

DPC : Développement Professionnel Continu

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

ECO : European Cancer Organisation

FCU : Frottis Cervico-Utérin

FtM (Female to Male) : désigne une personne dont le genre est masculin mais qui a été assigné femme à la naissance

FLIRT : Front de Libération Intersectionnel Radical Transfem

HAS : Haute Autorité de Santé

hrHPV et HPV : High-risk Human Papilloma Virus (génotypes 16, 18, 31, 33, 68, 45, 52 et 58) et Human Papilloma Virus. Les 2 termes sont utilisés de manière similaire dans cette thèse.

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INCa : Institut National du Cancer

MtF (Male to Female) : désigne une personne dont le genre est féminin mais qui a été assignée homme à la naissance

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

Se : Sensibilité : probabilité qu'un test soit positif si la personne est malade

Sp : Spécificité : probabilité qu'un test soit négatif si la personne est non malade

STRIP : Syndicat Trans des Injecteur·ices Précarisé·es

THS : Traitement Hormonal Substitutif

TS : Tentative de Suicide

USPSTF : US Preventive Task Force

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

VPN : Valeur Prédicative négative : probabilité de ne pas être malade lorsque le test est négatif

VPP : Valeur Prédicative Positive : probabilité d'être malade lorsque le test est positif

WONCA : World Organization of National Colleges Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

WPATH : World Professional Association for Transgender Health

## Résumé

Introduction : Les personnes transgenres, qu'elles soient binaires ou non-binaires, participent moins aux dépistages oncologiques que les personnes cisgenres. Les freins à ces dépistages sont connus : une absence de campagnes inclusives, un manque de formation du corps médical, la transphobie. À cela s'ajoutent les modifications liées aux traitements hormonaux et les facteurs de risques propres à cette population.

L'objectif principal de cette étude est de synthétiser les connaissances et de proposer un schéma de dépistage adapté aux personnes trans pour les cancers hormonodépendants que sont le cancer du sein, le cancer du col de l'utérus, le cancer de la prostate, le cancer ovarien, le cancer testiculaire et le cancer de l'endomètre. Le but est de permettre aux médecins généralistes d'avoir une vue d'ensemble de la question et de faciliter l'adhésion au dépistage.

Méthode : Nous avons conduit une revue de la littérature entre avril et août 2023. Une recherche a été effectuée sur les bases de données que sont PubMed, Cochrane Library, Lissa et Dimension. 1386 articles sont sortis de cette recherche. Après suppression des doublons, nous en comptons 777.

Résultats : 41 articles ont été finalement inclus à notre analyse. Ces articles couvraient majoritairement le cancer du col de l'utérus et le cancer du sein et étaient pour 83% étasuniens.

Discussion : La majorité des recommandations dérivent des guides de dépistage nationaux pour les femmes et hommes cisgenres faute d'étude épidémiologique et de morbidité de grande ampleur dans la population transgenre. Il semble cependant se dessiner un consensus d'experts sur les cancers du col de l'utérus et du sein concernant les patient-es-x cibles et les techniques à proposer. Le programme national de dépistage du cancer du col de l'utérus est à suivre chez les hommes trans et non-binaires, y compris sous testostérone. L'utilisation de l'auto-prélèvement HPV permettrait de doubler la participation au dépistage du cancer du col chez les hommes trans et personnes non binaires. Nous recommandons l'inclusion au programme national de dépistage du cancer du sein des personnes trans dès leurs 50 ans et à partir de 5 ans d'œstrogène pour les femmes trans et personnes non binaires sous traitement hormonal substitutif.

Les modalités d'accueil et la formation des soignant-es-x sont des points tout aussi essentiels au dépistage.

## Abstract

Objective: Transgender people, whether binary or non-binary have lower participation rates of mass screening for neoplasia than cisgender people. Barriers are known: lack of inclusive screening programs, lack of formation during med studies and transphobia. In addition, hormonal treatments provoke body modifications and this specific population has higher risk factors rates.

The aim of this study is to summarize information and propose guidelines to provide a tailored screening for transgender people regarding gendered cancer that are breast cancer, cervix cancer, prostatic cancer, ovarian cancer, testicular cancer and endometrial cancer. The aim is to give general practitioners a better understanding of this care aspect and to promote screening among transgender people.

Materials and methods: We performed a systematic search on PubMed, Cochrane Library, Lissa and Dimension between April and August 2023. 1386 publications were found. After removing duplicates 777 publications remained.

Results: 41 publications were included. They mostly dealt with cervix cancer and breast cancer. 83% were from the United States of America.

Discussion : Most of the guidelines that we found are adapted from national guidelines for cisgender patients, due to a lack of large specific epidemiological and morbidity-mortality studies on transgender people. However, an expert consensus seems to emerge for breast and cervix cancer regarding the target patients and the techniques to offer. National guidelines for cervix cancer need to be followed for trans men and non-binary patients under testosterone. The use of HPV self-swab could double the participation rate. We recommend to follow the national guidelines for breast cancer screening for every transgender person with breasts over 50 and from 5 years of taking oestrogen for trans women and non-binary people under this hormonal treatment.

How we welcome our patients and how we teach health care to the medical staff are two essential aspects of screening as well.

## Introduction

Avant de commencer cette thèse, il nous semblait judicieux d'explicitier le vocabulaire qui sera utilisé afin de s'assurer que toutes les lecteur·ices·x partent avec les mêmes bases et de s'assurer de la compréhension du sujet. Nous commençons donc notre rédaction par un ensemble de définitions.

### Définitions

Les définitions de ce chapitre s'appuient sur plusieurs sources croisées par l'auteur·ice à savoir : « ça veut dire quoi être trans ? » du collectif WikiTrans (4), « une histoire de genre » de l'autrice Lexie (5), « qu'est-ce qu'une communication inclusive » du planning familial (6) et « Hormones et parcours trans » de l'association Outrans.(7) Ces sources sont toutes issues, entièrement ou partiellement, du travail de personnes elles-mêmes trans. Nous considérons qu'elles sont les plus légitimes pour définir qui elles sont ainsi que définir les termes utilisés couramment par leur communauté.

Une **personne transgenre** est une personne dont le genre attribué à la naissance ne correspond pas à son genre. En opposition, une personne **cisgenre** est une personne dont le genre attribué à la naissance correspond à son genre. Nous abrègerons régulièrement les deux termes en « personne trans » et « personne cis ».

Le terme **trans** est un terme parapluie englobant plusieurs identités de genre diverses, il n'y a donc pas de « genre trans » unique. Ce terme regroupe ainsi des identités de genre binaire (femmes et hommes trans) mais aussi des identités vivant différemment sur le spectre du genre. Ainsi, une personne **non binaire** est une personne dont le genre ne correspond ni strictement à un homme ni strictement à une femme. C'est également un terme parapluie englobant :

- Des personnes ne se reconnaissant aucun genre dites agenre
- Des personnes dont le genre intègre des éléments masculins et féminins dites globalement non binaire
- Des personnes dont le genre évolue selon différents paramètres aussi bien chronologiques que personnels que l'on dit genderfluides
- Des personnes dont le genre se situe à mi-chemin sur le spectre dites demi-genres
- Etc.

Comme le rappelle Lexie, ces grandes catégories existent pour conceptualiser des vécus, mais ne sont pas nécessairement utilisées par les personnes elle-même et n'englobent pas toutes les réalités. (5) Certaines approches personnelles ramènent également la non-binarité à une position politique de refus des assignations normatives de genre traditionnel. (8) Il s'agit ici de définition ayant pour but d'appréhender uniquement ces différentes notions mais qui n'ont pas la prétention d'être parfaites. Pour reprendre les termes de Alessandrin dans *Sociologie des transidentités* : « la transidentité est plurielle, toute tentative définitionnelle se solde forcément par la consécration de points aveugles, d'oublis, d'invisibilisation ». (9)

La **transition**, ou une transition car chacune est différente, est un ensemble d'étapes de natures différentes qu'elles soient physiques, administratives, mentales, sociales, intimes, etc. qui permettent à une personne transgenre de vivre socialement, publiquement ou personnellement selon le genre qui est le sien. (5)

La **dysphorie de genre** est l'inconfort voire la souffrance que vivent certaines personnes vis-à-vis de l'inadéquation entre le genre qui leur a été assigné à la naissance et leur genre véritable. Une transition désigne tout acte visant à faire correspondre le genre perçu par l'entourage et son propre reflet avec son genre actuel. Elle peut donc aussi bien désigner une transition médicale (hormonale principalement) que sociale (utilisation d'autres pronoms et d'accords de genre, changement à l'état civil). Toutes les personnes trans n'effectuent pas de transition.

**L'expression de genre** est la façon de se présenter au monde. Elle ne détermine pas nécessairement le genre ressenti. Elle peut varier selon les périodes de vie, les événements, etc.

On parle souvent de **cispassing** pour désigner le fait qu'une personne trans a une expression de genre la faisant passer aux yeux du monde pour une personne cisgenre.

**Deadname** ou morinom au Québec : le terme deadname est celui employé en France. Il désigne l'ancien prénom choisi à la naissance par la famille. Ce prénom a pu être changé socialement ou administrativement par la personne depuis. Ce deadname est fréquemment source de dysphorie car il renvoie au genre attribué à la naissance. Cependant, certaines personnes trans conservent leur prénom de naissance, d'autres encore utilisent plusieurs prénoms dont le prénom de naissance.

**Mégener** est l'action d'utiliser volontairement ou non le mauvais pronom, prénom, genre pour s'adresser à une personne ou pour parler d'elle.

Le terme **queer**, initialement insulte anglophone signifiant « bizarre », est désormais un terme largement utilisé, qui a été réapproprié par la communauté LGBTQIA+ au point d'être une lettre de cet acronyme étendu. Il n'a pas de définition consensuelle mais sert classiquement à s'autodéfinir comme

étant en dehors des normes cisgenres et hétérosexuelles. Il ne peut pas être utilisé comme équivalent de LGBTQIA+ et inversement.

La **transphobie** se définit comme tout acte ou non-acte vecteur d'une aversion envers les personnes trans. Il peut s'agir d'une agression verbale ou physique tout comme du refus de soins parce que la personne est trans. Alessandrin en 2016 découpait la transphobie en 2 éléments (10) :

- La transphobie directe découlant immédiatement d'un rejet de la transidentité
- La transphobie indirecte issue des normes cisgenres et se basant sur l'idée préconçue que chaque personne avec laquelle on interagit doit être cis excluant de ce fait tout vécu trans.

Nous éviterons au maximum dans cette thèse d'utiliser les termes de **amab** (Assigned Male at Birth) et **afab** (assigned Female At Birth) ou **FtM** (Female to Male) ou **MtF** (Male to Female) ces termes renvoyant explicitement la personne à son assignation et donc à la mégenrer. Il nous sera néanmoins parfois nécessaire de les réutiliser pour expliciter certaines positions notamment concernant les personnes non binaires et les besoins en matière de dépistage.

Il semblait être une évidence étant donné le sujet de cette thèse d'utiliser l'écriture inclusive. L'idée est au travers de ses différentes composantes (écriture épiciène, point médian, néologismes, etc.) d'inclure le plus possible l'ensemble du spectre de genre et donc l'ensemble des patient-es-x concerné-es-x par notre travail vise. Ainsi, comme l'exprime le planning familial en 2019 à la suite de résolution d'inclusivité : « Inclure et donner de la visibilité passe par le langage que nous utilisons ». (6)

Le terme de « transsexualisme » n'est pas utilisé dans cette thèse et nous avons fait le choix de ne pas l'utiliser comme mot clef au sein des algorithmes de recherche. Il existe plusieurs raisons à ce choix. La première est que ce terme est abandonné de longue date par les associations et les personnes trans elle-même, le terme renvoyant à une psychiatrisation de leur vécu et à une époque où l'incongruence de genre était considéré comme une pathologie. Ainsi, l'OMS revoit sa position en 2019 lors de la publication de la CIM-11 qui remplace le terme de « transsexualism » présent dans la CIM-10 par « gender incongruence » (incongruence de genre). Cette même version a également permis de sortir la transidentité des « mental and behavioural disorders » (troubles mentaux et du comportement) au profit de la catégorie « conditions related to sexual health » (conditions relatives à la santé sexuelle).(11) (12) Le DSM (Diagnostic and Statistical Manual) dans sa 5<sup>e</sup> version opère un changement majeur lui aussi puisqu'il apporte une précision sur l'incongruence de genre de la façon suivante : « la non-conformité de genre n'est pas en soi un trouble mental », rompant avec des décennies de psychiatrisations de la question. (9)

Il est également à rappeler que la transidentité est une affaire de genre et non de sexe, et que la mention de ce dernier dans le terme « transsexualisme » renvoie nécessairement à une essentialisation du genre par le prisme de l'organe génital en lien avec la notion erronée de « genre biologique ». Il est à noter, que la réappropriation de ce terme par la communauté trans n'a pas eu lieu en Europe et dans les pays anglosaxons, où il est perçu comme une insulte par les concerné·es·x(6),(7) , et que c'est pour cela que nous faisons le choix de l'exclure de cette thèse. Ce terme est néanmoins utilisé par la communauté trans hispanique et notamment brésilienne. (5)

Au cours de cette thèse, l'acronyme LGBTQ+ sera écrit sous plusieurs formes plus ou moins large : LGBT+, LGBTQIA+, LGBTQ2S, etc. Nous réutilisons l'acronyme choisi par les auteur·ices cité·es et nous concernant, nous utiliserons majoritairement le terme LGBTQ+.

L'OMS définit le dépistage dans son « Programme de dépistage – Guide succinct » : « le dépistage est une élémentaire opération de tri. Il fonctionne comme un tamis, qui sépare les personnes probablement porteuses de la maladie de celles qui ne l'ont probablement pas. Un test de dépistage n'est jamais exact à 100 % ; il n'offre pas de certitude, mais seulement une probabilité qu'une personne soit à risque (ou sans risque) pour la maladie en question ». Son objectif est de « détecter les personnes qui, dans une population apparemment en bonne santé, présentent un risque supérieur de contracter une maladie ou un problème de santé, de façon à ce qu'un traitement ou une intervention précoce puisse être offert ». (13) Cette définition est partagée en des termes similaires par la HAS. (14)

Le DUMG (Département universitaire de Médecine Générale) rouennais, en s'appuyant sur la définition de la WONCA (World Organization of National Colleges Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians), caractérise le·la médecin généraliste comme « chargé de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie » et qui « intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle ». (15)

Le mot genre serait ici préférable au mot sexe afin d'englober plus largement la réalité du vécu de nos patient·es·x. Il s'agit cependant de la définition de la WONCA traduite et non celle du DUMG rouennais. Néanmoins cette définition reprend l'une des principales caractéristiques du métier à savoir l'approche centrée sur la personne. La suite de la définition comprend les rôles du / de la médecin généraliste et notamment l' « intervention au stade précoce et non différencié du développement des maladies, pouvant requérir une intervention rapide ». (15) En d'autres termes, cela comprend le dépistage.

Donc, un·e médecin généraliste se doit de proposer et d'assurer un dépistage des différentes pathologies y compris oncologiques, à toute personne peu importe son genre, adapté à chacun·e·x.

Recensement : combien de patient·es·x et quelles caractéristiques propres à ces patient·es·x ?

### Combien ?

Il semble compliqué de réaliser un recensement précis du nombre de personnes trans quand bien même plusieurs études et pays s'y sont essayés.

Ainsi, la Williams Institute aux Etats-Unis avançait le chiffre de 1,6 million personnes transgenres de plus de 13 ans soit 0,6% de la population générale étasunienne dans son étude de 2022. (16)

Le recensement de « Office for National Statistics » de nos voisin·es·x d'outre-manche fait état de 262 000 personnes trans soit 0,5% de la population nationale de plus de 16 ans. (17)

En France, il n'existe pas d'étude estimant le nombre de personnes trans comme le rappelle la HAS dans son rapport de septembre 2022 relatif à la préparation de recommandations pour la transition de genre. (18)

Les données épidémiologiques françaises sur les personnes LGBT sont très récentes. Les premières études remontent aux travaux de Marie-Ange Schiltz et Michael Pollak dans les années 1980 et concernaient presque exclusivement les hommes cis ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes cis (HSH). Il faudra attendre le 21<sup>e</sup> siècle et notamment les années 2010 pour voir émerger des études d'épidémiologie françaises. Malgré tout, la majorité des études mélange les différentes populations LGBT sans se soucier des différences qui composent chaque lettre de l'acronyme. (19)

Dans les données françaises récentes néanmoins, le « rapport relatif à la santé et aux parcours de soin des personnes trans », publié en 2022 par le ministère de la santé, permet de noter une majoration du nombre de personnes ayant bénéficié d'une transition médicale d'un facteur de 10 entre 2013 et 2020. (20) Ce chiffre ne concerne que les personnes trans bénéficiant d'une transition médicale suivie par le corps médical et ne prend en compte ni les personnes trans binaire ou non binaires, ne souhaitant pas transitionner, ou n'ayant pas accès à une transition médicale, ni celles réalisant uniquement une transition sociale, ni même les personnes trans opérant une transition sans suivie médicale, notamment par le biais d'une utilisation autonome d'hormonothérapie.

De plus, ce chiffre ne prend pas en compte le fait que, la dépsychiatriation, certes incomplète, de la transidentité est un fait récent dont la mise en application est toujours en cours, pouvant expliquer un nombre de transitions médicales suivies faible avant 2013 et une augmentation rapide ces dernières années sans pour autant envisager une réelle « multiplication » des personnes trans.

Enfin, selon l'enquête en ligne IPSOS « PRIDE 2023 » réalisée sur un panel d'environ 100 français-es ajusté pour correspondre à la démographie nationale, 10 % des français-es s'identifient comme LGBT+. Sur ces 10%, 1% se disent trans binaires, 1% non binaires ou gender-fluid et 1% ne se considère ni comme femme ni comme homme sans pour autant se définir non binaire (T= 3%). Cette proportion passe à 19% chez les personnes nées après 1997 dont 3% de personnes trans binaires, 6% de non binaires ou gender-fluid et 2% de genre « autre » (T=11%). (21) Ces données semblent plus élevées que les données américaines et britanniques citées précédemment, pouvant laisser supposer une surestimation liée au biais de l'enquête en ligne et de l'auto-déclaratif.

C'est pour cela qu'un recensement sur le territoire national permettrait de faciliter les études épidémiologiques des prochaines années. Il offrirait la possibilité de travailler en connaissant la taille de la population cible.

Burgwal et al ont montré en 2020 dans leur enquête déclarative sur la santé des personnes trans binaires et non binaires que les répondant.es.x non binaires déclarent une santé et un bien-être général moins bon que celui de leurs homologues trans binaires. (22) Cela pourrait s'expliquer par une population plus jeune que leurs homologues binaires, 72% ont moins de 25 ans dans l'étude de Alessandrin (23), et donc une santé mentale négativement impactée par le rejet et l'absence de soutien familial. La non-binarité étant un aspect du genre peu et mal connu du grand public, elles peuvent faire face à davantage de rejet. Ce soutien a été démontré comme étant moins présent pour les personnes non binaires que pour les personnes trans binaires en 2019 par Reisner et al. (24) Ce rejet familial se manifeste par des difficultés relationnelles et des tensions scolaires associées ou pouvant être à l'origine de troubles du comportement alimentaire, d'angoisses scolaires. Il peut également entraîner une appréhension du milieu médical, les discriminations étant encore largement déclarées par les interrogé-es.x. (8)

Il existe une réelle invisibilisation des vécus non binaires dans le domaine médical. Ainsi la HAS écrivait en 2022 : « le cadre [...] ne laissait d'ailleurs quasiment pas de place aux personnes non binaires ». (25) Au vu des précédentes données citées, cette population semble être majoritairement composée de personnes jeunes ayant donc peu de voix médiatiques et avec peu de contacts réguliers avec le corps médical.

## Facteurs de risques oncologiques

Les facteurs de risques évitables de développer un cancer sont connus de longue date : tabagisme, alcool, drogues illicites, surpoids, inactivité physique. On sait également que le faible niveau socio-économique est un facteur de risque de développer un cancer et un facteur de mauvais pronostic lors de la prise en charge d'un cancer.

18% des répondant.es au National Transgender Discrimination Survey de 2017 affirment utiliser ou avoir utilisé l'alcool et/ou d'autres drogues pour faire face à la discrimination subie. (26)

Ryan et al en 2010 montraient une corrélation nette entre l'acceptation par l'entourage du genre et de l'orientation sexuelle de la personne et la consommation de substances (drogue, tabac et alcool). (27) Il existe ainsi une surconsommation de substances chez les personnes dont la transidentité est rejetée par leur entourage.

En 2004, un questionnaire réalisé dans l'état de Californie a permis de mesurer la prévalence du tabagisme à 30,7% chez les personnes trans contre 15,4% dans le reste de l'état. (28) Ce chiffre de 30% est également retrouvé dans le National Transgender Discrimination Survey de 2017 (contre 20% de la population étatsunienne globale). (26)

Cette prévalence du tabagisme chez les personnes trans peut s'expliquer par plusieurs facteurs socio-économiques ou comme un mécanisme de compensation face à des traumatismes passés. Il semble, de plus, pertinent de noter les travaux de Smith et al sur la surconsommation du tabac dans la population LGBT : il a existé aux États-Unis dans les années 90 des campagnes de publicité ciblées vers la communauté LGBT et notamment gay expliquant encore une relative bonne image du tabac et donc une prévalence plus importante du tabagisme dans cette population. (29)

Burkhalter, dans le chapitre dédié au tabac dans le livre « cancer and the LGBT population », rapportait une corrélation possible, entre le tabac et un environnement non accueillant pendant l'enfance et la scolarité. (30)

À l'inverse, une métaanalyse de 2022 réalisée par Cotaina et al ne retrouvait, elle, pas de surconsommation de drogues et d'alcool chez la population trans en comparaison à la population cisgenre. Cette cohorte de plus de 2 millions de personnes comportait presque exclusivement des étasunien·nes·x. Il existe cependant bien une surconsommation de tabac chez la population transgenre en comparaison à leurs homologues cis.(31) La seule étude européenne incluse à cette métaanalyse montrait en revanche une plus faible proportion d'usager·es·x drogues et d'alcool chez les personnes trans entre 14 et 25 ans que chez les espagnol·es·x cisgenre inclus·es·x du même âge. (32)

Cosne retrouve dans sa cohorte de 445 personnes trans une proportion de fumeur·euses·x actif·ves·x de : 36% des hommes trans qui fument, 28% des personnes non binaires et 24% des femmes trans. Sur la même période la prévalence de tabagisme en France était d'un quart des 18-75 ans selon Santé Publique France. (33) Il semble donc exister une faible sur prévalence du tabagisme dans la communauté trans notamment en lien avec un taux de tabagisme actif important chez les hommes trans. Il n'existe néanmoins pas d'étude comparative appareillée sur les facteurs confondants (niveau socioéconomique et âge notamment)

Dans la même étude, Cosne rapporte que 50% des répondant·es·x ont consommé de l'alcool une fois dans la semaine précédant le questionnaire contre 40% en population générale. 32% de cette même cohorte consomme occasionnellement ou régulièrement des substances illicites. (34) A titre de comparaison, en 2021, 11% des 18-64 ans ont consommé du cannabis dans l'année et 2% pour l'ensemble des autres drogues illicites selon l'Observatoire Français des Drogues et des Tendances Addictives (OFDT). (35)

Concernant le surpoids et l'obésité, il ne semble pas exister de surrisque propre : 37,5% des personnes interrogées par Cosne étaient en surpoids ou obèses contre 50% de la population française générale. 22,7% n'avaient pas d'activité physique régulière ce qui est équivalent à la population générale selon la même thèse. (34)

De la même manière, il est également prouvé que les facteurs socioéconomiques (revenus et éducation entre autres) sont des facteurs de risque de développer un cancer, d'avoir un cancer diagnostiqué à un stade plus avancé et de surmortalité liée aux cancers. Ainsi, Coughlin, en 2019, à la suite d'une méta-analyse de la littérature, concluait que « les déterminants sociaux comme la pauvreté, le manque d'éducation, la zone d'habitation, la ségrégation raciale du lieu d'habitation, le manque de support social et l'isolement jouent un rôle important dans le diagnostic et la survie » du cancer du sein. (36)

La littérature issue de méta-analyses et de revues systématiques retrouve également une corrélation en population générale entre :

- un faible niveau socio-économique dans l'enfance et le risque de cancer du poumon à l'âge adulte ainsi qu'une corrélation entre le risque du poumon et le niveau d'étude (Zou et al (37))
- un faible niveau socio-économique à l'âge adulte et la gravité de présentation du cancer du pancréas et les chances de survie (Petric et al (38))
- L'incidence du cancer du poumon et le niveau socio-économique même après ajustement sur la consommation de tabac (Hovanec et al (39))

- Le faible niveau d'étude et la gravité des cancers de l'ovaire à leur diagnostic (Praetegaard (40))
- L'incidence du cancer du sein et le revenu moyen par zone résidentielle (Akinyemiju et al (41))
- La mortalité globale par cancer et le niveau socioéconomique dans l'enfance (Galobards et al (42)).

Le Canada est l'un des rares pays à avoir des données socioéconomiques concrètes sur les personnes LGBT. Selon l'Enquête sur la Sécurité des Espaces Publics et Privés de 2018, les personnes LGBTQ2+ sont surreprésentées dans les catégories à faible revenu : 41% ont moins de 20000 dollars canadiens par an contre 20% de leurs homologues cis hétéros. (43) Preuve supplémentaire du faible niveau socioéconomique de la communauté LGBT au Canada, selon la même enquête, 30% des personnes LGBT dépensent plus d'un tiers de leurs revenus dans leur loyer contre 22% du reste du pays et elles sont plus nombreux·ses·x à vivre dans des logements jugés insalubres.

Aux États-Unis, 26% des personnes trans rapportaient avoir perdu leur travail à la suite de l'annonce de leur transition et 19% se sont retrouvées Sans Domicile Fixe selon le National Transgender Survey de 2015. Cela nous permet de tracer une ligne entre la discrimination subie et la précarité de la population trans. (44) L'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) rapporte, elle aussi, un lien direct entre la stigmatisation subie des personnes trans et la précarité matérielle qui les touche. (45)

En France, le travail de Dr Cosne pour sa thèse d'exercice permet d'avoir une image d'ampleur de différents paramètres sociologiques avec une cohorte de presque 500 personnes trans interrogé·es·x. (34) Dans ce groupe, 24,3% n'ont pas d'activité professionnelle et 4% ont un travail non déclaré, principalement de travailleur·euses·x du sexe. 34% déclarent rencontrer des difficultés financières. Dans une enquête de 2014 par Espineira et Alessandrin, 19,5% des actifs·ves·x trans interrogé·es·x sont au RSA, 28% ont perdu leur travail du fait de leur transidentité. (46)

Il existe un lien entre antécédents de pathologies psychiatriques et cancer. Dans une méta-analyse, Wang et al ont démontré le lien entre antécédent de dépression ou de syndrome anxieux diagnostiqué et une augmentation de l'incidence des cancers. Elles retrouvaient également une plus faible chance de survie. (47) L'association entre dépression et faible survie est également retrouvée par Pinguart et al (48), l'association entre dépression et incidence de cancer est quant à elle retrouvée par Jia et al. (49)

Les personnes trans ont une sur représentation de pathologies psychiatriques. Ainsi l'étude « Pulse » canadienne retrouvait 1 tentative de suicide dans l'année toutes les 20 personnes trans. (50)

Une étude américaine retrouvait un taux de 43% d'antécédent de dépression, pour 36% d'antécédents d'idées suicidaires et 10% de tentative de suicide (TS), sur l'année écoulée. (51)

Cosne retrouvait une prévalence des idées suicidaires sur l'ensemble de la vie de 89% des interrogé-es-x. 42% ont eu des idées suicidaires au cours des 12 derniers mois, 42% ont déjà fait une tentative de suicide, dont 22% au cours de l'année passée (9% du total). Il existe 3 à 7 fois plus de stress posttraumatique et 10 fois plus d'idées suicidaires, 5 fois plus de tentatives de suicide au cours de la vie et 20 fois plus au cours de l'année que dans la population générale. (34)

Cette surreprésentation de pathologies dépressives s'explique par de nombreux facteurs entourant la transidentité. Il s'agit d'une population plus précaire, victime d'une transphobie généralisée importante sujette de ce fait à de nombreuses violences dans la sphère publique comme privée, et qui présente une consommation de substances licites et illicites majorées dont on connaît les effets sur le risque dépressif et suicidaire. Il serait faux de penser que c'est la transidentité en elle-même qui provoque la dépression ou que la dépression provoque la transidentité.

Le Virus de l'Immunodéficience Humaine est un facteur de risque oncologique important et dans notre cas un facteur de risque de cancer du col de l'utérus. (52) La prévalence de la séropositivité aux Etats-Unis chez les personnes trans serait de 9% (14% femmes trans et 3% hommes trans). (53) En France, 0,7% des découvertes de séropositivité entre 2012 et 2020 concernaient une personne trans soit 253 découvertes : 87% sont des femmes trans avec pour un tiers un contexte de travail du sexe. (54) En 2021, Santé Publique France estime que 2% des découvertes de VIH étaient des personnes trans. (55) Dans le rapport 2011 de l'association Chrysalide, 2% des personnes trans interrogé-es-x se savent séropositives soit 2 fois plus que la population générale en 2011. (56) L'écrasante majorité des cas de VIH de cette population semble concerner les femmes trans. Il n'existait ainsi que 33 cas de séropositivité découverte chez un homme trans entre 2012 et 2020.

### Santé trans : Une relation difficile avec le corps médical

Assez tôt, les associations trans ont réagi au manque de données sociodémographiques et ont essayé elles-mêmes d'en produire. On pensera par exemple au rapport « santé trans 2011 » de l'association lyonnaise Chrysalide qui par le biais d'un auto-questionnaire réalisé par 187 personnes trans relevait déjà un rapport complexe avec le corps médical. Ainsi 35% des interrogé-es-x rapportaient avoir renoncé aux soins par crainte des préjugés du corps soignant et 75% déclaraient avoir été mal à l'aise avec un-e médecin en raison de leur transidentité dont 57% d'entre eux étaient génés-x par

l'attitude du/de la médecin. (56) Ce chiffre de 75% est repris par la HAS en 2020 dans son rapport d'analyse « sexe, genre et santé ». (57)

Ce chiffre se rapproche de celui retrouvé par Alessandrin en 2018 avec 65% des personnes trans interrogées qui ont eu le sentiment d'avoir été discriminé au cours de leurs entretiens de santé. (9)

Selon une thèse lilloise de 2022, sur 59 médecins généralistes interrogé-es-x, 45% prenaient en charge au moins une personne transgenre dans leur patientèle et presque 90% n'avait pas eu de formation spécifique sur leur prise en charge. (58)

Nous retrouvons une prévalence de transphobie médicale plus faible mais néanmoins toujours préoccupante dans un article de la revue Prescrire avec ¼ des personnes trans interrogé-es-x rapportant une expérience négative avec des soignant.es en raison de leur transidentité. (59)

Dans la thèse de Dr Cosne nous retrouvons que 75% des personnes trans rapportent des violences basées sur leur transidentité, 50% en lieu de soin, 51% dans un lieu publique, 38% à l'école, 34% au travail.

45% déclaraient éviter les lieux de soins par peur de la transphobie dont 86% rapportaient de la transphobie de la part de médecin, 47% de médecins généralistes précisément. Les hommes trans et les personnes non binaires de cette étude rapportent significativement plus de transphobie médicale que les femmes trans. (34)

Martin Blais dans sa conférence pour le Paris gay games 2018 résumait la situation ainsi : L'hétéronormativité affecte non seulement l'organisation du système de santé mais aussi les habitudes et attitudes à la fois des soignant.es et des populations LGBT.

## Idées reçues

### Détransition et regret

Selon le rapport du « *U.S transgender Survey 2015* » paru l'année suivante, seuls 8% des personnes ayant commencé une transition l'ont arrêtée à un moment donné. Seul 0.4% de la population totale étudiée a détransitionné.e car elles ne se retrouvaient finalement pas dans une transition de genre. La majorité des cas de détransition sont liés : à la pression d'un proche (36%), la transphobie subie (31%), les difficultés à trouver un emploi (29%). (60)

Sur le même thème, il n'existe pas de regret post chirurgie d'affirmation de genre. Bustos et al retrouvaient dans leur méta-analyse une prévalence de 1% de personnes qui regrettent une chirurgie

dans le cadre d'une transition. (61) Concernant les top surgery, Bruce et al ne retrouvent aucun regret 2 ans après la chirurgie dans leur étude. (62) Nous notons que la littérature est très pauvre au sujet du taux de regret de chirurgie esthétique chez les personnes cisgenres après avoir cherché d'autres exemples pour comparer les chiffres. Cette question ne semble finalement viser que les personnes trans dont on remet systématiquement en question les décisions.

### Genre et attirance

Il n'existe pas de lien direct entre identité de genre et attirance romantique ou sexuelle. Cette idée est issue de la norme hétérocisgenre : il est attendu pour une personne transmasculine d'être attirée par les femmes et d'une personne transfeminine d'être attirée par les hommes. Il s'agit d'une idée absolument fautive ne se basant sur aucune données probantes. (23) Elle se rapproche des anciennes normes des équipes médicales pour lesquelles l'hétérosexualité des patient-es était attendue pour une transition « complète ». (9)

### Psychiatisation

La transidentité n'est pas une pathologie psychiatrique. Elle a été retirée de la liste des affections psychiatriques par un décret paru au Journal Officiel en 2010. En 2019, l'OMS retire à son tour la transidentité de la liste des maladies psychiatriques.

### LGBTphobies

Les LGBTphobies sont encore très répandues. En 2019, l'association de recherche et d'études sur la santé, la ville et les inégalités, ainsi que l'observatoire bordelais de l'égalité et la mairie de Bordeaux ont réalisé une enquête sur les LGBTphobies dans l'espace public ayant récolté 1643 réponses. 83% des personnes répondant ont déclaré avoir subi un événement LGBT-phobe dans l'année. Cette étude met aussi en lumière que chaque groupe de l'acronyme LGBT ne vit pas à la même intensité/fréquence/gravité les actes LGBTphobes. Ainsi les personnes trans binaires, non binaires ou queers déclarent le plus d'actes et d'actes cumulés et cela peu importe le type d'agression subie (regards insistants, commentaires indésirables, injures, menaces physiques, coups, exhibitionnisme, tentatives de viol et viols). (63)

Le 6 juin 2023, l'association américaine Human Rights Campaign déclare l' « état d'urgence » pour les personnes LGBTQ+ américaines en réaction face aux 525 lois jugées anti LGBT passées dans différents états du pays en 2023. (64)

L'association SOS homophobie dans son rapport 2023 sur les LGBT+phobies rapporte une augmentation d'actions transphobes de 35% entre 2020 et 2022. (65) Cette hausse est confirmée cette année par le ministère de l'intérieur qui retrouve une majoration de 13% des actes LGBT+-phobes

entre 2021 et 2022 et de 129% et 115% pour respectivement les crimes et les délits entre 2016 et 2022. (66)

La commission nationale consultative des droits de l'Homme dans son rapport « orientation sexuelle, identité de genre et intersexuation » de l'égalité à l'effectivité des droits » de 2022 rapporte que : « les inégalités sociales de santé que vivent les personnes LGBTI+ trouvent leurs racines dans l'hétérosexisme et la persistance de discriminations et de stigmatisations systémiques (homophobie, lesbophobie, transphobie), qui façonnent les parcours de vie, le bien-être psychologique, la capacité de créer un réseau de soutien ou l'accès et le recours à la prévention et aux soins ». (67)

En 2021, un des bulletins épidémiologiques de Santé Publique France soulignait à quel point la stigmatisation des minorités LGBT constitue un des déterminants clef de santé. (68)

L'ensemble de la transphobie sur les différents plans de la vie d'une personne peut être rapproché du concept de « stress minoritaire ». Ce concept est défini par le fait qu'une personne appartenant à un groupe minorisé est à risque de détresse psychologique. Cette détresse est issue de son exposition à des facteurs de stress spécifiques et chroniques résultant de son statut désavantagé dans la société. Cela s'explique en partie par le fait que les normes culturelles d'une société ne sont pas superposables à celles du groupe minoritaire : la stigmatisation et la discrimination qui en découlent fragilisent d'autant plus la population concernée.

### Réassignation de sexe

Seulement 8 % des personnes transmasculines ont eu recours à une hystérectomie selon le Transgender Survey de 2015 du National Center for Transgender Equality. (44) Ce chiffre est également retrouvé par Cosne chez qui 9% des répondant-es-x transmasculin-es-x de son étude avaient eu recours à une chirurgie génitale (peu importe laquelle) contre 17% des femmes trans et 4% des personnes non binaires. (34) De ce fait, la majorité des personnes transmasculines est éligible à un dépistage du cancer du col de l'utérus.

### Un « phénomène trans » ?

Il plane depuis plusieurs années l'idée que le nombre de personnes trans aurait décuplé récemment. Comme nous l'avons vu précédemment, les études épidémiologiques sur le sujet sont récentes et il existe assez peu de recul pour comparer les chiffres entre années. En revanche, il semble exister une libération progressive de la parole trans nous donnant une visibilité plus importante aujourd'hui qu'avant et nous exposant davantage à la transphobie. Cette parole permet de donner des représentations à des personnes encore en questionnement sur leur genre et facilite leur prise de conscience ou leur affirmation d'eux même pouvant tendre à augmenter artificiellement les chiffres.

En somme, nous ne sommes probablement pas plus nombreuses que par le passé mais plus présent·es publiquement.

En 2022, Tugaye et al publie dans la revue de Santé Publique une étude se basant sur l'évolution du nombre de personnes en Affection de Longue Durée (ALD) pour dysphorie de genre (code CIM F64). Les auteurices travaillant toutes pour la Caisse National d'Assurance Maladie (CNAM) constatent ainsi une majoration d'un facteur de 8,66 entre 2013 et 2020, plus importante chez les catégories d'âge plus jeune, atteignant une augmentation d'un facteur de 27 chez les mineur·es·x. (69) Or, comme le rappelle cette étude dans sa discussion, cette augmentation a plusieurs explications possibles, et aucune n'est lié à une véritable « démultiplication » de la transidentité. La plupart rejoignent notre paragraphe précédent. Ainsi Tugaye et al avancent que l'augmentation peut s'expliquer par une augmentation de la visibilité des personnes trans associée à une majoration des informations disponibles sur les parcours de transition pour les concerné·es·x, une déstigmatisation, une meilleure connaissance des patient·es·x et du monde médical sur les possibilités de transition. Elles évoquent également le changement législatif de la procédure de modification de la mention de genre auprès de l'état civil en 2016, devenue plus accessible, année où leur étude constate la plus forte hausse. (69)

L'augmentation particulièrement importante chez les jeunes peut continuer de s'expliquer par un impact probablement plus important de la déstigmatisation et l'hypothèse qu'il est plus simple de changer tôt de genre plutôt que lorsque l'on a une vie maritale, familiale et professionnelle déjà constituée autour de l'identité du genre attribué à la naissance. (69)

Nous avancerons par ailleurs que la déstigmatisation doit probablement permettre un accès plus simple à une transition de genre chez les mineur·es·x grâce une plus grande acceptation des parents ayant l'autorité légale et d'autre part grâce à une plus grande acceptation du corps médical qui historiquement avec la psychiatrisation de la transidentité considérait les mineur·es·x comme n'étant pas aptes à décider pour elleux-mêmes (nous n'avons néanmoins pas d'étude chiffrée pour confirmer ces hypothèses).

Alessandrin parlait à ce propos de « phénomène de rattrapage » devant l'augmentation artificielle du nombre de personnes trans. (9)

## Transition médicale de genre

La transition est un ensemble d'étapes visant à être en adéquation avec le genre qu'est le sien. Elle ne correspond donc pas uniquement à une transition médicale et une transition médicale n'est pas une étape nécessaire pour être une personne trans. Il n'existe pas de transition « type », chaque personne ayant un besoin différent dans son parcours, ce dernier pouvant évoluer au fur et à mesure de la vie. Une transition médicale n'implique pas nécessairement de chirurgie et encore moins de chirurgie de réassignation de sexe qui concerne finalement une minorité de personnes trans. Une transition médicale n'a pas non plus pour but absolu que l'ensemble des personnes trans aient un cispassing. Il ne s'agit pas du souhait de l'ensemble de nos adelphe.s et l'idée n'est pas que la médecine « normalise un corps qui sort des normes », reproche adressée par Alessandrin et al aux anciens parcours pluridisciplinaires de transition. (23)

Il existe néanmoins plusieurs grandes catégories de transitions médicales disponibles et quelques guides pour faciliter leur réalisation. Nous rappelons ici ces différentes grandes lignes, de manière non exhaustive et uniquement avec comme idée de permettre une compréhension plus simple de cette thèse où ces notions seront abordées de nombreuses fois. Pour ce faire nous nous basons sur plusieurs sources dont la fiche pratique des docteur.es Dergham et Charles (70), le guide de l'association OUTrans (71), le wiki trans ainsi que la 8<sup>e</sup> version du Standard Of Care de la WPATH (World Professional Association for Transgender Health). (72)

Ainsi, nous parlerons ici de traitements masculinisants et de traitements féminisants pour parler des transitions de genre médicales disponibles.

Les **traitements masculinisants** sont majoritairement représentés par la testostérone sous toutes ses formes, la chirurgie du torse ou torsoplastie dite couramment « top surgery » et les chirurgies génitales. On retrouvera également possiblement des progestatifs et contraceptions en continu et des antigonadotrophiques utilisés afin de suspendre les menstruations et de limiter la production d'hormones dites féminines. La testostérone est majoritairement prescrite en France sous sa forme injectable intra-musculaire qu'est l'Androtardyl R à une fréquence d'une injection toutes les 2-3 semaines. Les formes orales et transdermiques existent mais ne sont que très rarement choisies par les personnes trans et peu proposées par les médecins car non remboursées par la sécurité sociale.

La top surgery, raccourcie parfois en mastectomie/mammectomie, est une opération qui consiste à aplatir le torse dans un but de masculinisation ou de déféminisation du tronc. Il s'agit d'une opération qui n'a pas pour but de retirer l'ensemble de la glande mammaire contrairement aux mastectomies prophylactiques (dans les mutations BRCA par exemple), il persiste donc de la glande mammaire et

donc un risque de cancer du sein. Les 2 techniques les plus courantes consistent soit en une incision horizontale avec greffe secondaire du mamelon, soit une incision pérिमamelonnaire, les 2 visant à retirer suffisamment de tissu sous-jacent pour donner un aspect plat au torse. Nous utiliserons principalement le terme de top surgery dans cette thèse, n'étant pas stricto sensu une mastectomie.

39% des hommes trans de la cohorte de Cosne en 2021 ont bénéficié d'une chirurgie du torse. (34)

Les **traitements féminisants** sont principalement l'œstrogène sous diverses formes pour la féminisation des caractères sexuels secondaires, les anti-androgènes pour réduire les taux de testostérone. L'œstrogène en France est principalement prescrite sous la forme transdermique comme les gels (Oestrogel R) ou les patchs. L'autre forme prescriptible en France est la forme orale avec l'éthinylestradiol ou la 17 beta estradiol. La dernière forme, de commercialisation interdite en France mais dont les circuits alternatifs pour se procurer sont courants, est la forme intra-musculaire (valérate d'estradiol, estradiol enanthate ou cypionate d'estradiol). Les personnes passent le plus souvent par l'importation du médicament acheté à bas coût sur des sites spécialisés. La forme en gel est la forme avec le moins de risque thromboembolique suivie par la forme injectable puis la forme per os. Il est recommandé l'utilisation exclusive de la forme transdermique chez les patientes·x de plus de 45 ans ou avec des antécédents de maladie thrombo-embolique veineuse. La progestérone n'a pas montré de vrais bénéfices sur la répartition des graisses et donc la pousse mammaire selon la WPATH.

Parmi les autres actes de transition courant on retrouve la pose d'implants mammaires, l'épilation au laser, les chirurgies de la pomme d'adam, les chirurgies de féminisation faciale et en dernier les chirurgies néovaginales et orchidectomie.

En aout 2023, les collectifs et associations Fransgenre, Chrysalide, SOS homophobie, le refuge, Frisse, Collectif Fiertés en Lutte Lyon et le centre LGBTI+ de Lyon cosignent un communiqué sur le refus de prise en charge des transitions par les CPAM qui invoquait comme raisons de refus : « absence de suivi depuis plus de 2 ans par une équipe pluridisciplinaire, actes relevant de la chirurgie esthétique, absence de suivi psychiatrique ». Ces actes sont jugés discriminatoires par ces associations et un recours en justice récent leur a permis d'obtenir gain de cause pour la prise en charge d'une mammectomie d'une personne en Rhône-Alpes, prise en charge initialement refusée par la CPAM. Un recours national est donc lancé par les associations. (73) Cet exemple montre bien la complexité du parcours et les difficultés toujours présentes qu'ont les personnes trans à pouvoir bénéficier de leurs droits.

Il existe une ALD pour la transition de genre, l'ALD CIM F64 pour « dysphorie de genre » qui prend en charge les consultations et les chirurgies mais exclu les THS car les THS sont prescrits hors AMM dans cette indication, chez les personnes n'ayant pas modifié leur genre à l'état civil. (69) Mais comme

précise l'association OUTrans dans son guide, en se basant sur un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales, il n'existe pas de réelles difficultés au remboursement de l'hormonothérapie, la mention « hors AMM » n'étant en pratique que peu mentionnée sur les ordonnances et les pharmaciennes n'étant que peu au fait de la classification hors AMM des THS, le remboursement dépend finalement des CNAM locales qui ne font pas toutes la vérification avec le genre inscrit dans leur base de données.

Les difficultés administratives, de remboursement, d'accès aux soins et de transphobie du corps soignant sont tout autant de raisons de l'existence de transition auto-gérée.

La transition de genre et notamment médicale est importante car elle permet d'améliorer le bien-être notamment psychique des personnes trans. Ainsi, 66% des personnes trans interrogées par Cosne déclarent une amélioration de leur bien être après le début d'une hormonothérapie. (34) Ces données sont cohérentes avec la littérature internationale. Ruppin et Pfäfflin trouvaient en 2015 déjà une corrélation positive entre une transition de genre et le bien-être des bénéficiaires sur un suivi de 10 ans. (74) Almazan et Keuroghlian montraient une corrélation entre la chirurgie d'affirmation de genre et l'amélioration de la santé mentale. (75) Foster Skewis et al montraient aussi une amélioration du bien-être par l'hormonothérapie en plus d'un meilleur fonctionnement social défini par le Angioedema Quality of Life (AE-QoL) utilisé en recherche pour mesurer la qualité de vie. (76)

### Recommandations françaises en population générale

Les recommandations retranscrites dans cette partie sont issues de la Haute Autorité de Santé (HAS). Depuis mai 2018, la HAS recommande le schéma suivant pour le dépistage du cancer du col de l'utérus (77) :

- De 25 à 29 ans réalisation d'un frottis cytologique tous les ans jusqu'à obtention de deux frottis normaux permettant la réalisation d'un frottis tous les 3 ans. (Donc en l'absence d'anomalie, la réalisation d'un FCU à 25 ans, à 26 ans et à 29 ans)
- De 30 à 65 ans réalisation d'un dépistage hrHPV uniquement, à débiter 3 ans après le dernier examen cytologique puis tous les 5 ans si le test est négatif. Concernant ce dépistage des HPV à haut risque, la HAS recommande depuis 2019 l'utilisation d'auto-prélèvement HPV (APHPV) chez les femmes ne participant pas au dépistage habituel et à partir de 30 ans en prenant en compte les limites d'un manque d'étude sur la fiabilité et l'acceptabilité. Ainsi une femme de plus de 30 ans n'ayant pas réalisé un dépistage HPV comme prévu par les recommandations peut se voir proposer la réalisation d'un APHPV (78)

Concernant le cancer du sein, la HAS recommande une mammographie tous les 2 ans de 50 à 74 ans chez les femmes à risque jugé standard. Depuis avril 2023, la HAS recommande l'utilisation d'une

mammographie par tomosynthèse à condition qu'elle soit systématiquement associée à une reconstruction 2D artificielle. En attendant la mise en place de cette technique sur l'ensemble du territoire, la mammographie standard reste un examen recommandé. (79)

En fonction du type de surrisque il existe plusieurs recommandations :

- En cas d'antécédent personnel de cancer du sein la HAS recommande la réalisation d'un examen clinique tous les 6 mois pendant 2 ans et d'une mammographie annuelle après la rémission.
- En cas d'irradiation thoracique à haute dose, il est recommandé de réaliser un examen clinique annuel 8 ans après la fin de l'irradiation et au minimum chez une patiente >20 ans ET une IRM mammaire annuelle 8 ans après la fin de l'irradiation et au plus tôt à l'âge de 30 ans ET une mammographie annuelle pouvant être elle-même complétée par une échographie
- En cas d'antécédent personnel d'hyperplasie mammaire, il est recommandé une mammographie annuelle pendant 10 ans.
- En cas d'antécédent familiaux avec un score d'Esinger >3, la HAS recommande la réalisation d'une consultation d'oncogénétique afin de déterminer le niveau de risque et la conduite à tenir.

(78)

Concernant le cancer de la prostate, la HAS a rappelé en 2013 l'inutilité d'un dosage de PSA en population générale ET en population avec un surrisque oncologique en lien avec une fiabilité insuffisante (VPP= 30% et Se comprise entre 20 et 70%). Le toucher rectal présente aussi des performances insuffisantes pour le conseiller dans le cadre du dépistage (VPP= 30% et Se entre 33 et 58%). (80) Il n'existe donc pas de recommandations nationales en faveur d'un dépistage organisé du cancer de la prostate.

Il n'existe pas de recommandations nationales pour organiser un dépistage des cancers des ovaires, de l'endomètre ou des testicules.

## Recommandations étatsuniennes en population générale

Nous présentons dans l'introduction les recommandations de sociétés scientifiques étatsuniennes en matière de dépistage des cancers que nous étudions car l'écrasante majorité des articles que nous présentons dans la partie résultats sont issus de recherches faites sur le continent nord-américain.

Aux Etats-Unis d'Amérique, les recommandations suivies sont celles de l'American Cancer Society (ACS), de l'American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG), l'American Urologic Association (AUA) et de l'US Preventive Service Task Force (USPSTF)

Ces recommandations sont affichées ici sous forme de tableau pour permettre des aller-retours plus simples au cours de la lecture de cette thèse.

	ACS	USPSTF	ACOG	AUA
Col	Dépistage hrHPV tous les 5 ans de 21 à 65 ans inclus. Un FCU tous les 3 ans sur la même période est jugé acceptable même si ce n'est pas la proposition retenue par l'ACS	FCU tous les 3 ans de 21 à 29 ans puis choisir entre : FCU tous les 3 ans OU dépistage hrHPV tous les 5 ans OU dépistage combiné tous les 5 ans, jusqu'à 65 ans	FCU tous les 3 ans de 21 à 29 ans puis dépistage combiné hrHPV et FCU tous les 5 ans jusqu'à 65 ans	
Sein	Mammographie annuelle de 45 à 54 ans puis tous les 2 ans jusqu'à ce que l'espérance de vie soit <10 ans	Mammographie tous les 2 ans de 50 à 74 ans	Mammographie annuelle à partir de 40 ans et jusqu'à ce que l'espérance de vie soit <10 ans	
Prostate	PSA tous les 2 ans à partir de 50 ans et jusqu'à ce que l'espérance de vie soit <10 ans. PSA tous les ans si le taux de base >2,5ng/mL Réaliser une biopsie si PSA >4 ou si PSA>2,5 et plusieurs facteurs de risque	De 55 à 69 ans, décision partagée avec le patient des risques et bénéfices attendus d'un dosage de PSA, à réaliser si le patient souhaite après explications un dosage de PSA.		De 55 à 69 ans tous les 1 à 2 ans, discussion avec le patient et évaluation du risque individuel avant de proposer le dosage du taux de PSA.

Table 1 – résumé des recommandations étatsuniennes de dépistage des cancer du col, du sein et de la prostate en population générale avec un risque oncologique standard.

## Pourquoi un besoin d'une prise en charge spécifique ?

### Epidémiologie différente

L'épidémiologie diffère entre les personnes transgenres et les personnes cisgenres. Le traitement hormonal peut modifier certains risques médicaux et les deux populations présentent des critères sociodémographiques et médicaux différents. Les critères de fréquence, méthode et population cible de ces dépistages reposent sur ces données d'épidémiologie.

Aux Pays-Bas, De Block et al ont réalisé une étude de cohorte rétrospectives nationales incluant 2260 femmes trans et 1229 hommes trans. (81) Concernant le cancer du sein cette étude a permis de montrer que les femmes trans sont plus à risque que les hommes cis avec un standardized incidence ratio (SIR) de 46,7 mais moins à risque que les femmes cis avec un SIR de 0,3. Les hommes trans eux sont moins à risque que les femmes cis avec un SIR à 0,2 et plus à risque que les hommes cis avec un SIR à 58,9.

Concernant le cancer de la prostate, les femmes trans semblent moins à risque que les hommes cis avec une incidence dans la littérature retrouvée à 1/2306 femmes trans (ayant eu une orchidectomie) et un nombre de case-report dans la littérature faible, 10 en 2019. (82) (83)

### Une faible adhésion aux dépistages

Il existe une plus faible participation des personnes transmasculines aux dépistages des cancers genrés. :

- Pour le cancer du col de l'utérus : Gatos en 2017, suite à une revue de la littérature, concluait par le fait que les personnes transmasculines étaient plus susceptibles de ne pas être à jour dans leur dépistage du CCU.(84) Peitzmeier et al retrouvait un adjusted odds ratio (AOR) de 0,63 en comparant la participation au dépistage du cancer du col des hommes trans vs des femmes cis. (85) Chez Cosne, 42% des personnes trans avec un col en âge de dépistage ont bénéficié d'un frottis cervico utérin (FCU) contre 58% de la population des femmes cisgenres du même âge. (34)
- Pour le cancer du sein : Bazzi et al en 2015 retrouvait une plus faible participation aux mammographies avec un AOR de 0,53 (ajusté sur l'âge et le statut économique). Luehmann et al retrouvaient dans leur centre que seul 22% des personnes trans masculines et non binaires afab étaient à jour dans leur dépistage avec 44% ayant eu au moins une mammographie dans leur vie. (86)

Pour les personnes trans féminines, la réalisation d'une mammographie est une question encore trop récente pour avoir plusieurs sources de données sur le taux de participation à un potentiel dépistage. Dans l'étude de Cosne 22% des personnes trans éligibles ont bénéficié d'une mammographie contre 48% des femmes cisgenres en âge de dépistage, cette donnée ne distinguant pas les femmes trans, les personnes non binaires et les hommes trans. (34)

Pour le cancer de la prostate, Ma et al montrait que les hommes gays et bisexuels participaient plus au dépistage par dosage du taux de PSA que leurs homologues hétérosexuels mais que les femmes trans participent moins que les hommes cisgenres hétérosexuels. (87) La consultation de conseil avant dosage du PSA (recommandé dans les guides états uniens de prise en charge), était également moins réalisée auprès des femmes trans dans l'étude de Marthi et al. Néanmoins, après ajustement sur le niveau socioéconomique et culturel, il n'existait pas de différence significative avec les homologues cisgenres. (88)

### Des freins connus

Cette faible participation au dépistage peut s'expliquer parce que c'est une population ayant plusieurs freins notables au recours aux soins. Comme le montre Gorin De Ponsay dans sa thèse d'exercice, il existe de nombreuses barrières au dépistage du CCU chez les hommes trans et personnes non binaires. (89) :

- Dissociation avec son corps et notamment ses organes génitaux externes
- Une campagne de dépistage genrée et cisnormée avec un vocabulaire non inclusif
- Une mauvaise perception du risque et un manque de connaissance
- La peur de consulter en lien avec des expériences passées inadaptées, la peur inhérente au geste et surtout la transphobie du milieu de santé
- Une inégalité d'accès aux soins et la difficulté d'accès à des soignant-es formé-es

Cosne résumait les difficultés d'accès aux soins de la façon suivante : « le principal frein à l'accès au soin semble être l'accueil réservé aux personnes trans dans les cabinets médicaux ». (34)

Agenor et al décrivent la mauvaise perception du risque et le manque de connaissance : « Plusieurs soignant-es ont indiqué que les personnes transmasculines ont moins de comportement à risque de contamination par le HPV en comparaison aux femmes cisgenres du fait d'activités sexuelles présumées moins à risque et de ce fait ne nécessiteraient pas de dépistage régulier du cancer du col » (trad). (90) La pénétration pénienne-vaginale était perçue comme peu commune chez les personnes trans masc par les soignant-es interrogé-es. Malgré tout la majorité des patient-es-x et des soignant-es ont indiqué que le risque d'infection à HPV et le risque de cancer du col ne diffère pas selon l'identité

de genre. Patient·es et soignant·es admettent que leurs perceptions et leurs comportements vis-à-vis de ce dépistage sont en lien avec un manque d'information et de recherche sur le sujet. (90)

Concernant la peur de consulter : 59% des 37 hommes trans interrogés par Fein et al ont rapporté éviter les soins gynécologiques étant inquiets de comment sera reçue leur identité de genre lors des soins. (91)

Connolly et al en 2020 abordait déjà cette notion de soignant·es·x formé·es·x et l'importance de cet aspect auprès de la population cible, pour la personne comme pour la·e médecin. Les auteur·ices·x précisaient néanmoins qu'ielles ne savaient pas si l'inconfort des soignant·es·x était dû à un manque de connaissance ou à de la transphobie. (92)

Dans sa vidéo de communication sur les dépistages oncologiques à destination des personnes trans, la Canadian Cancer Society donne la parole à plusieurs personnes queer et trans que nous traduisons et citons ici :

- « Nous faisons face à beaucoup de barrières. Certaines peuvent être de la simple ignorance d'autres sont de la discrimination assumée d'infirmier·es, médecins et hôpitaux »
- « Il y a énormément de suppositions sur qui doit bénéficier d'un dépistage du cancer du col et pourquoi : quelle relation sexuelle on a, quel type de risque on a etc... et donc plusieurs personnes se voient en réalité refusé un dépistage alors qu'elles devraient pouvoir en bénéficier »
- « En tant que personne queer, au vu de la manière dont les choses sont faites, nous pouvons penser que le dépistage n'est pas fait pour nous »

(93)

## Le corps trans

La population trans, par les différents parcours de transition présente une multitude de corps et de métabolismes différent des corps cisgenres.

Ces modifications nous obligent à adapter les modalités de dépistages possibles. La thèse reviendra notamment sur ces particularités évoquées par différents articles.

## Le cancer : pathologie marqueur

Avoir une prise en charge adaptée est à la fois une demande du public concerné portée par des associations trans, LGBT et queer mais également une demande de plusieurs institutions publiques et

scientifiques comme notamment the institute of medicine (institut non gouvernemental américain) qui plaçait la recherche oncologique chez les personnes trans comme une priorité dans les années à venir. (94)

Meidani et Alessandrin rapportent que le cancer est une pathologie « marqueur de la santé globale des personnes trans ». Le cancer est une pathologie faisant intervenir l'ensemble des niveaux de recours aux soins, de la médecine générale à la surspécialité, et mobilisant presque la totalité des interventions qui composent le soin (prévention primaire, secondaire, tertiaire et quaternaire, traitement médicamenteux ou chirurgical, épidémiologie et santé publique, etc.).

Berdougo et al rapporte un « VIH-centrisme » des enjeux de santé des personnes LGBT ayant occulté d'autres questions majeures listées de manière non exhaustive dans leur article : santé mentale, santé reproductive, usage de drogues, prévention des cancers liés à la consommation de tabac ou d'alcool, handicap, vieillissement.... (68)

L'absence jusqu'à il y a peu dans la littérature de la question oncologique au sein de cette minorité, et son absence dans les politiques de santé publique sont également, à notre sens, un marqueur du manque de reconnaissance médicale de cette population. Pour reprendre les mots de Meidani et Alessandrin : « la légitimité de cette population comme cible de politiques publiques et objet de recherche émerge comme une conséquence de la visibilité sociale des personnes trans et leur constitution progressive en un groupe social et identitaire ». (95)

### Un corps médical peu formé

Dr Carpentier dans sa thèse d'exercice en 2022 montrait que 45% des médecins généralistes interrogé-es prenaient en charge au moins une personne trans et que 90% d'entre eux n'avaient pas eu de formation sur leur prise en charge spécifique. (58)

En juin 2023, une équipe italienne a réalisé une étude similaire à la thèse de Dr Carpentier retrouvant que seul 19% des oncologues interrogé-es se sentaient compétent-es pour soigner des personnes trans, que 21% ne se sentaient pas à l'aise à cette idée et que 72% souhaiteraient une formation spécifique à ce sujet. En parallèle, la même étude rapporte que 71% des personnes trans interrogées n'a jamais eu de dépistage oncologique et que 32% rapportent avoir déjà subi de la discrimination dans un milieu de soin. (96)

En février 2023, Nelson et al, une équipe américaine, réalisent là encore une étude quantitative similaire, toujours par questionnaire, retrouvant que seul 28% des médecins interrogé-es ont eu une formation spécifique à la santé LGBTQ+, la majorité de ces 28% étant des jeunes médecins femmes de

médecine générale ou de médecine interne. 94% des médecins généralistes interrogé-es affirment la pertinence de connaître l'orientation sexuelle et le genre contre seulement 60% des radiologues de l'étude. (97)

Pour aider les médecins généralistes à prévoir et pratiquer un dépistage oncologique, il n'existe malheureusement aucune recommandation française et les recommandations HAS sur le dépistage des cancers du sein, prostate, col de l'utérus, endomètre et testicule ne font pas mention des personnes trans.(98) (99) (100) (101)

La World Professional Association for Transgender Health dans son « Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People » 8<sup>e</sup> version paru l'année dernière recommande de suivre les standards de dépistage du cancer du col et du sein en vigueur chez les femmes cisgenres pour les hommes trans à cause du manque de données. (72)

Nous noterons aussi qu'en 2021, les 455 personnes trans interrogé-es-x par Cosne rapportaient pour 4/5<sup>e</sup> d'entre elleux que leur médecin généraliste est au courant de leur transidentité et pour 9/10<sup>e</sup> d'entre elleux qu'il acceptait cette transidentité. Cosne rappelait cependant que la majorité des répondant-es de son étude proviennent de milieux urbains et qu'il y a très certainement eu une sélection par les patient-es-x de leur médecin traitant basé sur les recommandations de leurs adelphe-s. (34) En effet, il est de pratique courante que les patient-es-x trans se renseignent sur les soignant-es-x avant de les consulter afin de s'assurer de ne pas subir de la transphobie. Cela est néanmoins à notre sens une preuve que la médecine générale tend à s'améliorer quant à son inclusivité et du rôle prépondérant que nous pouvons jouer dans les changements à venir en médecine vis-à-vis de l'inclusivité de nos pratiques.

Nous notons cependant que la santé trans semble gagner en importance et en visibilité puisque le ministère de la santé a demandé, via une saisine, en avril 2021, des recommandations à la HAS sur le parcours de transition qui devraient être publiées en septembre 2023. Néanmoins, les points présentés par la note de cadrage ne font aucunement mention de dépistage ou de soins oncologiques, nous pouvons donc nous attendre à ce que ce nouveau rapport n'apporte pas plus d'éléments sur ce sujet. (18)

Cette thèse a pour but d'embrasser le concept de médecine personnalisée en prenant pour objet une « pathologie marqueur de la santé globale » comme le décrivent Meidani et Alessandrin. Nous nous intéresserons ici uniquement au cancer « généré » c'est-à-dire aux cancers qui ne concernent qu'une branche de la population parce qu'ils sont fortement liés aux hormones. Nous parlerons donc du

cancer du sein, du cancer du col de l'utérus, du cancer de la prostate du cancer de l'endomètre et du cancer testiculaire.

Nous avons fait le choix de ne pas également inclure les méningiomes dans notre étude. Il s'agit en effet d'un surrisque ayant existé chez les personnes transféminines, entre autres, mais médié par l'utilisation d'une molécule au cours des transitions de genre à savoir l'acétate de cyprotérone (connue sous le nom de Diane 35 et Androcur) qui n'est plus utilisé ou utilisé avec surveillance. Nous ne parlerons pas des autres cancers avec un dépistage national comme le cancer du côlon car la stratégie de dépistage national et de diagnostic ne change pas selon le genre. Nous ne parlerons pas non plus des cancers hormonaux non liés aux hormones sexuelles comme le cancer de la thyroïde ou surrénalien pour les mêmes raisons. De plus, comme le montre Cosne, la participation au dépistage du cancer colorectal n'est pas influencée par le fait d'être transgenre, une participation au dépistage similaire entre cis et trans étant retrouvée dans son étude. L'autrice précise que cela peut s'expliquer par le fait que le cancer colorectal n'est pas un cancer généré. (34)

Le but de cette thèse est de réaliser, par le biais d'une revue de la littérature, une synthèse du parcours de dépistage des personnes transgenres binaires ou non binaires pour les cancers du sein, du col, de l'endomètre, des ovaires, des testicules et de la prostate, afin de faciliter le travail des médecins généralistes en la matière, faute de recommandations nationales. Ce travail s'inscrit dans une volonté plus globale d'améliorer les soins, en médecine de ville, de cette population.

Le dépistage des cancers fait partie des missions fondamentales de l'activité des médecins généralistes notamment par notre position de premier recours et nos liens avec les patient·es·x. Nous associons à cette notion la nécessité de réaliser une approche centrée patient·e·x et donc la prise en compte de son parcours de vie comme de son parcours médical et de ses spécificités. Il semblait logique que la médecine générale s'immisce dans le creux laissé par les recommandations nationales des campagnes de dépistage, à savoir celui laissé par l'absence de prise en compte des personnes transgenres dans ces recommandations.

Ainsi : **quel dépistage proposer en médecine générale ?**

## Matériel et méthode

Cette revue de la littérature a été réalisée en suivant le guide « Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions » ainsi que la traduction française des lignes directrices PRISMA. (102)

### Critères d'inclusion

Les critères d'éligibilité de cette revue ont été préalablement choisis en suivant la méthode PICOS (Population, Intervention, Comparison, Outcomes, Study Design).

La population choisie est constituée d'individu-es-x :

- Transgenres binaires ou non binaires
- Sans critère d'âge retenu
- Sans critères socio-économiques retenus
- Sans limitation concernant leurs antécédents personnels ou familiaux
- Suivant ou non une transition médicale (hormonale et/ou chirurgicale)

Les interventions incluses dans cette revue sont toutes celles ayant un lien avec le dépistage oncologique des cancers sus cités que ce soient :

- Des gestes invasifs ou non
- Des campagnes de dépistages
- Des programmes nationaux ou locaux.

Les comparaisons incluses sont :

- Les comparaisons entre la population trans concernée et la population générale
- Les comparaisons entre la population transgenre et cisgenre
- Les comparaisons entre les différents sous-groupes de la population transgenre incluse (hommes trans, femme trans, personnes non binaires, etc.).

### Critères d'exclusion

Les études étaient exclues si :

- Elles n'incluaient finalement pas la population cible
- Elles n'abordaient pas au moins un des cancers sus cités

- Elles n'évoquaient pas le dépistage
- Elles ne permettaient pas de répondre à la question
- Elles contenaient le mot « transsexuel » ou utilisait un lexique inapproprié

Sont également exclus :

- Les articles non rédigés en anglais ou en français
- Les lettres à l'éditeur
- Les notes de recherche

### Sources d'information

La recherche a été faite en utilisant les bases de données en ligne suivantes : PubMed, Cochrane Library, liSSa, et Dimensions.

Les mots clefs ont été traduits de l'anglais au français et adaptés au lexique de chaque base de données en utilisant le dictionnaire HeTOP. Les équations de recherche ont été formées en utilisant les opérateurs Boolean et tronqués en utilisant l'opérateur « \* ».

Les termes de « transexuel » ou de « transexualism » ont été éliminés de nos recherches malgré le fait qu'il s'agisse de synonymes mesh du mot clef « transgenre ». Les raisons de ce choix ont déjà été explicitées dans l'introduction.

Les équations de recherche sont accessibles en Annexe 1.

La recherche a été réalisée d'avril à septembre 2023 avec une requête initiale sur les bases de données le 29 avril et une seconde requête le 1 août. Aucune limite d'antériorité de publication n'a été fixée pour cette revue.

### Sélection des études

Les résultats de recherche ont été transférés dans un tableur Excel.

La sélection des études s'est faite en 3 étapes successives :

- Tri selon le titre
- Tri selon le résumé de l'article
- Tri selon le corps du texte

À chacune de ses étapes, 90% du tri était effectué uniquement par l'étudiant·e thésard·e. Pour les 10% restants (arrondi au supérieur), le tri était effectué de manière parallèle par la directrice de thèse et l'étudiant·e sans concertation initiale. L'objectif était d'obtenir un accord pour au moins 90% des articles et de discuter les désaccords pour trouver un consensus au final.

### Extractions des données

Les données ont été extraites en utilisant un formulaire d'extraction personnalisé (Annexe 2). L'extraction des données a été réalisée uniquement par l'étudiant·e réalisant cette thèse. Un méta-analyse des données n'était pas envisageable ici au vu de l'hétérogénéité des populations étudiées, des études elles-mêmes et du faible nombre de personnes réalisant cette revue. (102) (103) Nous réalisons ici une analyse narrative des données extraites.

### Risque de biais inhérent à chacune des études

Le risque de biais de chaque étude retenue pour l'analyse a été évalué en utilisant les outils conseillés par le guide Cochrane à savoir :

- L'outil Rob2 (Risk of bias) pour les études randomisées. Le risque de biais était exprimé comme prévu par l'outil en « low », « high » ou « some concerns ». (104)
- L'outil ROBINS-I (Risk of Bias In Non-randomized Studies of Intervention) pour les études non randomisées interventionnelles. Le risque de biais était exprimé en « low », « moderate », « serious », « critical » ou « no information » comme prévu par l'outil. (105)
- L'outil ROBINS-E (Risk of Bias In Non-randomized Studies of Exposures) pour les études non randomisées d'exposition. Le risque de biais était exprimé en « low », « some concerns », « high risk », « very high risk » comme prévu par l'outil. (106)

### Démarches réglementaires

Du fait de sa méthodologie, notre thèse n'a pas nécessité de consultation auprès d'un comité de protection des personnes.

Elle ne demandait pas la réalisation de nouvelles interventions auprès de la population cible et ne rentre donc pas dans les catégories 1 et 2 de la loi Jardé. Elle ne collectait également pas de nouvelles données et de ce fait ne rentre pas non plus dans la catégorie 3 de cette même loi.

## Résultats

La première recherche sur les bases de données le 29 avril 2023 a donné 1265 articles. Après suppressions des doublons, il restait 732 articles. Après les différentes étapes de tri, comme explicité dans la partie méthodologie, et schématisé sur le diagramme de flux ci-dessous, un total de 39 articles a été retenu pour l'analyse.

On notera que sur ces 39 articles, la majorité est issue de la littérature étasunienne qui regroupe 32 articles soit 82% de la recherche. Sur les 7 autres restants, 3 sont britanniques, 1 est canadien, 1 est autrichien, 1 est suisse et 1 est brésilien. On notera qu'aucun article n'est issu de la littérature française.

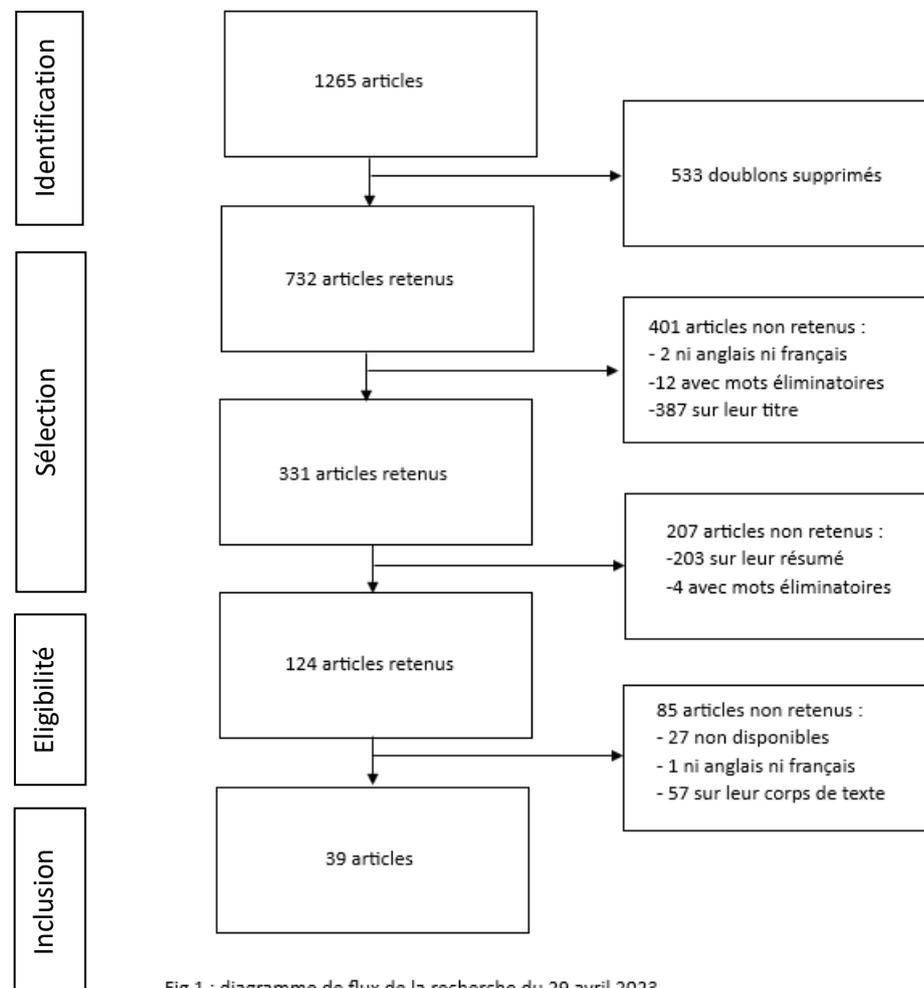


Fig 1 : diagramme de flux de la recherche du 29 avril 2023

La 2<sup>e</sup> recherche a eu lieu le 1 août 2023 et a retrouvé 121 articles. Après suppression des doublons et des articles déjà explorés sur la précédente recherche, ce nombre est descendu à 45 articles. Après les différentes étapes de tri, nous avons retenu 2 articles pour cette deuxième recherche. Le détail est présenté dans le second diagramme de flux ci-dessous. Sur ces 2 articles, 2 sont étasuniens.

Au total, 83% des articles sont étasuniens.

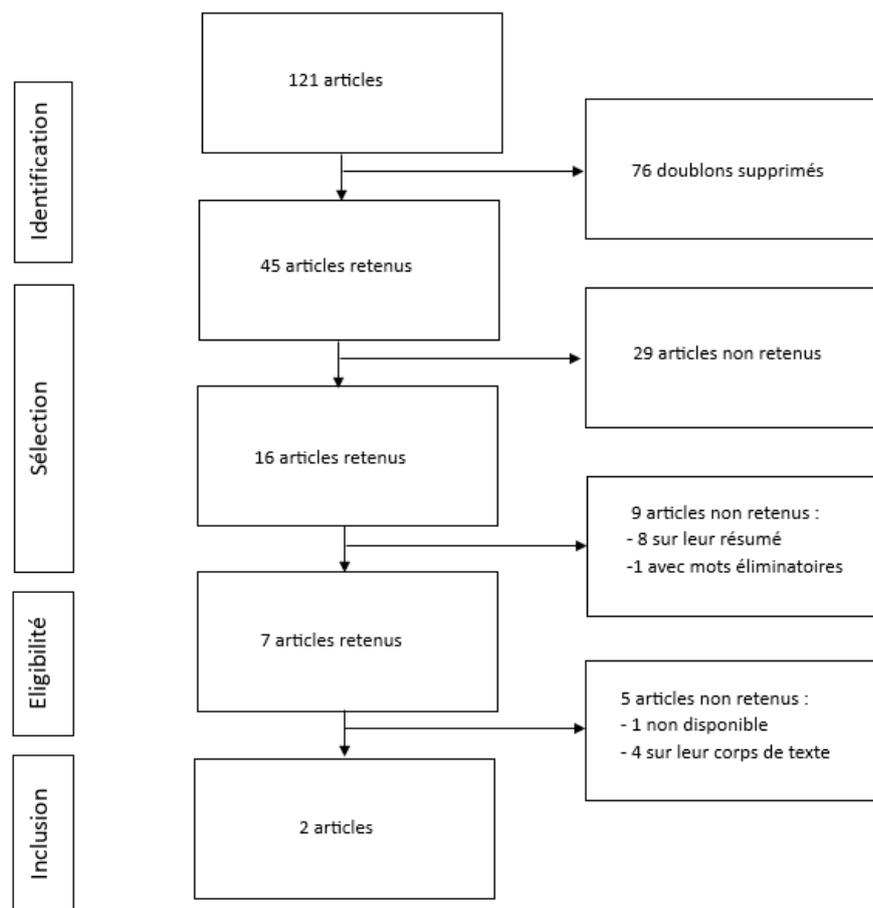


Fig 2 : diagramme de flux de la recherche du 1 août 2023

La liste des articles retenus est disponible en annexe, classées par ordre alphabétique.

70% des articles étudiés parlent du cancer du sein, 40% parlent du cancer du col de l'utérus. Le cancer de la prostate et de l'endomètre sont mentionnés chacun dans 17% des articles, proportion qu'occupent conjointement les cancers de l'ovaire et du testicule.

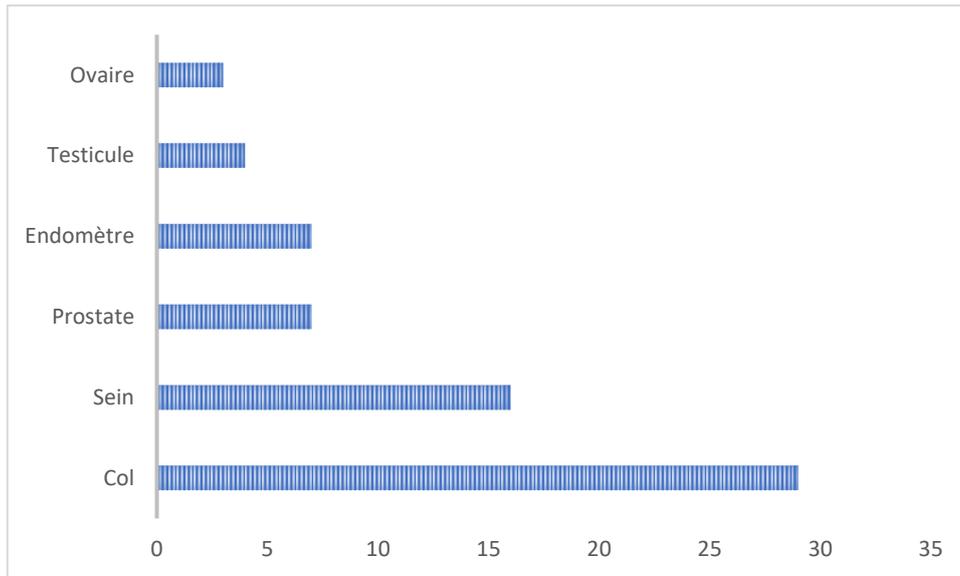


Fig 3 : Nombre d'études par type de cancer

Le niveau de biais des études est affiché ici en utilisant l'outil Robvis d'affichage, préconisé par les outils Robs2, ROBINS-I et ROBINS-E.

Quatre études étaient éligibles pour l'outil ROBINS-I :

Study	Risk of bias domains							Overall
	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	
Goldstein et al	-	+	+	+	+	+	+	-
Maza et al	+	+	+	+	+	+	+	+
Pils et al	+	+	+	+	+	+	+	+
Reisner et al	+	+	+	+	+	+	+	+

Domains:  
D1: Bias due to confounding.  
D2: Bias due to selection of participants.  
D3: Bias in classification of interventions.  
D4: Bias due to deviations from intended interventions.  
D5: Bias due to missing data.  
D6: Bias in measurement of outcomes.  
D7: Bias in selection of the reported result.

Judgement  
- Moderate  
+ Low

Fig 4 : Visualisation du risque de biais des études interventionnelles selon l'outil ROBINS-I

Cinq études étaient éligibles pour l'outil ROBINS-E :

		Risk of bias domains							
		D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	Overall
Study	Moatamed et al								
	Peitzmeier, Agenor et al								
	Plummer et al								
	Torous et al								
	Wang et al								

Domains:  
D1: Bias due to confounding.  
D2: Bias arising from measurement of the exposure.  
D3: Bias in selection of participants into the study (or into the analysis).  
D4: Bias due to post-exposure interventions.  
D5: Bias due to missing data.  
D6: Bias arising from measurement of the outcome.  
D7: Bias in selection of the reported result.

Judgement  
 High  
 Some concerns  
 Low

Fig 5 : Visualisation du risque de biais des études d'exposition selon l'outil ROBINS-E

Aucune étude n'était éligible à l'outil Robs2.

## Généralités

“There’s so many different ways that the trans experience can vary, and so many ways in which our relationships with our bodies can vary. We’re all individuals. We have our own journey with our gender identity and with our bodies, and we don’t all have the same story.” (Trans male, age 49) . Traduction : Il y a tellement de variations différentes possibles au fait d’être trans et tellement de variations possibles de relation avec notre propre corps. Nous sommes toutes·x uniques. Nous avons notre propre expérience avec notre identité de genre et notre corps, nous n’avons pas toutes·x la même histoire. (107)

Pour rendre le lieu de santé inclusif the American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) conseille (108) :

- **D’améliorer les connaissances** des professionnel·les·x de santé y travaillant. Mehta et al considèrent qu’une formation est requise pour travailler avec des personnes trans. (109) Cette idée est soutenue par Nicholls et al (110), Peitzmeier et al (111), Potter et al (107)
- **D’éviter de supposer** l’orientation sexuelle, les pratiques et le projet de transition, appuyé également par Fuzzell et al (112), Imborek et al (113), Nicholls et al (110), Parikh et al (114), Potter et al (107)
- De **former l’ensemble du personnel** pouvant être en contact avec le public sur l’utilisation appropriée des prénoms d’usages et des pronoms, soutenu par Mehta et al (109), Nisly et al (115), Potter et al (107), Puechl et al. (116) Nicholls et al précisent que l’ensemble du personnel comprend également le personnel de maintenance (110), idée retrouvée également chez Peitzmeier et al. (111)
- De s’assurer que les **panneaux, matériel éducatif et affiches** utilisés dans les salles représentent toutes·x les personnes : élément appuyé également par Dhillon et al (117) ainsi que par Fung et al (118), Mehta et al (109), Nicholls et al (110), Peitzmeier et al (111) Puechl et al. (116)
- De **demander** aux patient·es·x leurs pronoms, idée soutenue par Grimstad et al (119), ainsi que Hayward (120), Mehta et al (109), Nicholls et al (110), Nisly et al (115), Parikh et al (114), Potter et al (107), Puechl et al (116), Wang et al. (121)
- **D’afficher la politique inclusive** du lieu, préconisé également par Imborek et al (113), Puechl et al. (116) Mehta et al conseillent de l’afficher physiquement dans le lieu de soin et en ligne

si le lieu dispose d'un site internet (109), idée reprise par Nicholls et al (110), Peitzmeier et al (111)

- D'avoir des **toilettes non genrés** et accessibles, préconisé par Hayward (120), Imborek et al (113), Mehta et al (122), Nicholls et al (110), Parikh et al (114), Puechl et al. (116)
- D'utiliser un **questionnaire d'entrée incluant tous les genres** et les orientations sexuelles et romantiques avec des cases libres pour laisser la possibilité aux patient-es-x de préciser si besoin. Cette idée est soutenue par Mehta et al (109), Parikh et al (114), Peitzmeier et al. (111) Puechl et al précisent que ce questionnaire est un premier indice pour les patient-es-x que le lieu est inclusif. (116) Hayward propose également l'utilisation d'un questionnaire en 2 temps pour donner le genre assigné à la naissance et le genre actuel. (120) Ce « two-steps » questionnaire est également conseillé par Nicholls et al, qui souscrivent également à l'utilisation de cases libres. (110)
- D'avoir un **système informatique** permettant l'utilisation des données souhaitées par le-a-x patient-e-x si elles diffèrent des données légales (genre et prénom de la carte vitale contre prénom d'usage et genre effectif). Cette idée est également soutenue par Imborek et al (113), Nisly et al (115) et Potter et al. (107)
- D'entraîner l'équipe à **savoir s'excuser** si des erreurs surviennent, élément que l'on retrouve dans la revue de la littérature de Nicholls et al. (110)
- De se créer un **réseau de professionnel·les·x de santé transfriendly**, c'est-à-dire bienveillant-es-x envers les personnes trans, pour permettre aux patient-es-x un parcours de soin optimal. (108) Mehta et al dans leur revue narrative conseille d'avoir accès à des radiologues LGBT-friendly afin de faciliter le dépistage du cancer du sein (109), tout comme Nisly et al. (115)

L'utilisation du bon prénom et des bons pronoms en demandant aux patient-es-x lesquels ielles utilisent est aussi conseillé dans la plupart des études retenues : Bertocelli et al (123), Dhillon et al (117), Hayward (120), Imborek et al (113), Nicholls et al (110), Peitzmeier et al (111) et Potter et al (107)

Savoir s'excuser correctement en cas d'erreur (mégenrage ou utilisation du *deadname* notamment) est également conseillé dans plusieurs études que sont celles de Bertocelli et al (123) et Nicholls et al (110)

Potter et al préconisent de ne pas utiliser les termes de « monsieur » ou « madame » en appelant les personnes dans la salle d'attente et d'utiliser simplement le nom de famille et/ou le prénom désigné par la personne. (107)

La relation patient·e·x / soignant·e·x est un élément clef pour l'amélioration du dépistage, en termes d'adhésion ou de déroulement de l'examen en lui-même, notamment celui du cancer du col. Pour Dhillon et al : une approche respectueuse accroît les chances de construire une relation de confiance avec les patient·es·x, ce qui contribue à donner davantage envie aux patient·es·x de participer au dépistage. (117) Cette idée est également appuyée par Fuzzell et al (112) et Mehta et al. (109) Peitzmeier et al, dans leur étude qualitative de 2017 reviennent sur cet aspect : un·e·x soignant·e·x à l'aise avec le test et avec un « corps trans » est nécessaire pour que le frottis se passe dans de bonnes conditions. Dans leur étude, les participants rapportent même une baisse de l'inconfort et de la douleur ressentie entre un examen réalisé précédemment par quelqu'un non formé·e des questions trans et un·e·x professionnel·le·x de santé formé·e. (111)

Enfin, l'appui des groupes de pairs et des réseaux sociaux serait un élément important pour la diffusion des informations concernant le dépistage et donc l'adhésion. (117)

Mehta et al, dans leur revue narrative de la littérature, réalisée en 2023, appellent au développement des « cultural competences » pour le soin des patient·es LGBTQIA+. Dans ces compétences, en plus de ce qui a été cité précédemment, le groupe de chercheur·euses incluent la prise de conscience de ses biais personnels, la prise en compte des rapports de force inhérents aux relations de soin, le recrutement d'une équipe de soins formées et elle-même diversifiée dans sa composition (elle inclut des minorités). Ces compétences passent également par un aspect politique, notamment avec le soutien médiatique de la communauté trans et avec la promotion du remboursement des soins fournis aux minorités (remboursement du dépistage même en cas de changement d'état civil, retrouvé chez Peitzmeier et al (111)) et une orientation vers la recherche afin d'améliorer les soins et leur accès. (109)

Enfin, Nicholls et al, dans leur revue de la littérature de 2023 sur le dépistage du cancer du col chez les personnes transmasculine, rappellent qu'un dépistage est un acte préventif et que si la charge émotionnelle et/ou physique à endurer par le patient pour en bénéficier est trop importante, c'est que la balance bénéfice risque n'est plus en faveur du dépistage. Il faudra alors le proposer plus tard. Ce n'est pas un examen obligatoire, il est donc préférable de ne pas perdre la confiance de la personne ou de risquer de réveiller ses traumatismes. (110)

Concernant un potentiel antécédent de traumatismes ou de violences chez nos patient·es·x trans, Puechl et al conseillent d'utiliser le modèle de soins développé par Machtinger et al, initialement pour les femmes cis, mais que les auteur·ices pensent extrapolable aux patient·es·x trans. (116) Nous reviendrons sur ce modèle en discussion. Panichella et al dans leur revue de la littérature de 2023 complète cette idée en parlant de « flexibilité » vis-à-vis des patient·es·x. (124)

## Cancer du sein

Tout d'abord, il semble important de rappeler que l'absence de données épidémiologiques claires issues d'études de cohortes de fort niveau de preuve sur l'incidence/ prévalence du cancer du sein chez les personnes trans (FtM ou MtF) ne permet pas une évaluation des VPP et VPN des différentes méthodes de dépistage du cancer du sein, comme le rappellent Deutsch et al en 2017 (125) ainsi que Brown et al (126), Hayward (120) et Panichella et al. (124)

L'ACOG recommande une consultation de génétique avant la réalisation d'une mastectomie/réduction mammaire chez les patient-es-x ayant une histoire personnelle ou familiale de cancer du sein ou ovarien. (108)

Pour Calas et al, les personnes AFAB n'ayant pas bénéficié d'une mastectomie/réduction mammaire doivent suivre les recommandations nationales (au Brésil : mammographie tous les 2 ans entre 50 et 69 ans, ce qui est proche des recommandations françaises). Grimstad et al conseillent également de suivre les recommandations nationales des femmes cis pour les hommes trans n'ayant pas eu recours à une chirurgie thoracique (119), tout comme Hayward (120), Imborek et al (113), Iwamoto et al (127), Meggetto et al (128), Parikh et al (114), Puechl et al (116) et Sterling et Garcia. (129)

Pour Brown et al, dans leur « panel d'expert.es », la réalisation d'un scanner thoracique ou d'une mammographie est recommandée tous les 1 à 2 ans, dès 40 ans, chez les personnes transmasculines n'ayant pas bénéficié d'une *top surgery* et cela en présence ou non d'un THS. Le début de ce dépistage doit être avancé selon le risque individuel, comme chez les femmes cis pour lesquelles il est recommandé de débiter à 30 ans en cas de risque intermédiaire (15 à 20% de risque sur une vie) et à 25 ans en cas de risque élevé (>20% risque). Une IRM peut être ajoutée selon la nécessité, à évaluer au cas par cas. (126) Mehta et al reprennent et souscrivent à cette recommandation dans leur revue narrative de la littérature sur le sujet (109), tout comme Parikh et al. (114)

Pour Iwamoto et al, l'involution de la glande mammaire sous hormonothérapie peut compliquer la réalisation d'une mammographie, même si elle reste l'examen de dépistage de première intention. (127)

Après la réalisation d'une *top surgery*, il n'y a pas lieu de pratiquer un dépistage selon Calas et al et Brown et al. (130) (126) Il persiste néanmoins un risque de cancer du sein variable selon la personne et la technique chirurgicale utilisée puisque la chirurgie n'a pas pour but d'enlever l'intégralité du tissu mammaire. (124) Grimstad et al évoquaient néanmoins la possibilité de réaliser une IRM pour un dépistage du cancer du sein après une mastectomie ainsi que la réalisation d'un examen clinique de

la paroi thoracique et la recherche d'adénopathie axillaire chaque année. (119) Hayward précise dans sa revue en 2022 que la palpation de la paroi thoracique annuelle ne se base sur aucune données mais étant peu invasive, elle peut être malgré tout être proposée. (120) Iwamoto et al conseillent la réalisation de cette palpation annuelle. (127) Puechl et al ne tranchent pas entre la réalisation d'une imagerie par TDM ou IRM tous les deux ans post mastectomie ou la palpation manuelle annuelle. (116) Sterling et Garcia relatent qu'il n'existe pas assez de données de la littérature pour conseiller un dépistage du cancer du sein après une *top surgery* lors d'un parcours de transition, en cas de risque standard. (129)

Pour Deutsch et al, en 2017, aucune donnée de la littérature n'appuie la réalisation d'une mammographie spécifique avant la réalisation d'une mastectomie. (125) Pour Parikh et al, une mammographie de dépistage avant une mastectomie est à proposer si la personne est en âge de dépistage (>50 ans). (114)

En cas de mutation BRCA1 connue chez une personne transmasculine ou non binaire, Deutsch et al, dans leur article paru en 2017 découpent 2 grandes catégories :

- En cas de détection de la mutation avant la réalisation d'une chirurgie d'affirmation de genre du torse (mastectomie incomplète), il est à discuter la réalisation d'une mastectomie complète, esthétiquement moins plaisante mais qui permet l'ablation complète du tissu
- En cas de détection de la mutation après cette chirurgie d'affirmation, il est à discuter avec le·a patient·e·x et un·e chirurgien·ne·x de la réalisation d'une chirurgie de révision afin de retirer le tissu mammaire restant. Si cette option n'est pas retenue, la réalisation d'une IRM régulière est à envisager. (125)

L'ACOG recommande, chez les personnes AMAB, la réalisation d'un dépistage du cancer du sein par mammographie chez les patient·es·x de plus de 50 ans ET après au moins 5 ans de THS ET après avoir discuté avec le·a·x patient·e·x du risque de surdiagnostique. (108) Cette recommandation est également proposée par Calas et al dans leur revue de la littérature (130). Cette donnée est issu des travaux de Deutsch et al qui avaient déjà soutenue cette proposition en 2017 une fréquence d'une mammographie biannuelle. (125) La mammographie tous les 2 ans chez les plus de 50 ans prenant un THS depuis plus de 5 ans et en l'absence de surrisque est aussi conseillée par Grimstad et al (119), Hayward (120), Imborek et al (113), Iwamoto et al (127), Meggetto et al (128), Parikh et al (114) et Sterling et Garcia. (129)

Brown et al, dans leur discussion « panel d'experts », justifient l'utilisation ou non de chaque type d'imagerie et préconisent l'utilisation d'une mammographie ou d'un scanner, à partir de 40 ans (pour

rejoindre les recommandations de la société d'endocrinologie américaine en matière de dépistage du cancer du sein). (126)

Deutsch et al rappellent qu'en cas de risque individuel important de cancer du sein, l'âge de début du dépistage pourra être avancé. Ils et elles précisent également qu'en cas de mutation familiale BRCA1 connu, et même si le risque de développement d'un cancer génétique chez une personne transféminine sous THS n'est pas connu, une consultation génétique devra être proposée pour définir une stratégie de suivi. (125) Pour le panel d'experts cité précédemment, la réalisation d'un scanner ou d'une mammographie tous les un à deux ans est conseillé chez les personnes transféminines de plus de 25 ans ayant un surrisque individuel et utilisant depuis plus de 5 ans un traitement hormonal substitutif. (126) Ce dernier point est pareillement soutenu par Hayward. (120) Le dépistage peut être également recommandé au cas par cas y compris en l'absence de THS en cas de surrisque individuel.

Un dépistage n'est pas recommandé chez les personnes trans féminine ne prenant pas de THS ou bénéficiant d'un THS depuis moins de 5 ans, sans surrisque individuel, leur risque étant similaire (par extrapolation) à celui d'un homme cisgenre.

Calas et al proposent la réalisation d'une échographie et d'une IRM biannuelle chez les femmes trans remplissant les critères précédents et ayant eu recours à la pose d'implants mammaires, ces derniers pouvant rendre l'analyse d'un mammogramme complexe. (130)

En cas d'augmentation mammaire réalisée par injection de produits siliconés, Deutsch et al conseillent également de privilégier l'échographie et/ou l'IRM mammaire pour le dépistage, ces injections entraînant une inflammation locale chronique et ainsi des variations de densité rendant complexe la palpation et la mammographie. (125) Cette recommandation est aussi reprise par Brown et al dans leur discussion sur l'utilisation des critères ACR pour le dépistage des cancers du sein chez les personnes trans (126), ainsi que par Hayward. (120) Parikh et al suivent cette recommandation et précisent que les granulomes liés aux injections de silicone libre dans le sein apparaissent en signal modéré à faible en T1 et en hypersignal en T2, sans prise de contraste diffuse.(114) L'incidence d'injection de produits siliconés dans la population transmasculine, malgré l'illégalité de leur commercialisation aux Etats-Unis depuis les années 1970, est évaluée à 7%. (124)

## Cancer du col

Pour reprendre ce qui a été écrit dans la partie généralités, Peitzmeier et al expliquent, à l'issue de leur étude qualitative de 2017, qu'il existe un lien direct entre la perception genrée féminine du test et l'inconfort ressenti pendant le frottis. Ainsi, plus le patient percevra que l'examen réalisé n'est pas lié à un genre, moins l'examen sera inconfortable. Cela passe par l'ensemble des éléments cités plus haut auxquels les auteur·ices de cette étude souscrivent. (111)

Le American College of Obstetric and Gynecology (ACOG) émet plusieurs recommandations en mars 2021, dans son rapport sur le soin des personnes trans concernant le dépistage du cancer du col. Ainsi, faute d'une littérature suffisante sur le sujet, le comité conseille de suivre les recommandations pour le dépistage des femmes cisgenres chez les personnes transmasculines. Cette idée est également retrouvée chez Nicholls et al (110), Nisly et al (115) et Puechl et al. (116) L'ACOG rappelle néanmoins qu'il existe un fort risque que le test soit considéré insatisfaisant pour l'analyse (10 fois plus important que chez une femme cisgenre). Ielles précisent également que l'auto-prélèvement pour l'HPV est une méthode préférée par les personnes transmasculines et qui a une concordance avec le prélèvement par un·e·x professionnel·le·x de santé de l'ordre de 70%. Ceci fait de l'auto-prélèvement une méthode alternative viable en cas d'impossibilité ou de refus d'un prélèvement sous speculum. (108) Ce taux, 10 fois plus de test insatisfaisants, provient d'une étude rétrospective de Peitzmeier et al réalisée en 2013, qui retrouvait également une corrélation entre la durée de THS et le risque d'avoir un test insatisfaisant, ainsi qu'un délai moyen entre un test insatisfaisant et la réalisation d'un nouveau test 5 fois plus important que chez les personnes cis (418 jours contre 80 chez les femmes cis témoins, contre les 2 à 4 mois préconisés par l'ACOG). (131) Le nombre de tests insatisfaisants atteint jusqu'à 23% dans certaines cohortes, comme le rapportent Compton et al. (132)

L'auto-prélèvement HPV comme méthode alternative en cas d'impossibilité ou de refus d'un examen au spéculum est également proposé par Dhillon et al. (117)

Pour les femmes trans et personnes non binaires ayant bénéficié d'une vaginoplastie, l'ACOG ne recommande pas de dépistage spécifique. (108) Une nuance est apportée par Compton et al dans leur article de 2022, qui précisent en effet que le frottis n'est pas recommandé si la personne a bénéficié d'une vaginoplastie. Si un frottis est malgré tout réalisé, il doit être analysé avec un décompte cellulaire minimal d'interprétabilité abaissé de 5 000 à 2 000 cellules par lame comme c'est le cas pour les frottis anaux. Les auteur·ices précisent de plus que la terminologie du système Bethesda ne peut pas s'appliquer à une muqueuse digestive et qu'en cas de vaginoplastie réalisée à partir de greffes digestives, une autre terminologie devra être employée par l'anatomopathologiste. (132)

En revanche, Grosse et al concluent leur article de 2016 par la nécessité de réaliser un dépistage oncologique chez les personnes ayant un néovagin, même s'il n'existe pas à l'heure actuelle de recommandation sur la suite de prise en charge en cas de lésions ou d'HPV retrouvé. (133) En effet, dans leur cohorte rétrospective de 20 personnes composée en majorité de femmes trans, il a été retrouvé 5 cas de lésions dont 3 classées ASC-US, 1 HSIL et 1 LSIL. 15% de la cohorte avait une dysplasie positive à HPV. Les auteur·ices rappellent que l'HPV a un rôle démontré dans la dysplasie des neovagins réalisés à partir de tissu pénien et que la prévalence de l'HPV sur ces tissus dans des cohortes d'hommes cis est assez importante. (133) Grosse et al précisent également qu'en cas de vaginoplastie réalisée à l'aide de tissu intestinal, les facteurs de risque de cancer colorectal (personnels ou familiaux) sont aussi à prendre en compte, le tissu gardant sa prédisposition génétique après greffe. (133)

Puechl et al conseillent la réalisation d'un examen au spéculum régulier si la personne a bénéficié d'une vaginoplastie, sans préciser de rythme, à la recherche de condylomes de la muqueuse. Les auteur·ices précisent, dans la même revue narrative, que le risque de cancer HPV-induit est probablement plus important en cas d'utilisation d'une muqueuse intestinale pour la chirurgie qu'en cas de réalisation d'une inversion pénienne avec utilisation de tissu épidermique. (116)

Sterling et Garcia recommandent la réalisation d'un examen au spéculum annuel et la réalisation d'un frottis cellulaire tous les 3 ans après la vaginoplastie, dès 21 ans et jusqu'à 70 ans. (129)

Adkins et al constatent, dans leur cohorte rétrospective de personnes transmasculines sous traitement androgénique, que l'atrophie et les changements histologiques liés à la transition peuvent entraîner un surclassement des frottis cellulaires en lésion de dysplasie de haut grade et donc la réalisation de procédures invasives (plus d'un quart de leur cohorte a subi un geste invasif dans les suites d'un frottis). Le groupe conseille donc de renseigner sur la demande d'analyse les antécédents du patient et notamment le parcours de transition (134), ce qui est également conseillé par Imborek et al. (113) Ielles conseillent de plus à leurs pairs d'utiliser l'immunomarquage des marqueurs p16 et MIB-1 pour distinguer les changements liés à l'atrophie d'une vraie lésion de dysplasie. (134)

Pour compléter les particularités histologiques, Compton et Al recommandent l'abaissement du seuil minimal de cellules pour interprétation du frottis de 5 000 à 2 000, comme préconisé par le système de classification des FCU Bethesda pour les femmes cisgenres ayant une atrophie de la muqueuse (ménopause, traitement, etc). (132) Cela permettrait de limiter le nombre de test insatisfaisant dans la population trans sous traitement masculinisant et ainsi limiter le nombre de tests itératifs avant d'obtenir un frottis interprétable. Dans l'étude de Plummer et al, utiliser la valeur de 2000 cellules permet de récupérer presque un tiers (29%) des tests jugés précédemment insatisfaisants avec la norme Bethesda à 5000 cellules. (135) Les auteur·ices rappellent également que les personnes

transmasculines mettent 5 fois plus de temps que leurs homologues cisgenres pour faire un nouveau test dans les suites d'un test insatisfaisant (418 jours en moyenne contre 80 jours pour les personnes cisgenres). Sallans conseille de prévenir le laboratoire d'anatomopathologie de la prise de testostérone afin de faciliter l'interprétation du frottis. (136)

Potter et al conseillent de préciser aux patient-es-x avant l'examen qu'il existe un taux important de tests insatisfaisants et que l'examen pourrait-être à renouveler d'ici 2 à 4 mois en cas de test insatisfaisant. (107)

Pour Nisly et al, la principale cause de test insatisfaisants est l'inconfort de l'examen pour le patient et la gêne inadaptée du / de la professionnel-le de santé (115) Cet élément important est retrouvé dans l'étude qualitative de Peitzmeier et al. (111)

Nisly et al conseillent de réaliser systématiquement un codépistage FCU et HPV. En cas de test insatisfaisant associé à un dépistage HPV négatif, les auteur-ices ont pour habitude de ne pas refaire de dépistage avant la date prévue en cas de dépistage normal. (115)

Moatamed et al réalisé, en 2023, une étude cas-témoins rétrospective comparant les résultats de frottis réalisés par leurs collègues, en aveugle, avec leur propre interprétation des lames d'histologie, en ayant cette fois-ci connaissance de la transition des personnes et de leur utilisation d'un THS. Ainsi dans cette étude, avoir connaissance de l'utilisation d'un THS réduit significativement le nombre de lésions de haut grade décelées, donc ici de surdiagnostic. Par ailleurs, dans cette étude, connaître la transition ne réduit pas le nombre de tests jugés insatisfaisants mais les auteur-ices précisent avoir utilisé la même classification Bethesda que leurs collègues, c'est-à-dire un taux cellulaire requis de 5000 cellules alors même qu'elles ont conscience que la littérature récente préconise l'utilisation d'un décompte cellulaire à 2000. (137)

Torous et al retrouvent une atrophie de la muqueuse sur les prélèvements cytologiques vaginaux d'hommes trans dans 92% des cas. L'étude consistait à réévaluer des lames de frottis réalisées les années précédentes dans leur centre. Certaines lames étaient issues d'auto-prélèvements cytologiques sans que l'étude ne précise dans quel contexte un auto-prélèvement cellulaire a pu être réalisé ni selon quelle méthodologie. Les lames issues d'auto-prélèvements ne présentaient pas plus de tests insatisfaisants que les lames issues de prélèvements standards sous spéculum. (138)

Wang et al, dans leur étude transversale de 2020 chez 109 patients transmasculins retrouvent qu'une exposition à la testostérone supérieure à 1 an augmente par 3,5 le risque d'avoir un test insatisfaisant dans sa vie. Ce même surrisque est retrouvé en cas de PTSD diagnostiqué selon les critères du DSM4 dans cette étude. L'âge est également un facteur de risque significatif retrouvé avec une augmentation

de 1,15 fois par année de risque d'avoir un test insatisfaisant dans sa vie. Les auteur·ices, concernant ce dernier point, pensent néanmoins à un effet cumulatif lié au fait que l'on a réalisé plus de test dans sa vie plus on est âgé. (121)

Pour Wang et al, au vu de l'évolution du dépistage du cancer du col de l'histologie vers les tests HPV, l'auto-prélèvement vaginal HPV et le prélèvement urinaire sont des options viables à considérer, qui ont démontré une bonne tolérance dans notre population cible et une bonne corrélation avec le frottis HPV standard dans des cohortes de femmes cis. (121)

Concernant cette atrophie et les changements histologiques liés au THS, Dhillon et al rappellent que même si un frottis n'est pas un prérequis nécessaire avant une hormonothérapie, et qu'il serait déloyal de la faire croire à un·e·x patient·e·x, il peut être intéressant de proposer sa réalisation avant le début ou à l'initiation d'un traitement masculinisant, les changements histologiques n'ayant pas encore eu lieu, permettant ainsi une analyse plus simple. (117) Cette idée est reprise par Nicholls et al qui insistent à leur tour sur le fait qu'un frottis ne peut pas être un motif de retard d'initiation d'un THS. (110) Il est retrouvé, par Peitzmeier et al, la même problématique, à savoir que l'absence de dépistage du cancer du col est parfois utilisée comme une barrière à la transition médicale. Certain·es médecins l'utiliseraient comme pré requis avant l'instauration d'un THS ou d'une opération et des assurances l'utiliseraient également comme prérequis pour demander un remboursement aux États-Unis (FCU obligatoire pour demander remboursement d'une hystérectomie chez certaines compagnies d'assurances par exemple). (111) Potter et al rappellent aussi que l'absence de frottis ne doit pas être un frein à l'instauration d'un traitement y compris de transition en prenant comme comparatif le fait qu'on ne refuserait pas à une femme cisgenre un traitement pour motif qu'elle n'a pas réalisé ce dépistage. (107)

Pour les personnes ayant bénéficié d'une hystérectomie avec ablation du col, un dépistage ne semble pas nécessaire, sauf pour les personnes avec un antécédent de lésion de haut grade selon Grimstad et al. (119) Cette recommandation est reprise par Nicholls et al (110) ainsi que Puechl et al. (116) Panichella et al précisent qu'une exploration est à envisager en cas de saignement anormal même après une hystérectomie, cette dernière n'ayant pas nécessairement concerné le col de l'utérus ou pouvant laisser du tissu cervical résiduel, même en cas d'hystérectomie complète. (124)

Sur la question de l'amélioration de l'adhésion au dépistage du cancer du col chez les personnes transmasculines et non binaires Berner et al ont réalisé en 2019 une étude prospective quantitative et qualitative via un questionnaire en ligne envoyé par mail aux personnes en attentes ou étant patient·es·x dans des cliniques spécialisées. Ainsi, et même si cela est probablement en lien avec le mode de recrutement, 64% des personnes interrogées souhaitent effectuer le dépistage dans une

clinique spécialisée dans le soin des personnes trans. 76% souhaiteraient que le matériel autour du dépistage (campagnes et affiches notamment) leur corresponde davantage et 97% souhaitent que les professionnel·les·x de santé se forment à cette question. (139)

Les auteur·ices·x de cette étude conseillent également aux médecins généralistes de réaliser elleux même un système de rappel du dépistage basé sur le modèle national pour que les personnes ayant réalisé un changement d'état civil et apparaissant désormais comme « ♂ » auprès des pouvoirs publics bénéficient d'un système de rappel, étant exclu·es·x automatiquement du système de rappel national. (139) Nicholls et al, dans leur revue de la littérature, rappellent elleux aussi que les systèmes de rappel ne fonctionnent pas en cas de changement de genre à l'état civil (110), ce que souligne également Nisly et al. (115) Seay et al ne retrouvent comme seul facteur favorisant la réalisation d'un dépistage que le fait d'avoir une assurance médicale, démontrant l'importance de la barrière financière aux États-Unis. (140)

Il est à noter que, dans le groupe constitué par Berner et al, seul 53% des interrogé·es·x sont en faveur de l'auto-prélèvement HPV. (139) Ce chiffre diffère des cohortes américaines évoquées ci-dessus et il pourrait s'expliquer par une meilleure acceptation d'un examen au spéculum par un·e·x professionnel·le·x de santé transfriendly dans les cliniques spécialisées (où a eu lieu le recrutement) là où auprès de médecins non formé·e·x, un auto-prélèvement semblerait une meilleure alternative.

Concernant l'auto-prélèvement, Fuzzell et al le décrivent comme une option pour les personnes trans qui sont inconfortables à l'idée d'avoir un examen pelvien. Il est également mentionné dans leur article que l'auto-prélèvement a permis, selon une méta-analyse, un doublement du taux de participation au dépistage du col chez les femmes cisgenres. Même si ce résultat ne peut pas être intégralement extrapolé à notre population d'étude, il s'agit d'une donnée intéressante. (112)

Ce doublement du taux de participation est néanmoins cohérent et retrouvé par Goldenstein et al en 2020 dans leur étude comparant la participation sur 2 années successives dans leur centre de soin spécialisé : une année où le centre ne proposait pas l'auto-prélèvement et l'année suivante où le centre proposait l'auto-prélèvement si jamais l'examen au spéculum était refusé. Le taux de participation du public visé (hommes trans ou personnes non binaires en âge de dépistage du cancer du col au États-Unis) est ainsi passé de 25% à 51%. (141) Il est cependant à noter dans cette étude, un taux de positivité des tests HPV par auto-prélèvement de 2% seulement contre 27% pour les tests fait sous spéculum pouvant faire craindre un fort taux de faux négatif des auto-prélèvements ou un biais lié aux tailles réduites des cohortes étudiées. Cela rentre en opposition avec ce que précisent Iwamoto et al dans leur revue : l'auto-prélèvement HPV a démontré une fiabilité similaire à 71% au prélèvement

par un·e·x professionnel·le·x de santé chez les hommes trans, selon une étude de Reisner et al réalisée en 2018. (127)

Maza et al ont également réalisé une étude sur l'utilisation de l'auto-prélèvement HPV chez des hommes trans et ont conclu à son usage comme une alternative viable au dépistage classique. En effet, dans leur étude, 22 patients sur 23 rapportent vouloir refaire un auto-prélèvement lors du prochain dépistage. L'étude a trouvé une positivité HPV de 13% et a permis de traiter une lésion de haut grade sur les 23 patients. (142) Ce plébiscite de l'auto-prélèvement auprès du public concerné est également retrouvé par McDowell et al avec >90% des répondant·es·x préférant un test HPV par prélèvement vaginal sans spéculum à un frottis sous spéculum, et 71% des interviewé·es·x préférant un autotest HPV à un test fait par un·e·x médecin. (143) Dans cette même étude qualitative, les patient·es·x soulèvent des points intéressants. En cas d'auto-prélèvement HPV, le test peut être réalisé par un·e·x partenaire en qui le·a·x patient·e·x a confiance. Il est également soulevé le fait qu'en cas d'auto-prélèvement, la personne est en charge à 100% du geste et n'a donc pas d'intervention d'un·e tiers sur son corps et de ce fait *"it takes away all the provider awkwardness"* (cela permet de ne pas subir le malaise du / de la soignant·e). (143) Néanmoins, les patient·es·x émettent, dans cette même étude, des doutes concernant la fiabilité d'un test réalisé soi-même et les auteur·ices font part des même doute dans la conclusion de leur article. (143)

Seay et al, dans leur étude quantitative, retrouvent un taux de 57% de participants trans masculins préférant l'auto-prélèvement HPV à un FCU et 20% préférant un FCU à l'auto-prélèvement. Il est à noter dans leur étude qu'un antécédent de discrimination par le corps médical rapporté ou des difficultés financières sont des facteurs significatifs de préférer l'auto-prélèvement.(140)

Sallans conseille l'auto-prélèvement HPV également comme une alternative viable et moins traumatique. (136)

Reisner et al, dans leur étude comparative prospective, montrent une concordance de 72% (15/21) entre l'auto-prélèvement et le frottis cervical réalisé par un·e·x professionnel·le·x de santé avec une sensibilité de 71% et une spécificité de 98% pour l'auto-prélèvement. 90% des 150 personnes ayant participé préfèrent l'auto-prélèvement au frottis standard. Au vu de ces résultats, les auteur·ices conseillent l'utilisation de l'auto-prélèvement, dans un second temps, s'il y a un refus du frottis standard par le·a·x patient·e·x. (144)

Pour faciliter le déroulement du frottis, Dhillon et al conseillent de présenter le matériel aux patient·es·x sur une consultation précédente et même de leur proposer d'emmener un spéculum avec elleux au domicile pour se familiariser avec le geste et s'entraîner à l'auto-insertion du spéculum. (117) Il peut également être proposé plusieurs alternatives comme l'utilisation d'un spéculum

« pédiatrique » (idée retrouvée aussi chez Imborek et al(113) Nisly et al (115)), l'utilisation de lubrifiants (113), (117) ,(115) une anesthésie locale à la lidocaïne (proposée également par Wang et al (121)) ou la prescription d'œstrogène local facilitant l'insertion en donnant à la muqueuse temporairement ses facultés de lubrification. (117) L'utilisation d'œstrogène locaux est également proposé par Grimstad et al., Iwamoto et al (127), Nicholls et al (110), Nisly et al (115), Wang et al. (121) ainsi que Sterling et Garcia qui eux précisent sa durée à savoir 5 jours d'action locale avant la pose du spéculum (129).

Il faut par ailleurs préciser aux patient-es-x que l'utilisation d'un spéculum, en particulier en cas d'atrophie de la muqueuse, peut déclencher des spotting après l'examen, pouvant entraîner de la dysphorie. (110) Ces spotting après l'examen sont également signalés par Porter et al comme un élément important à signaler avant la pose du spéculum. (107)

L'explication complète autour du geste, de ce qu'on en attend pour la personne et des effets potentiels, en somme un consentement éclairé, est un élément mis en avant par les personnes trans interrogées par Peitzmeier et al qui décrivent les explications comme un moyen de ne pas déshumaniser la procédure et de ne pas être « qu'un énième vagin ». (111) Potter et al rappellent que l'examen doit pouvoir être arrêté à n'importe quel moment y compris pendant la réalisation du frottis et cela sans difficulté pour la personne. Les auteur·ices préconisent donc de décider avant l'examen avec la·e·x patient·e·x d'un mot ou d'un geste signifiant l'arrêt immédiat de l'examen. (107)

Nicholls et al précisent néanmoins que l'utilisation d'œstrogène local est rarement choisie par les patients car il existe une appréhension importante sur le risque de féminisation pourtant inexistant en application locale et sur une période aussi courte. (110) Il peut également être proposé l'utilisation d'un anxiolytique de courte durée d'action pour limiter le stress lié au geste (111), ou que le·a soignant·e·x propose d'avoir une personne de confiance avec soi sur la durée de l'examen. (117) (113)

Potter et al, dans leur revue narrative et étude qualitative précisent que l'usage d'anxiolytique est à considérer au cas par cas. Les auteur·ices rapportent une possibilité de dissociation corps/esprit lors du frottis à cause du médicament, et cette dissociation peut être source d'un examen mal vécu notamment chez les patient·es·x ayant un passé de violences sexistes et sexuelles (VSS). (107) Imborek et al rappellent l'importante de réaliser l'interrogatoire de la consultation lorsque la personne est encore habillée et de ne faire déshabiller la personne que sur la partie concernée (partie basse pour un examen au spéculum, partie haute pour une palpation mammaire), mais jamais les 2 en même temps. (113) Potter et al conseillent de faire se rhabiller la personne après l'examen avant de continuer la conversation et de conclure l'entretien. (107) Les auteur·ices conseillent également de prononcer des phrases positives à la fin de l'examen pour encourager la personne et la féliciter dans

l'accomplissement de cet examen. (107) Sallans rejoint Potter et Imborek sur les différents temps de déshabillage et d'interrogatoire. (136)

Pour Nisly et al, l'examen se doit d'être fait avec le moins de personnes possibles dans la salle et donc sans étudiant·es·x. En effet, le frottis sous spéculum est similaire entre les personnes trans et les personnes cisgenres, l'étudiant·e·x ne manque donc pas une expérience professionnelle spécifique et cela permet d'assurer un confort pour le patient qui est déjà dans une situation stressante. (115)

Il n'existe aucun guide sur la prise en charge de l' « after care », c'est-à-dire ce qu'il faut faire après le dépistage, pour les personnes trans. (110) Potter et al écrivent à ce sujet que le bon déroulement de l'examen peut être éclipsé par les étapes suivantes à savoir la mention du deadname ou un mégenrage sur les résultats, la réception d'une facture car la mutuelle ne prend pas en charge l'examen selon le genre inscrit, un mauvais contact pour un rendez-vous de suivi etc. Elles conseillent donc de prendre en charge le plus de ces paramètres possibles en interne et de prévoir ou prévenir à l'avance des éventuels aléas. (107)

Enfin, l'utilisation de tests urinaires de détection de l'HPV est en cours d'évaluation. Les travaux ne portent pour le moment majoritairement que sur les femmes cisgenres mais, Nicholls et al conseillent de suivre l'avancée de ces travaux pour potentiellement les extrapoler aux patient·es·x trans (110). Pils et al ont réalisé une étude prospective sur la prévalence urinaire de l'HPV chez les patient·es·x trans de leur centre et retrouvent une prévalence globale de plus de 19%, similaire à celle attendue chez des femmes cis, et une prévalence de 11% chez leurs patientes transféminines similaire à celle retrouvée dans d'autres études par écouvillon néovaginal (145), confirmant la possibilité que ce test soit fiable.

Peitzmeier et al, dans leur étude qualitative publiée en 2017, établissent un lien direct entre une perception non genrée du frottis cervical et le confort pendant l'examen. Les patient·es·x qui percevaient le test comme étant non exclusif aux femmes cis vivaient mieux le dépistage. (111)

## Cancer de l'endomètre

Adams et al ont réalisé une revue narrative de la littérature en 2022 et remettent en cause les recommandations de la société américaine d'endocrinologie qui conseillait de réaliser une échographie endovaginale annuelle aux patients trans sous THS, y compris en l'absence de symptômes, dans un but de dépistage. Pour l'équipe de la revue, cette pratique ne présente pas d'intérêt démontré en termes de morbi-mortalité et entraînerait un nombre important de faux positifs et une

surmédicalisation inutile. Pour Imborek et al, il n'y a pas non plus de dépistage à réaliser(113), idée que l'on retrouve également en 2020 dans la revue narrative de Sterling et Garcia (129), ainsi que la revue de Panichella et al (124) et Grimstad et al. (119)

Adams et al conseillent la réalisation d'une échographie endovaginale chez les personnes trans sous THS ayant un risque oncologique standard uniquement en présence de métrorragies persistantes secondaires à une aménorrhée provoquée par le THS, chez une personne sous THS depuis plus de 12 mois ET en l'absence de changement récent dans le THS (oubli, changement posologie, interactions médicamenteuses pouvant expliquer un changement etc.). (146) L'ACOG est en accord avec cette prise en charge en précisant, en 2021 dans son rapport sur la prise en charge des personnes trans, qu'un dépistage du cancer de l'endomètre n'a pas lieu d'être (108). Puechl et al sont en accord avec Imborek sur le sujet et précisent que l'épaisseur utérine n'a pas été étudiée chez cette population et est donc un outil difficilement interprétable, seule la cytologie (pipelle de Cornier notamment) permet d'infirmer ou de confirmer la suspicion. Les auteur·ices précisent également que l'échographie endovaginale est souvent mal vécue et que, malgré le fait qu'il s'agisse du gold standard, il peut lui être préféré au cas par cas un TDM ou une IRM. (116)

## Cancer ovarien

Il n'existait pas de lien démontré entre THS et cancer de l'ovaire chez les personnes trans en 2020 comme relevé par Grimstad et al(119) et Imborek et al. (113) Pour ces dernier·es, il n'existe pas d'arguments pour un dépistage (113) tout comme pour Panichella et al. (124) Une consultation de génétique est à envisager en cas de risque familial, notamment une mutation BRCA pouvant faire discuter une ovariectomie prophylactique au cas par cas. (113) Une salpingo-ovariectomie prophylactique peut être proposée, comme chez les femmes cisgenres, en cas de risque génétique important de cancer ovarien. (124)

Puechl et al dans leur revue narrative de 2019 relatent également la non nécessité d'un dépistage, et précisent qu'en cas de symptomatologie évocatrice, la démarche étiologique doit être la même que chez une femme cisgenre. (116)

## Cancer de la prostate

En 2021, Bertoncelli et al ont conduit une revue de la littérature sur le sujet de la prise en charge du cancer de la prostate chez les femmes trans sous THS, du dépistage au traitement. Dans cette revue, il est rappelé qu'il n'existe pas de PSA normal chez une femme trans mais qu'une cohorte prospective belge réalisée sur 75 mois avec 320 participantes de plus de 50 ans sous THS avaient un PSA moyen de 0,03 ng/mL. Grimstad et al proposent d'utiliser un taux de PSA limite de 1 ng/mL chez les femmes trans sous hormonothérapie. (119) Ce taux de 1 ng/mL est également retrouvé comme valeur seuil chez Iwamoto et al (127), Puechl et al (116), Sterling et Garcia. (129) Il est également décrit la difficulté de réaliser un examen manuel de la prostate, après une vaginoplastie comme l'a démontré une cohorte de 320 femmes trans ayant bénéficié d'une vaginoplastie. Dans cette cohorte, une palpation prostatique était possible uniquement dans la moitié des cas en fonction du type de tissu utilisé, du type d'opération, etc. La baisse de la sensibilité du toucher pelvien post-vaginoplastie est aussi rapportée par Grimstad et al. (119) De plus, cette revue de Bertoncelli et al rappelle que la sensibilité et la spécificité d'un toucher rectal chez un homme cis sont trop basses pour être considérée comme une vraie option de dépistage. Il est très probable que cela soit aussi le cas chez une femme trans.

Il peut être plus judicieux selon Imborek et al de préférer un toucher vaginal en cas de vaginoplastie, la prostate étant souvent antériorisée dans le cadre de ces opérations et donc plus facilement accessible à la palpation par le vagin que par le rectum. (113) Cette idée est également retrouvée chez Puechl et al avec la précision que la prostate est censée être petite ou impalpable à l'avant du néovagin. (116) La revue rappelle enfin que l'IRM pelvienne reste la meilleure approche d'imagerie en cas de suspicion de cancer et qu'une biopsie devra au préalable nécessiter l'évaluation de la voie d'abord, la voie transrectale n'étant pas forcément possible s'il y a eu vaginoplastie. (123) La biopsie peut néanmoins être difficile à interpréter avec un risque de surdiagnostic du fait des changements tissulaires liés à l'imprégnation oestrogénique ou anti androgénique du THS rendant le score de Gleason probablement inadapté à ces cas. (124)

## Cancer testiculaire

Elshimy et al ont réalisé une étude de cas en 2020 d'un cancer testiculaire chez une femme trans sous hormonothérapie depuis plusieurs années mais qui présentait une persistance de caractéristiques sexuelles secondaires traditionnellement « masculines » (pilosité faciale, répartition graisseuse, etc). Son suivi hormonal montrait une persistance de testostérone périphérique à des taux similaire à un homme cis malgré un traitement bien conduit par œstrogène et suppression gonadotrophines. Son taux d'œstrogène était dans les taux attendus pour une femme cisgenre, et elle présentait un effondrement des taux de LH et FSH comme attendu. Il s'agissait finalement d'un séminome sécrétant de la testostérone. Les auteur-ices rappellent ainsi dans cet article l'importance du suivi hormonal biologique (tous les 3 mois la première année de traitement dans cet article) et soulignent le fait qu'une anomalie hormonale n'est pas forcément liée à la transition. (147)

Il n'existait en 2020 que 3 cas de cancers testiculaires rapportés selon Grimstad et al, cette faible incidence étant mise sur le compte d'une proportion importante d'orchectomie au début du siècle par les auteur-ices. (119)

Sterling et Garcia conseillent une palpation testiculaire annuelle chez les femmes trans. (129)

Il n'existe pas d'arguments pour l'organisation d'un dépistage systématique du cancer testiculaire chez les personnes trans, selon Panichella et al. (124)

## Discussion

A propos de la thèse : forces et faiblesses

### Forces de l'étude

Il s'agit, à notre connaissance, de la première revue de la littérature sur le sujet rédigée à destination des médecins généralistes français-es-x. Ce travail permet d'offrir, comme souhaité, une première base solide d'appui pour les aider à réaliser des dépistages oncologiques adaptés à la patientèle transgenre.

Notre recherche est issue de 4 bases de données dont 3 internationales. Elle est le fruit d'un algorithme de recherche adapté selon les mots clefs utilisés par chacune de ces bases permettant une recherche efficace.

Le suivi des recommandations PRISMA concernant les revues de la littérature a permis la construction d'une méthodologie robuste. L'intégralité des études éligibles ont été analysées selon des outils d'étude du risque de biais permettant d'étayer le poids de ces travaux. Les articles analysés ont pour la majorité un risque de biais jugé faible ou modéré.

La recherche en deux temps a permis de s'assurer de la fiabilité des informations fournies dans cette thèse lors de sa parution et lors de sa soutenance. Cette double recherche a ainsi permis de rester à jour sur le sujet.

Lors de la première phase de tri, un taux de concordance de 83% a été retrouvée. Après discussion des raisons ayant amené à un taux inférieur à celui attendu, la concordance à chaque autres phases de tri dépassait les 90%. Les raisons initiales de discordances étaient majoritairement issues de compréhension différentes des termes employés dans la littérature. Après discussions sur le sens à accorder à des expressions comme « sexual minorities », la concordance n'a jamais été inférieure au seuil fixé. Cet élément est en faveur de critères d'inclusion et d'exclusion précis.

Les recommandations issues de cette thèse en matière d'accueil des patient-es-x et d'évolution de nos pratiques de soins font écho direct avec la littérature associative retrouvée, indice important de leur possible efficacité. Les études sur la validité des tests de dépistage, et notamment de l'auto-prélèvement HPV, chez la population transgenre, retrouvent des résultats similaires à ceux retrouvés en population cisgenre, élément en faveur de leur validité.

## Limites de l'étude

Nous n'avons extrait de cette revue de la littérature qu'un faible nombre d'articles global et qui se citent mutuellement.

Notre thème porte sur une population sous-étudiée et nous nous sommes attardé-es sur un sujet lui-même sous-étudié au sein de cette population. En 2016 Reisner et al dans leur revue de la littérature sur la santé globale des personnes trans trouvaient que seul 7% des articles écrits sur la santé trans concernaient leur santé générale. Trente pourcent des articles portaient sur leur santé mentale, 22% sur la santé sexuelle et 20% sur la consommation d'alcool, tabac et drogues. (148)

Il semble exister un petit groupe de chercheur-euses-x travaillant sur le sujet de la santé trans et plus particulièrement de l'oncologie trans. De ce fait, la majorité des études de cette revue ont dans leur bibliographie des études également sélectionnées par cette revue. Cet élément peut donner lieu à un biais de confirmation de nos données puisque toutes issues des mêmes recherches et d'un même groupe de chercheur-euses-x ayant lu les travaux des autres ou ayant travaillé ensemble. Les liens entre les différents articles sont représentés dans le schéma ci-dessous.

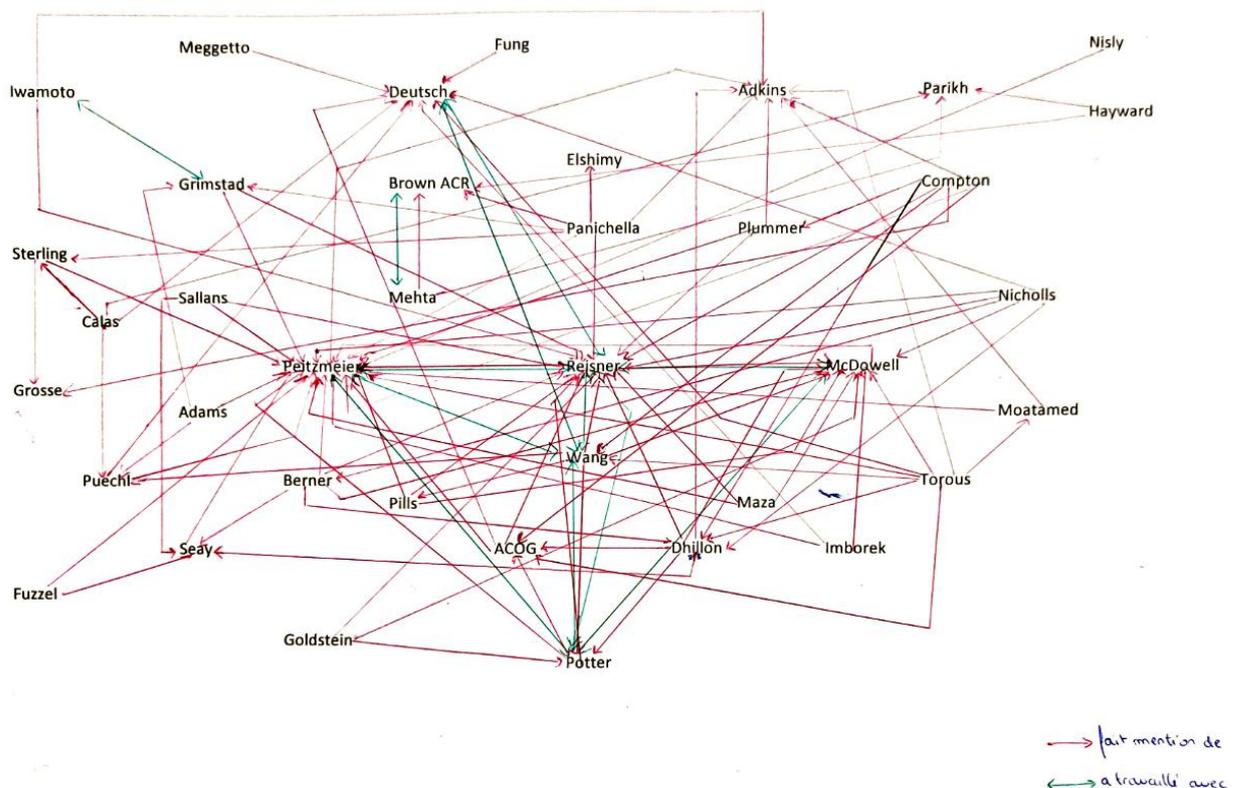


Fig 6 : « constellation » des chercheur-euses-x : citations et travail en commun

L'autre point d'accroche pour expliquer le faible nombre d'études est que l'étude de l'oncologie en population trans est limitée par le faible nombre de patient-es-x trans atteint-es-x de cancer. Il s'agit

d'une population peu nombreuse, marginalisée, non reconnue et qui évite le corps médical. (9) (34) De plus, c'est une population qui a une espérance de vie probablement moins importante que la population générale. Hughes et al trouvait dans son étude épidémiologique que 50% de la cohorte trans est décédée avant 77 ans, contre 84 ans pour la cohorte de population cisgenre suivie. (149) Il existe un taux de tentative de suicide 7 fois plus important chez les personnes trans qu'en population générale et une mortalité par suicide 3,5 fois supérieure selon une étude de Erlangsen et al publiée en juin 2023. Cette même étude montre une mortalité globale sur la période étudiée (1980 à 2021) deux fois plus importante dans la cohorte trans que chez leurs apparenté-es cis. (150) Cette étude sous-estime de plus probablement ces chiffres puisque la transidentité est déterminée dans leur étude à l'aide des dossiers médicaux nationaux et du changement d'état civil. Or comme nous en avons discuté dans l'introduction, l'intégralité de la population trans ne bénéficie pas d'un suivi médical pour sa transition ou d'un changement d'état civil. Le cancer est une pathologie avec des facteurs de risques modifiables mais dont le principal facteur de risque est l'âge, ainsi le peu de séniors trans ne permet probablement pas encore l'évaluation des pathologies liées à l'âge dans cette population. Un rapport de la William Institute de 2017 estimait le nombre de personnes trans de + de 65 ans à 200 000 sur l'ensemble du territoire Etasunien. Néanmoins, avec l'amélioration des prises en charge des transitions, le début encore timide de la reconnaissance des vécus et des parcours trans par la société et la médecine nous pourrions voir dans les années à venir de plus en plus de séniors trans et dans ce cas, la question oncologique se fera bien plus présente tout comme les questions de gestions des autres pathologies liées à l'âge comme les pathologies métaboliques, l'ostéoporose etc.

Notre revue de la littérature n'a finalement retrouvé aucun article éligible issue de la littérature francophone. Ce point est réexplicité dans la partie « avenir pour la formation et la recherche ». Il s'agit en effet davantage d'une absence de littérature francophone sur le sujet plus qu'un biais lié à notre algorithme en anglais.

La réalisation d'un deuxième tri à distance du premier a pu entraîner un bruit dans l'indexation des études avec un fort nombre de doublons qui ont dû être supprimés manuellement. Le faible nombre d'article issus de cette deuxième recherche démontrent deux points : la fiabilité de la première recherche et le peu de parution sur le sujet renforçant ainsi la véracité des informations fournies par notre travail.

## Généralités

La majorité des revues de la littérature trouvées par notre recherche abordaient un point essentiel du dépistage à savoir l'accueil des patient·es·x. Avant même de pouvoir envisager le frottis ou la prescription de la mammographie, il faut déjà avoir la personne en face de soi, dans des conditions suffisamment bonnes pour que la personne soit disponible pour entendre et discuter de la prise en charge. Ainsi, l'accueil de la personne, la communication nécessaire pour aborder le dépistage et le lieu de soin en tant que tels sont tous aussi importants et utiles que le geste en lui-même au sein du grand ensemble qu'est le dépistage, que le geste et sa fréquence.

Nous aurons beau avoir toutes les recommandations possibles, si les patient·es·x ne viennent pas nous voir, si les professionnel·les·x ne sont pas au courant des prises en charge possibles et si l'ensemble des soignant·es·x impliqué·es·x dans le dépistage ne sont pas formé·es·x, l'adhésion sera toujours faible.

Ainsi, lorsque nous disons « **quel dépistage proposer ?** » cette question englobe nécessairement toutes ces étapes clefs qu'il nous faut adapter le mieux possible.

Les propositions pour améliorer ces étapes existent dans la littérature scientifique comme dans la littérature associative. Cette partie tâchera de concilier les deux et de montrer les ponts existants entre ces 2 aspects de la santé communautaire.

### Charte associative

En 2018, plusieurs associations trans que sont OUTrans, Acceptess-T et ReST île-de-France ont publié ensemble une charte à destination des professionnel·les de santé avec comme objectif de créer un réseau de soignant·es· trans-friendly :

[https://associationespacesantetrans.files.wordpress.com/2019/03/charte\\_reseau-sante-trans-idf\\_sept-2018.pdf](https://associationespacesantetrans.files.wordpress.com/2019/03/charte_reseau-sante-trans-idf_sept-2018.pdf)

Dans cette charte nous retrouvons des engagements pour les associations et des engagements pour les soignant·es.

Les associations s'engagent :

- Fournir des **formations** sur l'accueil, le parcours de transition et les spécificités médicales
- **Mettre en relation les soignant-es-x** avec d'autres soignant-es-x signataires de la charte si besoin
- Jouer un rôle de **médiation** en cas de litige afin de se porter garant-es-x du respect de la charte pour les patient-es-x
- **Référencer** les soignant-es-x signataires
- **A organiser des temps d'échanges** entre soignant-es-x et patient-es-x

Les soignant-es-x signataires en retour s'engagent :

- À **respecter l'autoidentification** de la personne à savoir son prénom, ses pronoms et son lexique pour désigner son corps
- À **reconnaître et à respecter la diversité** des parcours, c'est-à-dire prendre en compte ce que souhaite la personne et de ne pas supposer ce qu'iel/il/elle devrait vouloir.
- À **conserver son professionnalisme** habituel : dans de nombreuses situations, la transidentité ne modifie pas la prise en charge habituelle, il s'agit de ne pas désigner cette dernière comme responsable de tous les maux. Le-a soignant-e-x s'engage à rediriger la personne vers un-e-x collègue si la problématique en cours dépasse ses compétences comme il/elle le ferait avec n'importe quel-le patient-e.x. La-e soignant.e-x s'engage à faire preuve de tact et à respecter la pudeur et le vécu des personnes en demandant les antécédents strictement au même titre que les autres patient-es-x et pas par curiosité.
- À pratiquer des **tarifs adaptés** les personnes trans étant particulièrement touchées par la précarité économique, iel s'engage à limiter ses éventuels dépassements d'honoraires, à effectuer le cas échéant des actes gratuits ou à orienter vers des structures effectuant ce type d'actes.
- À intégrer les transidentités dans la **formation médicale continue**, c'est-à-dire à se renseigner régulièrement sur le sujet au vu de l'évolution rapide des sciences et à s'ouvrir aux points de vue des associations.
- À assurer le **partage de la décision** médicale : partager à la/au patient-e-x les éléments scientifiques motivant son raisonnement pour obtenir un consensus.
- À assurer le **respect du secret médical** en mettant l'accent sur le respect du secret médical pour les mineur-es-x, les personnes neuro-atypiques et les personnes atteintes de maladies psychiatriques et/ou neurologiques.

(151)

Nous retrouvons ainsi dans cette charte, publiée il y a déjà 5 ans la plupart des grands points retrouvés dans notre recherche à savoir : la formation des soignant·es·x, la création d'un réseau de professionnel·les·x, le respect du prénom, des pronoms et accords et du lexique de la personne (donc de son identité de genre) et ne pas supposer le genre et l'orientation. Nous retrouvons également quelques points que l'on peut rattacher aux conseils sur l'amélioration des gestes de dépistages et notamment les aspects logistiques avec la prise en compte des difficultés financières et des aspects de communication dont notamment les explications pour une décision médicale partagée. La question financière est une question récurrente quand il s'agit de soins aux minorités et des modes de financements alternatifs voient le jour comme c'est le cas au Village 2 santé d'Echirolles en Rhones-Alpes où l'ARS teste un mode financement spécifique ou tout simplement du tiers payant intégral comme c'est le cas de la maison de santé du Blossne à Rennes faisant partie du réseau des centres de santé communautaires tous les deux.

SOS homophobie dans son rapport 2023 sur les LGBT+phobies demande à « rendre les parcours de soins plus inclusifs », en ne présupposant pas le genre, l'orientation et les pratiques sexuelles des patient·es·x afin de construire plus efficacement une alliance thérapeutique. L'association appelle également à un développement des formations à destination des soignant·es·x et un développement des politiques de santé sur ces questions. (65)

### Respecter l'auto-identification

Nous souhaitons revenir sur l'importance de respecter la personne dans son intégralité, y compris dans son identité. Cela passe par le fait de demander à le·a patient·e·x quel(s) pronoms iel utilise. Il serait faux de penser qu'une fois les trois pronoms il, elle et iel acquis, l'ensemble des situations s'inscriront dans ces 3 cases (masculin, féminin, neutre).

En effet, il existe autant de genre que de personnes et une transition de genre n'implique pas nécessairement un rejet total du genre attribué pour embrasser intégralement les codes du genre opposé.

Cela est sans compter la diversité des parcours, les changements de compréhension de son genre au fur et à mesure de l'évolution ou du temps ou encore simplement la prise en compte des personnes genderfluid. Plusieurs personnes trans rapportent continuer à utiliser les pronoms de leur enfance par commodité ou par envie et nombreux sont les néo pronoms neutres autres que iel. Ainsi, pour dresser une liste, même si non exhaustive, nous retrouvons iel, ielle, yel, yelle, ul, ulle, ol, olle, ole, ille, ael, aelle, aël, el, len, lu etc.

L'usage du bon pronom pour créer un environnement de soin inclusif, permettant la prise en charge optimale de toustes·x, est essentielle. Nous conseillons donc de s'enquérir lors de la prise de contact initiale du prénom et des pronoms utilisés et de régulièrement reposer la question à la personne afin de s'enquérir d'un éventuel changement.

Pour Lexie, autrice trans dans *Une histoire de genre* : « parler à une personne trans nécessite de prendre des précautions. Il s'agit de garder un sens aigu de l'empathie, une écoute attentive et d'accepter la remise en question de vos propos et de ne pas remettre en question les conséquences de ceux-ci, tant dans le choix du vocabulaire que dans celui des sujets de conversation. » (5)

La création de questionnaires d'entrée, avec pour but de s'enquérir de l'identité de chacun·e·x, est proposé dans de nombreux articles analysés. Aux Etats-Unis, il semble courant de composer à son arrivée dans un nouveau centre de soin avec ces fiches à remplir pour parler de soi-même et de son parcours médical. Cette pratique semble plus éparse en médecine générale en France et même si elle pourrait tendre à se développer, le recueil des antécédents et du mode de vie des patient·es·x est encore largement assuré par les médecins elleux-mêmes lors des premières consultations de rencontre avec les patient·es·x. Sans pour autant rejeter ces questionnaires, nous pouvons déjà nous en inspirer pour réaliser un recueil des informations à l'oral plus inclusif envers les personnes trans avec toujours cette idée majeure de ne jamais présupposer le genre de la personne en face de soi.

L'importance de la relation patient·e·x-soignant·e·x est un point clef de la formation en médecine générale. Pour Puechl : « Becoming sensitive to the experience of transgender and nonbinary patients can lead to improved patient rapport, improved individualized screening, and treatment planning, an increased likelihood that patients seek ongoing care, and likely better health outcomes. » (*Devenir sensible à l'expérience des patient·es·x trans binaires et non binaires peu amener à améliorer la relation avec les patient·es·x, améliorer le dépistage individuel, améliorer l'observance au traitement, augmenter les chances que les patient·es cherchent à prendre soin de leur santé et conduisent potentiellement à une amélioration de la santé*). (116)

Il est tout aussi primordial de savoir s'excuser quand on a commis une erreur. Cela revient à dire à la personne, que malgré l'utilisation de mauvais termes, nous reconnaissons quand même son identité de genre. Nous sommes d'accord avec Bertoncelli et Nichols pour dire que s'avoir s'excuser correctement s'apprend. Il s'agit souvent d'une capacité apprise au contact d'autres personnes trans. Nous ne pouvons pas donner d'astuces sur ce point : le principal est de savoir reconnaître son erreur et de ne pas la minimiser. Si la communication est au cœur de la relation médecin-patient·e·x (Fournier et Kernazet (152)), il semble cohérent qu'une attention toute particulière soit donnée par les

soignant-es-x au respect du genre, ce qui permettra une meilleure adhésion au soin. **Bien genrer devient ainsi une question de santé.**

### Adapter le lieu de soin

Le lieu de soin, qu'il soit cabinet de médecine générale isolé ou maison de santé pluridisciplinaire nécessite des ajustements pour permettre aux personnes trans de mieux s'y sentir. Cela passe bien évidemment par les soins qui y sont prodigués mais aussi par un ensemble d'amélioration de l'environnement lui-même. Ainsi, la création de toilettes non genrées est décrite dans nos résultats comme étant un point aussi important qu'afficher la politique inclusive de l'établissement sur place ou sur ses autres moyens de communication (site internet notamment). L'existence d'une seule toilette non genrée peut sembler suffisant mais à notre sens la généralisation du modèle de toilettes individuelles sans mention de genre semble être le plus pertinent. En effet, avoir une seule toilette non genrée peut provoquer l'effet inverse : les personnes trans vont dans les toilettes des personnes trans, celles sans mention « madame » ou « monsieur ». Ceci pouvant créer une forme de marginalisation, nous recommandons de n'avoir que des toilettes non genrées individuelles.

L'accueil d'une patientèle trans passe aussi bien par le corps soignant qui la suivra que par l'ensemble du personnel présent sur les lieux. Que vaudrait une consultation adaptée si la personne a été mégenrée devant toute la salle d'attente par le personnel censé l'accueillir ? Nous souscrivons pleinement à la formation de l'ensemble du personnel présent comme préconisé par les auteur-ices cité-es dans nos résultats. (107), (109), (110), (111), (114), (115), (116)

L'adaptation du lieu de soin passe également par le matériel utilisé. Il est nécessaire de rendre les campagnes de dépistage et tout matériel de communication en santé en général moins cis-centré (tourné uniquement vers la population cisgenre). L'absence de campagne incluant les personnes trans entraîne l'absence de dépistage, comme décrit par Alessandrin et al. (23)

En soins oncologiques, les campagnes sont excessivement genrées. Ainsi, il suffit de chercher des affiches pour le dépistage du cancer du sein pour voir surgir sur son écran une avalanche de posters roses. On parle d'octobre rose, du ruban rose. Même si nous n'apprécions pas l'assignation à un genre des couleurs, force est de constater que les normes sexistes les confinent à ce rôle, rose pour les femmes, bleu pour les hommes au point où l'on sait qu'une affiche rose concerne les femmes et uniquement elles. Pour reprendre les termes de Lucas, homme trans interrogé par Harb « *Everything's pink ! Very pink ! And i already started to look more masculine at that point [...] I just didn't feel like I was welcome there.* » (Tout était rose, très rose. Je commençais déjà à paraître plus masculin. Je ne me sentais pas le bienvenu). (153) Mehta et al rappelaient à cet effet de ne pas utiliser de rose ou le

terme « centre pour femme » pour les centres spécialisés dans le cancer du sein, afin de permettre aux personnes trans de mieux s’y sentir. (109) De manière globale, ne plus parler de « santé de la femme » serait une bonne approche. Cela aurait un effet direct sur l’adhésion au dépistage car comme le signalait Peitzmeier, il existe un lien direct entre l’inconfort d’un frottis et la perception genrée de ce dernier.

Mansh et al dans leur revue narrative concluaient qu’un **meilleur accueil des personnes LGBTQ+ est un meilleur accueil pour la patientèle dans son ensemble.** (154)

### Constituer un réseau de professionnel·les.x inclusif·ves.x

La constitution d’un réseau de soignant·es.x inclusif est mentionnée régulièrement au cours de nos recherches, avec cette idée que le lieu de santé est le reflet de la pratique des professionnel·les.x qui l’habitent. Le modèle des cliniques spécialisées par thème est assez courant aux Etats-Unis mais beaucoup moins fréquent en soins de premier recours sur l’hexagone. En France, notons plusieurs exemples de maison de santé ayant réalisé une adaptation de leurs pratiques pour faciliter les parcours de soins des patient·es.x LGBTQ+ et notamment des patient·es.x trans. Nous pensons plus particulièrement à la maison de santé dispersée de Lille, pionnière dans le domaine. Elle propose un accompagnement pluridisciplinaire des parcours de transition en lien avec les associations locales, à distance des réseaux fermés et décriés de l’ancienne Société Française d’Etudes et de prise en Charge de la Transidentité (SOFECT). Ce parcours était non psychiatrisé. (155) Ainsi comme a pu nous en faire part le Dr Donnet, ancienne médecin généraliste au sein de cette maison de santé et avec qui nous avons eu le plaisir de nous entretenir pour bénéficier de son avis lors de l’élaboration de cette thèse, le but était de créer un lieu de soin redonnant confiance aux patient·es.x et permettant de centraliser (comme il est de pratique courante en médecine générale) leur parcours et problèmes divers. Un protocole de parcours de soin a même été validé par l’ARS locale, anciennement du Nord-Pas-de-Calais. Ce dernier se concentrait sur l’accueil des patient·es.x et leur parcours de transition avec comme point central l’autodétermination de genre par les personnes. (155)

Nous pouvons également noter le centre Checkpoint Paris, antenne du CEGIDD (Centre gratuit d’information de dépistage et de diagnostic) et CSSAC (Centre de Santé Sexuelle d’Approche Communautaire) directement tourné vers la santé LGBTQ+ et qui propose des permanences de gynécologies spécifiquement tournées vers les lesbiennes, les TDS (travailleur·euses.x du sexe) et les personnes trans. (156) Le déroulement de ces consultations est d’ailleurs rapporté par Puill et al dans un article paru en novembre 2022. Il s’agit de consultations gratuites sur 4 créneaux, une fois toutes les 3 semaines de 1h chacune.

Cette initiative a permis d'expérimenter un cadre spécifique pour une question de santé peu abordée en 2017 date d'ouverture des consultations, mais très limitée puisque 100 consultations dont 17 avec des patient-es-x trans ont eu lieu en 4 ans avec un délai moyen de rendez-vous de 3 mois. Nous retrouvons dans ces consultations les points importants de nos résultats à savoir la demande du pronom utilisé par la personne en début de consultation, le fait de ne pas présupposer le genre et les pratiques sexuelles, l'explication au préalable de l'examen gynécologique sur les gestes envisagés et les bénéfices attendus, le fait de montrer le matériel utilisé en amont, faire se déshabiller la personne en intimité et uniquement la zone qui sera concernée par l'examen, proposer que la personne mette le spéculum elle-même et l'utilisation de phrases d'encouragement à la fin des différents gestes. (157) Le nombre de créneaux a été augmenté après l'étude grâce à des financements spécifiques permettant le recrutement d'une médecin généraliste.

Les réseaux de soin spécialisés sont néanmoins un sujet épineux pour la communauté trans avec le souvenir douloureux de la SoFECT, devenue la FPATH (French Professional Association for Transgender Health) en 2019 connue aussi sous le nom de Trans Santé France. La plupart des associations pointent du doigt une volonté de monopole, des critères normatifs sexistes (c'est-à-dire qu'une femme trans doit vouloir se rapprocher dans sa transition le plus possible d'une femme cis pour que sa transition soit « valide »), la psychiatrisation importante du parcours et le rejet initial de l'autodétermination de genre. (158) Un document de 2017 émis par la SoFECT elle-même détaillait son protocole de prise en charge avec comme étape clef la vérification de l'absence de pathologie psychiatrique comme préalable à une prise en charge pour une transition. Ainsi la sélection des candidat-es-x à une transition par les équipes dépendait du feu vert d'un-e psychiatre. (159) Face à ces critiques, la SoFECT s'est réformée pour devenir Trans santé France de nos jours. Mais de nombreuses associations trans (11 dont OUTrans, Acceptess-T et Chrysalide que nous avons déjà mentionnées dans cette thèse) ont cosigné en 2020 une lettre ouverte qui pointe du doigt une absence de renouveau du bureau : « Les membres de la SoFECT ont, pendant des années, imposé des protocoles inhumains aux personnes trans, sélectionnées sur des critères sexistes, homophobes, grossophobes, putophobes, sérophobes, classistes et âgistes. Ils et elles ont été dénoncé-e-s à maintes reprises par les associations trans françaises et internationales, mais sont accueilli-e-s à bras ouverts à la nouvelle SoFECT-FPATH. ». Cette lettre mentionne également que le rapprochement de la FPATH avec la WPATH ne signifie pas la fin de la psychiatrisation du parcours, la WPATH gardant selon elleux l'idée de confirmer le diagnostic psychiatrique de dysphorie de genre avant de débiter une transition. La présence de psychiatres sur presque la moitié des postes au bureau de la FPATH est aussi pour elleux un indice du peu de changement idéologique. (160)

En 2019, le planning familial écrivait aussi que la SoFECT utilise des critères sexistes, homophobes et transphobes. (161)

La création de centres spécialisés sur le modèle américain apparaît au regard de nos résultats de nos recherches comme une option intéressante. Il s'agit pourtant de nuancer cette « solution idéale » au regard de la réalité de démographie médicale et d'organisation du système de santé en France. Les centres de santé spécialisés pourraient être une solution pérenne dans des grandes métropoles où la densité de professionnel·les·x formé·es·x à ces questions et la densité de patient·es concerné·es·x est suffisamment importante pour permettre une viabilité de la structure. Mais proposer ces centres comme unique solution est un mirage ne prenant pas en compte les difficultés d'accès au soin sur la majorité du territoire et la faible proportion de la population trans. Il nous semble beaucoup plus viable de se baser sur une autre solution qu'est la formation globale d'une plus grande portion de soignant·es·x afin de permettre à toutes d'avoir les bases suffisantes pour prendre en charge une personne trans dans sa globalité, comme c'est attendu pour n'importe quel·le autre patient·e cis. Cela permettrait de diminuer un phénomène trop bien connu de la communauté LGBT+, et des minorités en général, qu'est le fait de devoir former soi-même son/sa soignant·e.

### Fournir des formations

Le manque de formation des soignant·es est décrit par Baleige et al comme lié à des difficultés en matière de recherche et de politiques publiques ainsi que par le caractère indirect des rares données acquises. (162) Cela rejoint ce qui a déjà été dit précédemment à savoir qu'il n'existe que très peu de recherche francophone sur le sujet, que la majorité des études parlent de santé LGBT sans décomposer l'acronyme et que les guides de politique publique ne prennent pas en compte les spécificités attenantes aux personnes trans ou via un prisme uniquement centré sur leurs transitions.

Le thème de la formation est détaillé dans le paragraphe « Avenir pour la formation et la recherche »

### Groupes de pairs et tissu associatif

Les plannings familiaux ont inclus, au fur et à mesure des années, à leurs différentes missions, l'émancipation de sexualité et de genre. Un tiers des centres au travers du territoire réalisent des consultations spécifiques, souvent de transition hormonale, dans des territoires où l'accès à ces prescriptions par d'autres moyens est limité. (158) Dans son congrès de 2019 le planning a rappelé son attachement à l'autodétermination de genre pour les personnes et son inclusion des personnes trans au sein de leurs campagnes de communication n'a pas laissé indifférent les milieux conservateurs à la vue d'une affiche présentant un homme trans enceint. (163) Cette affiche est issue d'une série réalisée

par l'illustrateur Laurier The Fox réaffirmant le droit aux soins des personnes trans comme : « au planning on sait qu'il y a encore plus de genres que de contraception » ou « au planning on respecte l'autodétermination ». (164)

Il s'est construit depuis de nombreuses années, et grâce au développement concomitant des réseaux sociaux, des supports d'entraide en opposition à la main mise médicale décrite précédemment. Il existe un fort tissu associatif dans des grandes villes comme Lille, Rennes et Paris ayant réussi à décentraliser les prises en charge et à se mettre en lien avec des médecins généralistes.

Cette question de réappropriation de son corps et de sa santé est un enjeu historique fort dans la communauté LGBTQ+, depuis la crise du VIH, qui perdure depuis. Un exemple concret est la création d'un guide d'auto-injection. Les associations trans ont bien compris l'importance d'un geste fait dans de bonnes conditions d'asepsie et selon une méthodologie rigoureuse afin de limiter les effets indésirables et de permettre une bonne efficacité. De ce fait, une information fiable est souvent relayée comme notamment dans le « Guide d'auto-injection intramusculaire d'œstrogène » réalisé par les collectifs FLIRT (Front de Libération Intersectionnel Radical Transfem ) et STRIP ( Syndicat Trans des Injecteur-ices Précarisé-es ) (165)

Nous noterons également dans les initiatives d'auto-formation déjà citées plus haut la brochure « hormones et parcours trans » de l'association OUTrans sorti en 2017 et réédité en 2022 sur les transitions médicales de genre. (166) L'énorme projet « wikitrans » regroupe des informations sur la transidentité allant des définitions aux parcours de transition médicale et sociale en passant par des brochures à destination des parents et des proches, une carte des associations etc.

Dans les autres projets que l'on peut percevoir comme une forme d'auto-défense contre les discriminations du corps médical nous pouvons citer :

- Gyn&co proposant une liste de soignant·e·x gynécologues, sage femmes ou médecin généraliste dit·es·x féministes par le collectif et dont les critères sont notamment le respect de l'orientation sexuelle et de la transidentité. (167)
- Médecins LGBTQ+-friendly qui regroupe une liste de soignant·es·x toute spécialité et toutes professions confondues jugé·es·x LGBTQ+-friendly par leur usager·es·x (168)
- Le site BddTrans qui regroupe lui aussi une liste de soignant·es·x transfriendly regroupé·es·x par spécialités, au travers de la France. (169)

Le milieu trans n'a pas attendu le corps médical pour prendre en main sa santé, le corps médical étant initialement plutôt un frein à l'auto-déterminisme souhaité. L'existence de ces projets est en soit une preuve tangible de l'importance des différentes associations et réseaux trans dans la diffusion de

message de santé et dans les changements en cours dans le milieu médical. Leur appui sera essentiel pour permettre un changement des pratiques oncologiques et l'inclusion des minorités trans aux différentes campagnes, mais également leur mise en application par la diffusion d'information directement d'associations à usager-es-x. Les 3 exemples de listes de médecins *safe* (*anglicisme utilisé dans le milieu associatif et militant voulant dire sur-es en anglais et qui signifie que la personne est jugé-e-x comme non discriminant-es-x*) est une preuve elle aussi de la méfiance persistante envers le corps médical et du travail qu'il nous reste à fournir pour améliorer notre accueil des personnes trans et ainsi espérer augmenter l'adhésion aux dépistages. Comme le montraient Baleige et al, la base de la pyramide des besoins en santé est occupée par les soins informels avec les auto-soins et les associations. Nous, soins primaires, n'arrivons finalement qu'après.

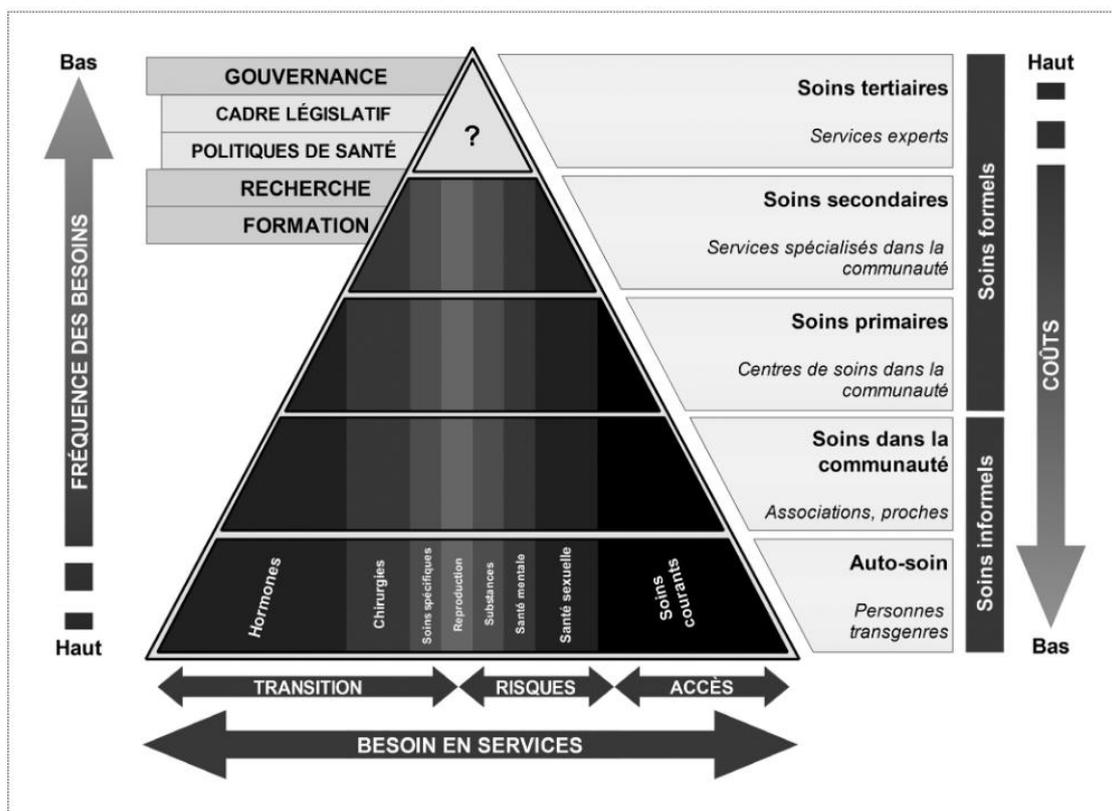
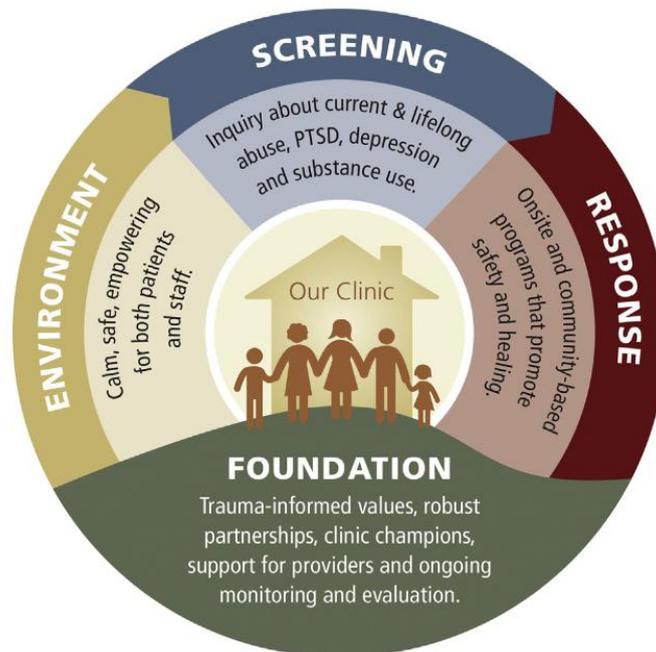


Fig 7 : «représentation des besoins des personnes transgenres et de genre divers sur le modèle de la santé communautaire » Baleige et al (162)

## Trauma-informed Primary Care



Machtinger, E. L., Cuca, Y. P., Khanna, N., Dawson Rose, C., & Kimberg, L. S. (2015). From Treatment to Healing: The Promise of Trauma-Informed Primary Care. *Women's Health Issues*, 25(3).

Fig 8 : Modèle de Machtinger et al (170)

Nous avons évoqué le modèle de Machtinger dans nos résultats comme une réponse possible aux patient-es-x pour lequel-es-x il est difficile de suivre un programme de soin par des antécédents de traumatismes. En 2015, Machtinger et al proposent une approche de soins à destination de ces personnes ayant un antécédent de traumatisme. (170) Il décompose ainsi son approche en 4 plans ayant pour objectif de rendre le lieu de soin le plus accueillant et rassurant possible :

- **L'environnement** en lui-même : toute l'équipe doit bénéficier d'une formation, d'au moins une demi-journée sur les types de traumatismes susceptibles d'être rencontrés et comment ceux-ci peuvent interférer avec la santé des personnes ; l'espace physique doit permettre plusieurs espaces d'intimité et de confidentialité mais également permettre des espaces de rencontres pour faire communauté. La création d'équipe pluridisciplinaire locale permet de garder dans un même lieu l'ensemble du parcours rendant le tout rassurant pour les personnes. L'environnement doit également permettre aux soignant-es-x, parfois ayant subi elleux même des événements traumatiques dans leur vie, de bénéficier des mêmes aspects de sécurité personnelle. Il s'agira de discuter en équipe de la meilleure manière de concilier ces deux plans, les auteur-ices ne donnant pas de points précis.

- Le **dépistage des traumatismes** est un acte à « banaliser » dans le sens où il ne doit pas être exceptionnel dans le parcours de santé des patient-es-x. Il faudra rechercher de manière concomitante les conséquences à ces traumatismes perçus par la personne sur sa vie actuelle.
- Une **réponse adéquate** à apporter : la révélation d’antécédents traumatiques personnels au corps soignant est parfois déjà en soi thérapeutique puisqu’elle permet de libérer la parole. La réponse des soignant-es-x se concentre à être empathique, à valider les vécus individuels et à conserver l’autonomie de décision des personnes. Les réponses concrètes peuvent être adaptées selon le réseau local et les moyens du lieu de soin (associations, psychologue, mise à l’abri en cas de violences sexistes et sexuelles en cours ). Préciser à la personne que l’équipe est formée est aussi une forme de réassurance.
- Les **fondations** : l’effectivité des points précédents tient par la détermination des soignant-es-x à vouloir prodiguer un soin adapté à ces personnes tout en leur laissant leur autonomie de choix. Cela peut passer, comme le propose les auteur-ices, par la mise en place de « clinic champion » (comprendre ici un-e soignant-e-x référent-e-x dans ce domaine), des partenariats avec d’autres espaces *safe* notamment associatif.

Nous notons, sans surprise, que la plupart de ces points rejoignent des points déjà évoqués concernant l’accueil des personnes trans et l’adaptation des pratiques et des locaux que cela implique. Nous le redisons, améliorer l’accueil des personnes trans, c’est améliorer l’accueil pour toutes car cela nous oblige à repenser la façon dont on soigne, du bâtiment au geste diagnostique et thérapeutique.

Pour aller un peu plus loin sur le lien entre traumatisme et dépistage du cancer nous précisons de nouveau que le dépistage est un acte de prévention. Il s’agit d’un choix personnel que d’y participer ou non. Notre rôle de soignant-e-x est de présenter aux personnes les bénéfices attendus de ces dépistages et de les accompagner au mieux pour leur réalisation. Les examens ne sauraient être utilisés pour retarder une prise en charge et principalement une transition de genre. Parfois, la personne n’est pas dans une période de sa vie adéquate pour participer au dépistage, ou son histoire personnelle et ses éventuels antécédents de traumatismes ne lui permettent pas d’avoir accès pour le moment à ce pan de sa santé. La balance bénéfice-risque est à évaluer avec la personne elle-même : par exemple, en cas d’antécédent de violences sexistes et sexuelles, un examen du col risque d’être mal toléré et seule la personne elle-même est apte à juger quel moment est le bon pour cet examen.

## Cancer du col

Pour reprendre les termes de Dihlon et al : « le cancer du col ne discrimine pas ». S'il y a un col de l'utérus, il y a une possibilité de cancer et donc une nécessité de penser le dépistage pour l'adapter à cette personne.

Jedrzejewski écrivait dans sa thèse d'exercice en 2016 que les besoins gynécologiques des personnes trans masculines sont un impensé médical. Le-a médecin ayant en face de lui un homme, ielle est loin d'aborder la question gynécologique. Il rajoutait que le sigle LGBT est né d'une convergence des luttes mais il présente peu d'intérêt en médecine regroupant une population trop disparate avec des réalités et des nécessités de soin trop différentes. (171) Il ne s'agit donc pas ici de penser le cancer du col de l'utérus et son dépistage pour les personnes LGBTQ+ mais pour les personnes trans, masculines d'une part, non binaires et trans, féminines, d'autre part.

### Dépistage chez les personnes ayant un col de l'utérus

Les résultats rapportent un certain consensus concernant le dépistage à savoir sa réalisation chez toute personne ayant un col de l'utérus, en âge de dépistage national, selon le protocole en vigueur, que cette personne soit sous hormonothérapie ou non.

Ainsi toute personne transmasculine ou non binaire ayant un col de l'utérus devra se voir proposer la réalisation d'un frottis cellulaire à partir de 25 et jusqu'à 29 ans. Les deux premiers frottis devront être réalisés à 1 an d'intervalles puis tous les 3 ans. À partir de 30 ans, il est conseillé la réalisation d'un test HPV tous les 5 ans jusqu'à 65 ans. En cas d'hystérectomie avec ablation du col, il n'existe pas d'argument pour réaliser un dépistage du cancer du col sauf en cas de lésion de haut grade connue avant la réalisation de l'hystérectomie. Dans ce cas un suivi gynécologique particulier devra être mis en place.

Nous rappelons ici que les recommandations sont légèrement différentes chez les patient-es-x séropositif-ves-x, ce cancer étant médié par une activité virale. Ainsi il convient de réaliser un frottis cellulaire initial à la découverte de la séropositivité puis une fois par an pendant 3 ans. En cas de normalité de ces 3 FCU et si la personne sous traitement antirétroviral a une charge virale indétectable et un taux de CD4 >500/mm<sup>3</sup> alors on réalisera une cytologie tous les 3 ans. En cas de lésion ASC-US chez une personne avec une charge virale indétectable et un taux de CD4 par mm<sup>3</sup> >500 nous réaliserons un test HPV : négatif, nous resterons sur une cytologie annuelle ; positif, il faudrz réaliser une colposcopie. (172)

Les subtilités concernent finalement davantage le déroulement du dépistage et ses alternatives.

### Anatomopathologie

Les personnes trans sous testostérone ont jusqu'à 10 fois plus de chances que les femmes cisgenres du même âge d'avoir un test insatisfaisant, c'est-à-dire non interprétable par le laboratoire. (131) Ces données s'expliquent par l'atrophie de la muqueuse issue de l'imprégnation en testostérone. Cette atrophie donne en anatomopathologie un taux cellulaire par lame diminué, avec un aspect inflammatoire plus fréquent pouvant être pris confondu avec des lésions précancéreuses et donc entraîner un risque de surclassement des frottis.

Cet élément est d'autant plus préoccupant que les personnes trans mettent en moyenne 5 fois plus de temps que les femmes cisgenres avant de réaliser un nouveau test si le premier est insatisfaisant. (135)

Pour améliorer cela, il est conseillé, après accord du / de la patient-e-x, de prévenir le laboratoire de la prise de testostérone. Certains anatomopathologistes conseillent d'abaisser le seuil d'interprétabilité du test en milieu liquide (ThinPrep® couramment en France) de 5 000 cellules par lame à 2 000 cellules comme le recommande la classification Bethesda 3<sup>e</sup> édition pour les personnes ménopausées, post radiothérapie ou toute autre étiologie d'atrophie chronique. (173) Connaître l'exposition et modifier le décompte cellulaire minimal de 5000 à 2000 a permis dans une des études citées de récupérer 1/3 des tests jugés initialement insatisfaisants.

Certain-es auteur-ices conseillent également à leurs collègues l'utilisation d'immuno-marqueurs tels que p16 (protéine suppresseuse de tumeur dont la surexpression a pour rôle de montrer l'activité néoplasique d'HPV oncogènes (174)) et MIB-1 (marqueur de prolifération cellulaire) pour différencier l'atrophie de lésions précancéreuses.

En tant que médecin généraliste, notre rôle après la réalisation du frottis est donc de veiller à ce qu'il soit interprété en tenant compte de la situation de notre patient-e-x, après obtention de l'accord de la personne de divulguer son statut au laboratoire.

### Auto-prélèvements

L'auto-prélèvement HPV consiste en un simple écouvillonnage intravaginal réalisé par la personne elle-même. Nous mettons en annexe un guide réalisé par le laboratoire biocentre à destination des patient-es-x devant réaliser un auto-prélèvement vaginal dans leurs centres (créé pour le dépistage par

APV de chlamydia et gonocoque mais que nous pouvons facilement réutiliser pour le dépistage HPV le geste étant le même).

Nous proposons également la vidéo réalisée par le CRCDC Centre Val de Loire spécifiquement pour l'APV HPV à domicile : <https://www.youtube.com/watch?v=ZQBhCOMagx4> (175)

L'institut national du cancer (INCa) propose le recours à l'auto-prélèvement depuis mai 2022. (176) Il ne s'agit pas d'un premier recours mais d'une modalité possible en cas de refus ou d'impossibilité de réaliser le test HPV par un·e·x professionnel·le·x de santé. Dans son rapport, l'INCa précise que le kit sera envoyé par le centre régional de coordination des dépistages des cancers (CRCDC) au domicile des personnes s'il n'y a pas eu réalisation d'un test dans l'année suivant la réception du courrier d'invitation. Ce kit peut également être envoyé à la demande d'un·e·x professionnel·le·x. de santé. Ces modalités ne concernent pour le moment que les femmes en âge d'avoir un dépistage par test HPV c'est-à-dire entre 30 et 65 ans en France. Même en cas de demande d'un médecin, la demande passe par le logiciel de gestion de la CRCDC pour tester l'éligibilité et adapter l'invitation et son suivi. (176) Se pose là encore la question de l'accès à ce test en cas de changement de genre à l'état civil pour les hommes trans.

The European Cancer organisation (ECO, organisation européenne contre le cancer), dans son plan d'éradication des cancers HPV-induits paru en 2021, préconise le recours à l'auto-prélèvement HPV et son introduction dans les schémas nationaux de dépistage du cancer du col.

L'ECO préconise néanmoins un temps d'explication entre soignant·e·x et patient·e·x pour expliquer la réalisation dudit auto-prélèvement (de la même manière que nous donnons des explications aux patient·es·x pour les prélèvements de selles lors du dépistage du cancer du côlon). Ce même rapport précise qu'en 2015, leur organisation n'était pas favorable à son utilisation en première intention car l'auto-prélèvement avait démontré une plus faible fiabilité que le test standard au spéculum, depuis, l'amélioration du matériel et surtout de la Polymerase Chain Reaction (PCR) permet à l'auto-prélèvement d'être aussi fiable qu'un écouvillon sous spéculum et qu'il peut donc être utilisé en première intention. Il existe une augmentation de l'adhésion au dépistage, dans une étude belge, après introduction de l'auto-prélèvement comme option de dépistage, et les Pays-Bas qui l'ont introduit dans leur stratégie nationale de dépistage en 2020 constate également une augmentation de la participation. (177)

Nous noterons néanmoins que ce rapport de l'ECO ne fait aucunement mention des personnes transgenres et que les études sur lesquels il s'appuie n'en font pas mention non plus. Ce texte est d'ailleurs uniquement écrit au féminin pour la population cible. Il s'agit néanmoins d'une source

officielle supplémentaire appuyant le recours à l'auto-prélèvement HPV comme option de dépistage primaire du cancer du col.

Le recours à l'auto-prélèvement a permis dans une des études un doublement du taux de participation au dépistage du col. Cette technique est jugée largement préférable par les personnes trans interrogées dans l'ensemble des articles étudiés. Quelques doutes subsistent cependant chez les concerné-es-x et leurs médecins concernant la fiabilité en comparaison avec le frottis HPV standard. Au vu des données rassurantes chez les femmes cisgenres et des données, rassurantes elles aussi, issues de notre recherche chez les personnes trans, avec une concordance de 70%, l'auto-prélèvement semble représenter une alternative fiable.

Nous garderons les recommandations de l'INCa à ce sujet à savoir de le proposer en cas de refus de réaliser un test HPV standard après explications, le test restant moins étudié dans des cohortes de morbi mortalité et avec une concordance inférieure à 100% au test standard. L'ECO conseille désormais sa réalisation en première intention de manière équivalence au prélèvement sous spéculum mais chez la population cisgenre. De plus, en France, un APV en 1<sup>e</sup> intention ne serait pas pris en charge par les instances de remboursement de soin.

Il conviendra de se méfier néanmoins du suivi après un auto-prélèvement revenu positif. Une étude marseillaise de 2013 sur une population de femmes cis à bas revenus montrait une faible observance du suivi chez le groupe auto-prélèvement en comparaison au groupe ayant bénéficié du dépistage standard. Nous conseillons de prévenir avant la proposition d'APV qu'en cas de positivité, un examen sous spéculum devra être réalisé pour poursuivre la démarche diagnostique. (178) Il ne faudra également pas oublier que l'auto-prélèvement HPV tel que prévu en France ne permet pas la réalisation d'une cytologie réflexe en cas de positivité, contrairement au prélèvement standard sous spéculum. En effet, il ne s'agit pas de cytobrosse mais d'écouvillons standard comme précisé par l'INCa dans son référentiel national sur le dépistage du cancer du col de l'utérus.(176)

Le test de détection du papillomavirus sur un recueil d'urine commence à voir le jour. Cette méthode est décrite dans nos résultats comme jugée acceptable par les personnes trans, masculines, féminines ou non binaires. Il s'agit d'un recueil du premier jet urinaire avec réalisation d'une PCR pour détecter les différents sérotypes du papillomavirus. Cette technique montre à l'heure actuelle dans les premières méta-analyses de bonnes valeurs intrinsèques au test avec une sensibilité de 77 à 88% selon les sérotypes et une spécificité de 88% à 98% (en comparaison au gold standard qu'est le test HPV réalisé par un-e professionnel-le-x de santé). (179) (180). Avec l'amélioration de la PCR, cette technique tend même à montrer une sensibilité similaire au gold standard. (181) Pour le moment, aucune recommandation au travers du globe existe pour implémenter les tests urinaires dans les campagnes

de dépistage national du cancer du col. Si cette technique venait à être étayée au fur et à mesure des publications, elle deviendrait un outil supplémentaire dans l'arsenal de lutte contre les cancers HPV médiés y compris le cancer anorectal.

L'étude de Torous fait mention de cas d'auto-prélèvement cellulaire du col. À notre connaissance il ne s'agit pas d'une pratique recommandée dans les pays étudiés, probablement par manque de données sur le sujet. La littérature actuelle chez les femmes cisgenres montre néanmoins que la réalisation par la personne elle-même d'un FCU aurait une bonne VPP et qu'en combinaison avec un auto-prélèvement HPV elle pourrait être une bonne alternative au dépistage standard (Mangold – avril 2019 (182)). L'auto FCU semble, sans surprise, aussi être un examen bien accepté par les femmes cis et qui aurait une spécificité et un taux de corrélation avec un FCU sous spéculum traditionnel important (Singla et Komesaroff – avril 2018 (183)). Il faudra néanmoins des études avec des cohortes plus importantes, des études randomisées appareillées et des études de morbi mortalité avant de voir cette technique implémentée dans la stratégie de dépistage des femmes cisgenres, nous sommes donc bien loin de son utilisation chez les personnes trans.

Se pose néanmoins toujours la question de la prise en charge financière du dépistage du col et notamment de l'auto-prélèvement HPV chez les personnes trans.

### Un système genré

Nous avons trouvé plusieurs mentions dans la littérature étasuniennes et dans les pages associatives françaises de difficultés de prise en charge financière du dépistage en cas de changement de genre à l'état. Notre recherche n'a pas retrouvé d'article en français, il est donc difficile d'évaluer la réalité de ces difficultés sur le territoire national. Néanmoins, l'assurance maladie sur son site précise que la prise en charge à 100% de la cytologie et du test HPV est conditionnée par la réception du courrier d'invitation au dépistage avec les étiquettes. (184) Ces courriers sont envoyés par les CRCDC aux femmes éligibles c'est-à-dire en âge de dépistage. Il est néanmoins possible de contacter les CRCDC en cas de problème logistique pour les femmes cis afin de demander un renvoi du courrier.

Cette même question se posait aussi pour le dépistage du cancer du sein chez les femmes transgenres puisque la prise en charge dépend aussi de la réception du courrier chez les femmes en âge d'être dépistées. (185)

Nous avons envoyé au cours de la rédaction de cette thèse un mail au CRCDC de Normandie afin de discuter avec elleux de cette problématique mais malheureusement notre demande est restée sans réponse avant le rendu de ce manuscrit.

À la suite du FCU ou du test HPV, il convient de contrôler le plus possible les étapes suivantes comme la réception des résultats et la communication de ces derniers à la personne. L'examen aura beau être réalisé dans des conditions parfaites, si au final le laboratoire mégenre la personne, cette dernière ne pourrait garder que ce souvenir de l'ensemble du processus et potentiellement ne plus participer au dépistage les années suivantes. Ainsi, dans une étude de Carroll et al, un des hommes trans interrogé rapporte : « c'était désagréable de recevoir une lettre m'appelant madame ». (186)

L'adhésion au dépistage, n'est donc pas le seul apanage de la médecine générale mais dépend de toutes les soignant-es-xn. Cela renforce l'intérêt à porter au travail pluridisciplinaire.

### Femmes trans et frottis

La réalisation d'un dépistage chez les femmes trans et personnes non binaires ayant réalisé une vaginoplastie s'est posée et se pose encore à l'heure actuelle. La littérature a démontré un risque oncogène présent, médié par l'HPV comme les cancers cervicovaginaux de la femme cisgenre. Ce risque de cancer médié par un HPV est plus important en cas d'utilisation de greffes de tissu digestif qu'en cas d'utilisation de tissu épithélial (dans les techniques d'inversion pénienne notamment).

Certain-es auteur-ices proposent la réalisation d'un dépistage HPV oncogène au même titre que le reste de la population possédant un vagin, d'autres proposent la réalisation d'un examen au spéculum annuel à la recherche de condylomes évocateurs de lésions pré-cancéreuses. D'autres enfin proposent même la réalisation d'un frottis cytologique.

La question se posait déjà pour les cancers HPV induits de la marge anale et du rectum. Une méta-analyse montre qu'un dépistage cytologique semble avoir une bonne sensibilité pour les lésions intraépithéliales mais une faible spécificité. (187) Il reste recommandé selon plusieurs auteur-ices dans les groupes à risque de cancer anal que sont les personnes séropositives et les personnes ayant régulièrement des pratiques anales. (188) Ainsi, de manière similaire à la cytologie anale, Compton et al recommandent d'utiliser un seuil de 2000 cellules par lame pour interpréter un frottis cytologique d'une muqueuse néovaginale.(132)

La question que l'on doit se poser avant toute chose est : dans quel but réaliser un frottis chez une personne ayant bénéficié d'une vaginoplastie ? Si chez les personnes sous testostérone il est facile de supposer une amélioration de la morbi mortalité par cancer du col grâce au dépistage, cela semble plus compliqué chez les femmes trans. Il n'existe aucune classification des cancers néovaginaux, aucun guide de prise en charge diagnostique ou thérapeutique et surtout aucune conduite à tenir en cas de test HPV ou cytologique positif. Ici la question d'une colposcopie est peu envisageable, et réaliser un

examen au spéculum en cas de test positif nous semble peu pertinent, les lésions précancéreuses étant invisible à l'œil nu plusieurs décennies. L'incidence des cancers de la muqueuse néovaginales semblent faible au vu du peu de cas rapportés dans la littérature et l'organisation d'un dépistage systématique est à notre sens à risque important de surtraitement.

Nous conseillons donc la réalisation d'un examen au spéculum en cas de symptomatologie (saignement, douleur, leucorrhées...) ou en cas de souhait de la personne de réaliser un examen gynécologique après discussion du bénéfice attendu. Il n'existe pas de données à l'heure actuelle permettant de préconiser un dépistage systématique des cancers néovaginaux chez nos patient-es-x trans.

### Amélioration d'une consultation

Nous résumons dans ce paragraphe tout un ensemble de recommandations permettant un meilleur déroulement de cet examen déjà difficile qu'est le FCU sous spéculum, afin de rendre l'acte moins pénible pour la personne.

Du fait de l'atrophie de la muqueuse chez les personnes trans sous traitement masculinisant, l'examen au spéculum est d'autant plus pénible pour la personne : il est recommandé d'utiliser un spéculum le plus petit possible, y compris un spéculum dit « pédiatrique » si possible et d'utiliser une lubrification correcte cette dernière n'interférant pas avec les résultats de la cytologie. (189) L'utilisation de gel d'œstrogène localement pendant une durée d'au moins 5 jours est proposé par plusieurs articles, cette solution permettant de redonner à la muqueuse une capacité d'auto-lubrification. Bien que sans effet féminisant systémique par son utilisation local et sur une aussi courte période, c'est une solution peu choisie par les personnes trans pour qui la prise d'hormones féminines concomitante à leur testostérone leur fait craindre une baisse de l'effet attendu du THS.

Il convient de réaliser sur une consultation, précédente celle du frottis, les explications sur les bénéfices attendus du geste, les potentiels effets indésirables tels que les spotting pouvant provoquer de la dysphorie au domicile, et sur le déroulement de l'examen étape par étape. Nous souscrivons à la possibilité de proposer aux patient-es-x d'emmener chez elleux un spéculum pour s'entraîner à l'auto-insertion et la sensation de ce dernier en position fermée comme ouverte. L'auto-insertion du spéculum est à proposer systématiquement.

Il peut être proposé à la personne de venir au rendez-vous le jour J avec une personne de confiance.

Le jour de l'examen, les différents temps sont à respecter. Les explications sont à répéter alors que la personne est encore habillée. Il convient de laisser un temps à la personne pour se déshabiller seule

dans un espace à l'abri des regards. Il est également possible de sortir de la pièce le temps que la personne se déshabille si l'intimité ne peut pas être respectée faute d'espace. Un drap pour se couvrir devra être mis à disposition de la personne. Une position différente de la position gynécologique avec étriers pourra être proposée selon les possibilités comme le décubitus latéral notamment pour reprendre la thèse du Dr Botalla-Piretta, diplômée de Rouen. (190) Après réalisation du frottis / test HPV, un temps similaire pour permettre à la personne de se rhabiller devra être respecté, temps pendant lequel il conviendra de ne pas communiquer de nouvelles informations. Le déshabillage ne concerne que la partie basse pour la réalisation de cet examen. En cas de nécessité de réaliser un examen du torse / mammaire, il conviendra de laisser la personne de se rhabiller avant de lui proposer de passer à l'examen du tronc.

L'utilisation de phrases d'encouragements positifs est le bienvenu. Sans infantiliser la personne, elles permettent de marquer le bénéfice de l'épreuve passée.

L'utilisation d'anxiolytique est proposée dans plusieurs revues narratives mais est à utiliser avec méfiance. Chez les personnes avec des antécédents de traumatismes et sévices, surreprésentées en populations trans, l'utilisation d'anxiolytique augmente le risque de dissociation physique-psychique et donc augmente les possibilités que l'examen soit mal vécu par la personne.

Nous noterons que l'ensemble de ces recommandations sont applicables pour toutes peu importe le genre de la personne et l'examen à réaliser.

## Cancer du sein

### En général

Le dépistage du cancer du sein chez les personnes trans semble bénéficier d'un relatif consensus. La majorité de nos résultats conseille le suivi des recommandations nationales chez les personnes transmasculines et non binaires avec ou sans testostérone, si elles n'ont pas bénéficié d'une topsurgery.

Pour les femmes trans et personnes non binaires sous traitement féminisant, la majorité des études conseillent la réalisation d'une mammographie comme modalité de dépistage à partir de 50 ans et à partir de 5 à 10 ans de THS. En cas de surrisque individuel (calculé par le score de Tyrer-Cuzik ou le score d'Eisinger selon les études (191), (192), (193), (194)), il s'agit là encore de suivre les recommandations en population générale avec toujours l'idée d'un THS d'au moins 5 ans chez les femmes trans. Il faudra néanmoins, avant la prescription du dépistage, préciser à la personne que le

dépistage du cancer du sein chez les personnes bénéficiant d'un traitement féminisant est issu d'extrapolation des recommandations en population générale et qu'elles peuvent être à risque de surdiagnostic, pour permettre à la personne de prendre sa décision avec l'ensemble des informations. En fonction du risque calculé, une consultation d'oncogénétique peut être à discuter.

Le point en débat est la fréquence de réalisation de l'examen mais ce dernier point ne fait pas consensus aux Etats-unis pour la population cisgenre au vu des différents guides de recommandations décrits dans l'introduction.

Nous conseillons pour la pratique des médecins généraliste français-es-x de rester sur une fréquence d'une mammographie tous les 2 ans à partir de 50 ans par extrapolation des recommandations pour la population cisgenre, permettant d'inclure ainsi les personnes trans plus facilement dans les parcours connus de toutes pour faciliter la compréhension et donc l'adhésion au dépistage.

### Silicone : implants et injection

Parmi les subtilités, il est important de noter l'utilisation d'injection de produits siliconés pour augmenter le volume mammaire, pratique retrouvée dans la littérature chez les femmes trans. Ces injections changent drastiquement la technique à employer pour le dépistage. L'utilisation d'une IRM thoracique dans ce contexte pour le dépistage du cancer du sein est ainsi préférable. : les granulomes liés aux injections de silicone libres dans le sein apparaissent en signal modéré à faible en T1 et en hypersignal en T2 sans prise de contraste diffuse. Ces granulomes apparaissent néanmoins radio-opaques sur les mammographies standards et gênent l'interprétation de ces derniers.

Pour les implants mammaires, le débat sur l'utilisation ou non de la mammographie revient régulièrement. Au vu de la littérature existante chez la femme cisgenre les recommandations nationales confirment que la mammographie reste l'examen de référence et que cette dernière n'augmente pas le risque de rupture de la prothèse. Depuis 2019 l'ANSM a retiré du marché les prothèses mammaires macro texturées car elles sont plus à risque de lymphome anaplasique à grandes cellules. Ce risque reste néanmoins faible (59 cas sur le territoire national référencés avant les retraits du marché). (195) La liste des prothèses retirées du marché est disponible sur le site de l'ANSM. Il nous semble cohérent de discuter avec les patient-es-x si leurs prothèses posées avant 2019 sont sur la liste, de les rassurer sur la fréquence de la pathologie et de le noter dans le dossier médical de la personne. (196)

## Top surgery et dépistage

Il est important de rappeler qu'une top surgery n'a pas pour but d'enlever l'ensemble du tissu mammaire mais celui d'apporter esthétiquement un torse plat. De ce fait, il semble persister un risque de cancer plus important que chez les hommes cis mais nettement moins important que chez les femmes cis. La réalisation ou non d'un dépistage dans ce contexte fait encore débat, il semble cependant peu probable qu'une mammographie puisse être réalisée sur des torses plats qui plus est avec cicatrices de mammectomie.

Il n'existe pas d'étude permettant à l'heure actuelle de démontrer de l'intérêt d'une autopalpation annuelle dans ce contexte. Cela rejoint le fait que cette pratique est contestée chez les femmes cis chez qui l'auto-palpation n'a pas démontré d'efficacité sur la morbi-mortalité et entraînerait même un surtraitement. Cette pratique reste néanmoins prédominante dans la majorité des campagnes de dépistage. (197) (198)

Une consultation de génétique peut être à prévoir avant la réalisation d'une top surgery en cas d'antécédent personnel ou familial de cancer du sein ou ovarien faisant suspecter une mutation BRCA. Nous revenons sur ce point dans le paragraphe suivant.

## En cas de mutation BRCA ?

En cas d'une recherche génétique revenue positive, il conviendra de discuter de la réalisation d'une mastectomie prophylactique complète. Il s'agit d'une procédure qui n'a pas à vocation d'être esthétique mais permet d'amplement diminuer voir supprimer le risque de cancer.

En cas de recherche génétique positive après une top surgery, il peut être à discuter avec la personne et une équipe médicale compétente, d'une reprise chirurgicale dans le but d'enlever le tissu mammaire restant et ainsi réaliser in fine une mastectomie prophylactique complète. Si la reprise chirurgicale n'est pas l'option prophylactique choisie, une IRM annuel peut s'envisager, toujours en lien avec une équipe d'oncologie / génétique.

Chez les femmes trans et personne non binaires désireuses-x de réaliser un traitement féminisant, une consultation de génétique est à proposer avant le début du THS chez les personnes avec un antécédent familial de mutation BRCA connue ou fortement suspectée. Il nous semble néanmoins peu raisonnable de repousser le début du THS jusqu'à l'obtention de cette consultation de génétique puisqu'un délai de 5 à 10 ans de traitement est nécessaire dans la littérature pour qu'une imprégnation hormonale soit jugée suffisante pour être à risque de cancer. (130)

## Littérature supplémentaire

Parmi nos lectures sur le sujet, une étude parue le 28 août 2023 dans le Journal of American Association (JAMA) of internal medicine revient sur le bénéfice attendu des dépistages des cancers en étudiant le gain de durée de vie offert par ces méthodes. Il s'agit d'une méta-analyse de Bretthauer et al incluant plus de 2 millions de patient-es. Les auteur-ices ne retrouvaient pas de différence significative de gain de vie entre les femmes cisgenres ayant bénéficié d'un dépistage du cancer du sein par mammographie et les femmes n'ayant pas bénéficié de ce dépistage. (199) Il s'agit d'une étude se basant sur un suivi en moyenne de 13 ans de suivi des patientes pour l'analyse du dépistage du cancer du sein. Le cancer du sein a un âge moyen de survenu autour de 50 ans et l'espérance de vie des femmes en France est de 85 ans, selon les derniers chiffres de l'Insee. En France, la survie nette à 10 ans des personnes atteintes du cancer du sein variait entre 85% et 99% selon les catégories d'âge (rapport de l'INCa « survie des personnes atteintes de cancer en France Métropolitaine 1989-2018 : Sein » - septembre 2020). (200) Il se peut donc que l'absence d'écart en durée de vie soit expliquée par un taux de mortalité de ce cancer en baisse, depuis plusieurs décennies, et cela même en cas de prise en charge tardive du cancer. Ainsi, dépister un cancer asymptomatique ou le diagnostiquer lorsque la personne est devenue symptomatique influencerait désormais peu la mortalité ? Cette étude fait néanmoins l'impasse sur des données majeures que sont la morbidité et les complications liées aux traitements. Un cancer diagnostiqué plus tardivement implique possiblement un traitement plus lourd et donc plus de complications et de séquelles.

## Cancer de la prostate

Les recommandations étasuniennes diffèrent des nôtres concernant la réalisation ou non d'un dépistage systématique organisé du cancer de la prostate. Nous noterons qu'en cas de réalisation d'un dosage de PSA chez une femme trans sous THS, il faudra prendre en compte un taux limite plus bas à fixer à 1ng/ML. (119), (127) Nous rappelons que ce dosage n'est pas recommandé dans un cadre de dépistage national.

Nous noterons également, que le toucher pelvien n'est pas non plus un acte recommandé dans le cadre d'un dépistage, mais que s'il doit être réalisé, notamment en cas de symptomatologie faisant évoquer une pathologie prostatique, et que lae patient-e.x a bénéficié d'une vaginoplastie, l'abord de la prostate est décrit comme plus efficient via un toucher vaginal dans les articles étudiés.

L'IRM reste l'examen d'imagerie de premier choix en cas de suspicion de lésion cancéreuse de la prostate. En cas de nécessité d'une biopsie, un abord transvaginal devra être discuté, permettant souvent une meilleure approche selon la littérature actuelle sur le sujet.

## Cancer de l'ovaire, de l'endomètre et du testicule

Il n'existe aucun élément en faveur d'un dépistage national systématique de ces cancers en France ou dans les pays d'où proviennent les articles étudiés (Etats-Unis et Royaume-Uni majoritairement).

Il nous semble important de ne pas oublier le rôle endocrine et exocrine de l'ovaire et des testicules, et des potentielles complications liées à toute intervention chirurgicale. Il ne faudra pas oublier que les personnes trans ont aussi des désirs d'enfants pouvant impliquer une possible pause dans le THS pour reprendre l'activité exocrine de l'organe gamétogène mais qui implique nécessairement la persistance des dits organes. Il ne semble donc pas approprié de recommander une ablation prophylactique de ces organes sur le simple fait que la personne entame une transition. Il n'y a pas, au vu de notre thèse, d'élément spécifique à apporter sur un éventuel dépistage de ces cancers chez les patient-es-x trans. Comme noté au début de la discussion, l'absence de données spécifiques sur ces 2 cancers peut être expliquée partiellement par l'histoire et la réalisation de « castration » chimique ou chirurgicale dans beaucoup de pays occidentaux en cas de transition, médicale, sociale ou administrative. En France, la fin de la castration pour le changement d'état civil ne date que de 2017 après une condamnation par la Cour Européenne des Droits de l'Homme en 2016 concernant le processus de transition en France. (201) Il y a moins de 10 ans donc, les personnes trans devaient perdre la gamétogénèse souvent par l'ablation de l'organe lui-même pour bénéficier d'une transition administrative voire médicale. De ce fait il semble complexe d'avoir des données sur ces 2 cancers dans cette population à l'heure actuelle.

Il n'existe pas d'étude permettant de définir un volume endométrial pathologique en échographie pelvienne chez un-e patient-e-x trans. La recherche d'une lésion endométriale et notamment cancéreuse est à envisager en cas de métrorragies post aménorrhée secondaire en lien avec le THS, plus de 12 mois après le début d'un traitement masculinisant et en l'absence de changement de posologie ou de toutes interactions ayant pu modifier la disponibilité du traitement.

Une pathologie testiculaire sécrétante serait à envisager en cas de grosseur testiculaire palpée et d'échec de féminisation malgré un THS bien conduit. Il s'agit néanmoins d'une étude de cas unique par

Elshimy et al sans étude similaire retrouvée en ce sens, ne permettant donc pas d'en faire une recommandation générale. (147)

## Avenir pour la formation et la recherche

### Recherche et formation

De nombreux projets de recherche sont portés par des jeunes chercheur·euses·x au niveau doctoral et postdoctoral, dont l'implication à long terme est encore marquée par la précarité. -Berdougo et al (68)

Il est à noter que l'existence de recherches en la matière ne s'accompagne pas nécessairement d'un changement de pratique. Ainsi Caroll et al en mai 2023 publient un article dans lequel seul 35% des médecins interrogé·es·x rapportent connaître l'existence de recommandations sur le dépistage du cancer du sein chez les personnes trans (aux Etats-Unis). Les auteur·ices conseillent donc le développement des formations pendant et après le cursus d'étude avec, de préférence, la réalisation de stage dans des centres spécialisés en santé LGBTQIA+. (202)

En France, il semble exister un retard considérable de la recherche dans le domaine du genre. La HAS en 2020 écrivait dans son rapport d'analyse « sexe, genre et santé » que le genre est une notion non présente dans les recherches françaises malgré son importance. (57) Cosne ajoutait que le retard français en la matière pouvait être expliqué par une "résistance française" associé à une vision binaire très forte entraînant un appauvrissement de la recherche sur les personnes trans.

Concernant notre recherche précise, nous n'avons finalement analysé aucun article issu de la littérature française. Cela peut s'expliquer au-delà du blocage français sur les problématiques de genre par notre propre méthodologie consistant en une recherche par des mots clefs anglais sur des bases de références anglophones à l'exception de Lissa.

Un algorithme de recherche en français aurait-il potentiellement pu ramener plus d'article francophone et changer la balance ? Nous avons fait le test avec un algorithme basique : néoplasie + transgenre + dépistage

Cet algorithme en français a permis de trouver sur Lissa un seul article de Wdowiak et Ceugnart que notre premier algorithme avait déjà trouvé. Cet article aborde la littérature américaine sur le dépistage des cancers du sein dans la population transgenre. Cet article n'a pas passé la phase de tri car il parle de « femmes effectuant une transition » ou de « patientEs » pour parler d'homme trans et « d'hommes effectuant une transition » ou de « patients » pour parler des femmes trans. (203) Il

rentrait donc dans nos critères d'exclusion par son lexique inadapté. Nous considérons que le minimum pour parler de la santé trans est d'au minimum savoir correctement évoquer les patient-es-x et de ne pas les mentionner selon leur sexe attribué à la naissance.

Pubmed utilisant uniquement des mots clefs anglais issu du dictionnaire Mesh, les mots français ne sont pas pris en compte, notre algorithme ne trouve donc aucun résultats.

La même chose se produit pour la base de données Cochrane Library.

Dimensions retrouvait 11 articles dont l'article de Wdowiak et Ceugnart. Aucun des 10 autres articles n'aurait passé la phase de tri sur le titre puisqu'aucun ne fait mention des personnes trans.

Un algorithme en français n'aurait donc pas changé notre constat : la recherche française en la matière est en retard.

La formation médicale a très longtemps peu pris en considération les réalités de discriminations des diverses minorités. Les acteur-ices-x de soins voulant se former devez souvent le faire d'elleux même. C'est dans ce contexte que les associations LGBTQ+ ont joué un rôle capital de la même manière qu'elles ont joué un rôle capital dans le développement des politiques de santé contre le VIH, rôle qu'elles jouent toujours aujourd'hui. Nous penserons au développement récent des TROD ou de la PrEP porté en France par AIDES. L'association joue localement un rôle très important de formation des professionnel·les-x de santé par le biais de leur implication au sein du COREVIH Normandie regroupant des professionnel·les-x de santé, du monde associatif et des usager-es-x). (204)

Ainsi, dans le domaine de la santé trans on notera plusieurs exemples de formations proposées par des associations en France :

- 2<sup>e</sup> édition de la Journée d'échange sur la santé trans (JEST) le 13 mai 2023, évènement à vocation d'être annuel avec les associations ACCEPTESS-T et le COREVIH en partenariat avec l'ARS d'ile de France.
- Formation « hormonothérapie et transidentité » du ReST via webinaire ou en présentiel, sur 1 à 2 jours (205)
- Les formations en « accueil et accompagnement en santé mentale » des personnes trans et en « hormonothérapie et accompagnement global » d'Espace Santé Trans, association mettant également à disposition des *mailing list* pour suivre la bibliographie récente sur la santé trans. (206)

Il est cependant à noter que ces formations ne sont pas délivrées par des organismes reconnus pour le développement professionnel continu (DPC). Il existe 2 formations DPC à destination des médecins généralistes parlant de la santé trans :

- « Promotion de la santé sexuelle des personnes transgenres et/ou non binaires » (référence : 95802325016), partant du fait que l'accès aux soins des personnes trans est retardé par des expériences difficiles avec le corps soignant.
- « Dysphorie de genre : mieux comprendre, accueillir, accompagner » (référence : 93732325003) en e-learning de 3 heures dont un des objectifs est mieux accueillir et mieux communiquer sans discrimination ni préjugés.

Aucun des deux programmes de ces formations ne fait mention de dépistage et de soins oncologiques. La première notion pourrait néanmoins aborder l'infection par l'HPV au vu du sujet.

Nelson et al démontrent d'ailleurs un lien positif significatif entre le fait d'avoir eu une formation spécifique et :

- Le fait de se sentir confiant dans les soins prodigués à la communauté LGBT
- Reconnaître l'importance de savoir que ses patient-es-x sont LGBT
- Le fait de vouloir être reconnu-es-x comme LGBT-friendly. (97)

Ces formations permettraient aux soignant-es-x et aux patient-es-x d'être plus confiant-es-x dans les soins prodigués. Il n'existe à notre connaissance qu'une seule formation universitaire orientée vers le soin des personnes trans qu'est le DIU « accompagnement, soin et santé des personnes trans » en 80h découpé entre les universités de Paris Saclay, Lyon, Lille, Bordeaux et Marseille et dont certains modules peuvent aborder les thèmes présentés dans cette thèse : « consultation gynécologique de ville : homme trans et vagin », « bonnes pratiques : rôles des associations » avec l'association OUTrans.(207) (208)

Concernant notre sujet, l'institut pour la santé trans, organisme Canadien, propose la formation « santé transgenre : les soins obstétricaux et gynécologiques » les 17 et 24 novembre via un webinaire.

Il semble donc nécessaire d'augmenter le nombre et les possibilités de formations des soignant-es-x par le développement au cours des études de santé de cours sur la santé trans mais également par le développement de formation à destination des soignant-es-x déjà en exercice. Cette mission de formation peut être assurée à la fois par le corps médical que par les associations, le mieux étant souvent un travail en commun des 2 corps. Le but est que ce ne soit plus au/à la patient-e-x de former son/sa médecin.

## Un avenir incertain pour la santé trans.

L'augmentation de la visibilité dans l'espace public de nos patient-es-x trans leur permettent d'acquérir plus de droits et une meilleure prise en charge avec le développement de la recherche médicale française notamment par la sociologie et les thèses en médecine.

Mais cette visibilité les expose aussi davantage à la transphobie et au « backlash » (contrecoup), notion sociologique définit par l'augmentation des réponses négatives dans leur nombre et leur intensité en réponse au progrès social. Il est donc tout aussi possible d'assister dans les années à venir à un recul de leurs droits ou à un refus d'accès aux avancées médicales. Par exemple, la PMA n'est pas accessible aux hommes trans seul ou en couple avec un homme s'ils ont bénéficié d'un changement d'état civil, la loi de 2022 sur l'ouverture aux couples de femmes et aux femmes seules étant conçue volontairement pour n'inclure que les « femmes ». (209)

Il est alors, à mon sens, de notre responsabilité de soutenir nos patient-es-x le plus possible dans leur démarche et de ne pas leur faire subir davantage de discrimination par nos actes et notre manque de connaissance qu'ielles n'en subissent déjà dans leur vie de tous les jours. À ce titre donc, nous rejoignons Mehta et al sur le développement des « compétences culturelles » et l'aspect politique que cela sous-tend.

Baleige et al écrivait à propos de la lutte contre les discriminations : « les discriminations participent à une hiérarchisation des savoirs au détriment des personnes trans. Il en résulte une pluralité idéologique qui nourrit en pratique un immobilisme politique alors qu'au-delà des droits fondamentaux les approches dites trans-affirmatives ont fait la preuve de leur acceptabilité et de leur efficacité ». (153)

Cette discrimination peut prendre plusieurs formes que ce soient des violences physiques ou verbales par des actes transphobes ou tout simplement un refus de soins et de réorientation comme retranscrit dans la charte. Il est à noter dans nos résultats la mention régulière de ce qui serait appelé du « gatekeeping » c'est-à-dire l'idée d'empêcher l'accès à quelque chose et notamment au soin de manière plus ou moins consciente. Ainsi il est plusieurs fois rappelé, à raison il nous semble, que l'acte de dépistage ne peut pas et ne doit pas conditionner l'accès à une transition. Cette question doit se poser quel que soit le soin ou la raison invoquée pour interdire ou retarder une prise en charge. Ainsi comme rappelé par Baleige et al, ce « gatekeep » a longtemps prit la forme d'une évaluation psychiatrique ou pluridisciplinaire qui rappelons le, n'est plus un prérequis à une transition, la transidentité n'étant plus une pathologie psychiatrique. (153) On notera néanmoins d'expériences des personnes trans ayant aidé à constituer cette thèse, que l'attestation d'un psychiatre est encore une demande récurrente pour les chirurgies sans que l'on ait retrouvé d'étude chiffrée pour le démontrer.

## Le cas du National Health Service outre-manche

Il semble largement possible d'inclure les personnes trans aux dépistages nationaux.

Ainsi, le National Health Service (NHS) du Royaume-Uni affiche depuis plusieurs années sur leur site officiel les modalités d'inscription au dépistage et la nécessité d'avoir un dépistage du sein et du col pour les personnes trans. Il précise qu'en cas de changement d'état civil ne permettant pas une inscription automatique sur les listes de rappel, le médecin généraliste peut faire la demande d'inscription. (210) (211) Une des pages du site mentionne que les personnes transféminines sous THS peuvent avoir besoin d'un dépistage du cancer du sein et même que les personnes trans masculines sans top surgery sont toujours éligibles et qu'il leur sera demandé d'enlever un éventuel binder (vêtement compressif utilisé pour masquer la poitrine) pendant la mammographie, preuve d'une volonté d'inclusion et de prise en compte des réalités spécifiques. (212)

Dans un document de décembre 2021 coécrit par le NHS, on retrouve plusieurs éléments en commun avec nos résultats : le rôle des médecins généralistes pour créer elleux même un système de rappel pour les patient-es-x n'étant pas inscrit-es-x sur les listes nationales pour le dépistage, la nécessité de formation pour toutes les médecins généralistes sur les critères de dépistage dans cette population, suivre les différentes étapes du dépistage après le frottis, communiquer avec le laboratoire si nécessaire pour faciliter l'analyse, avoir du personnel d'accueil formé, utiliser pronom et genre demandés par la personne et utiliser le vocabulaire anatomique que la personne utilise elle-même, ce document propose également que l'on puisse avoir une personne de confiance avec soi durant l'examen. (213)

Nous précisons que la communication de la transidentité du-de la patient-e-x à des tiers soignant-es-x y compris laboratoire ne peut se faire qu'après accord de la personne.

Ce même document fait également mention d'une formation en ligne du Royal College of General Practitioners sur la santé LGBT dont une des composantes est l'accès au dépistage pour les personnes ayant un col de l'utérus. Il est également évoqué l'amélioration du système informatique de rappel des dépistages afin de permettre dans les années à venir l'inclusion des personnes trans masculines et non binaires au dépistage du col.

En France, développer un jour un système de rappel pouvant inclure femmes cis et personnes trans masculines et non binaires avec un col de l'utérus, de manière automatique sur une même base de données, poserait la question de la collecte de données sensibles comme défini par la CNIL dont l'un des prérequis hors exception est le consentement écrit de la personne. (214)

## Conclusion

Les réponses à notre question sont assez éparpillées et majoritairement dérivées des recommandations nationales sur le dépistage des personnes cisgenres faute de données épidémiologiques et de morbidité dans la population transgenre. Ces réponses sont issues d'un petit groupe de chercheur-euses-x qui ont pour la plupart publié plusieurs articles sur la santé des personnes trans et qui de ce fait se citent mutuellement régulièrement faute d'autre littérature.

Cette thèse est un premier travail de synthèse en français dans un domaine peu étudié. En attendant de données plus solides, voici une synthèse des différents avis d'expert-es-x permettant d'aiguiller les médecins généralistes dans la prise en charge des dépistages des cancers hormonaux dépendants de leur patient-es-x trans.

	Col	Sein	Prostate	Ovaire / Testicule	Endomètre
Hommes trans et personnes non binaires sous traitement masculinisant	Suivre les recommandations nationales en l'absence d'une ablation du col Un APV HPV est à proposer en cas de refus ⚠ Un fort risque de tests insatisfaisants existe, prévenir le laboratoire si accord de la personne qu'une atrophie existe et qu'un taux de 2000 cellules par lame est à envisager Après hystérectomie concernant le col, réaliser un frottis avec suivi gynécologique en cas de lésion de haut grade avant l'opération	En l'absence de surrisque et chez les personnes n'ayant pas bénéficié d'une top surgery, suivi des recommandations nationales Pas de dépistage systématique après une top surgery	-	Pas de dépistage systématique	Echographie à envisager en cas de métrorragies post aménorrhée secondaire en lien avec le THS, plus de 12 mois après le début du THS <u>ET</u> en l'absence de changement de posologie ou d'interactions
Femmes trans et personnes non binaires sous traitement féminisant	Pas de dépistage systématique faute de conduite à tenir en cas de positivité	Réalisation d'une mammographie tous les 2 ans à partir de 50 ans <u>ET</u> après plus de 5 ans de THS En cas d'injection mammaire de silicone, préférer l'IRM	Pas de dépistage systématique En cas de réalisation d'un PSA préférer le seuil de 1ng/mL Si la personne a bénéficié d'une vaginoplastie, un toucher vaginal permet une meilleure appréhension de la prostate	Pas de dépistage systématique	-

Pour le déroulement d'un frottis, se référer à la partie "amélioration d'une consultation"

En cas de surrisque, se référer à la partie "en cas de mutation BRCA"

Table 2 : résumé des recommandations issues de cette thèse

L'adhésion aux différents dépistages ne pourra se faire qu'en améliorant l'accueil et la prise en charge globale des patient-es-x transgenres. Cette amélioration passera par une formation médicale ciblée sur les problématiques de cette population mais également par le développement des compétences attendues par les associations : respect de l'auto-détermination, communication et soutien. Il est de notre responsabilité de leur redonner confiance dans nos soins.

Les pouvoirs publics français semblent s'intéresser depuis peu à la santé des minorités et notamment la santé trans comme le montre la note de cadrage demandé par le ministère de la santé à la HAS. Cette demande couplée à la demande ancienne des usager-es-x d'avoir un soin personnalisé pourrait amener à voir la recherche française se pencher sur la question.

L'avenir en médecine générale pour répondre à cette demande de soin personnalisé semble se tourner vers le développement des centres de santé dits « communautaires » ou « spécialisés » comme le centre de santé diversifié de Lille pour la santé trans ou le village 2 santé d'Echirolles et la Case de santé à Toulouse, tous deux placés dans des quartiers dits défavorisés de leurs villes respectives et ayant comme idée tous les trois de repenser le soin pour le faire correspondre à leurs patient-es-x et ainsi espérer améliorer l'adhésion au soin. Ces centres, pour le moment minoritaires sur le mode de fonctionnement, ouvrent la voie vers une réflexion profonde du soin et un possible changement de pratiques en médecine générale.

## Bibliographie

1. Haut Conseil à l'égalité. guide communication sans stéréotype [Internet]. 2022 Disponible sur: [https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/guide\\_egacom\\_sans\\_stereotypes-2022-versionpublique-min-2.pdf](https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/guide_egacom_sans_stereotypes-2022-versionpublique-min-2.pdf)
2. Université de toulouse. Manuel d'écriture [Internet]. Disponible sur: [https://www.univ-tlse3.fr/medias/fichier/manuel-decriture\\_1482308453426-pdf](https://www.univ-tlse3.fr/medias/fichier/manuel-decriture_1482308453426-pdf)
3. Université de toulouse. statut de l'université Toulouse Jean Jaurès [Internet]. 2022 Disponible sur: [https://www.univ-tlse2.fr/medias/fichier/statuts-ut2j-actualises-en-date-du-31-03-2023\\_1680802594108-pdf](https://www.univ-tlse2.fr/medias/fichier/statuts-ut2j-actualises-en-date-du-31-03-2023_1680802594108-pdf)
4. Trans W. Ça veut dire quoi, être trans ? [Internet]. Wiki Trans. 2019 Disponible sur: <https://wikitrans.co/2019/01/19/quest-ce-quune-transition/>
5. Lexie. une histoire de genre : guide pour comprendre et défendre les transidentités. Marabout. 2021. 286 p.
6. Le planning familial. qu'est ce qu'une communication inclusive [Internet]. Disponible sur: [https://documentation.planning-familial.org/GED\\_SKH/190836891801/Qu\\_est-ce\\_qu\\_une\\_communication\\_inclusive\\_Le\\_Planning\\_familial.pdf](https://documentation.planning-familial.org/GED_SKH/190836891801/Qu_est-ce_qu_une_communication_inclusive_Le_Planning_familial.pdf)
7. OUTrans. Hormones et parcours trans [Internet]. Disponible sur: [https://outrans.org/wp-content/uploads/2017/09/OUTrans\\_Hormones\\_et\\_parcours\\_trans.pdf](https://outrans.org/wp-content/uploads/2017/09/OUTrans_Hormones_et_parcours_trans.pdf)
8. Alessandrin A, Meidani A. santé des personnes non binaires : de quoi parle-t-on ? santé publique. 2022;97-102.
9. Alessandrin A. sociologie des transidentités. Le Cavalier Bleu. 2018;37-49.
10. Alessandrin A. la transphobie en france : entre hypo-efficacité du droit et expériences transphobes. les cahiers du genre, n° 60. 2016;193-211.
11. World Health Organization. Q17- Conditions related to sexual health- Gender Incongruence- International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed) [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f411470068>
12. Gender incongruence and transgender health in the ICD [Internet]. Disponible sur: <https://www.who.int/standards/classifications/frequently-asked-questions/gender-incongruence-and-transgender-health-in-the-icd>
13. programme de dépistage - guide succinct- accroître l'efficacité et optimiser le rapport entre bénéfices et effets nocifs. Organisation Mondiale de la Santé Europe; 2020 p. 58.
14. Haute Autorité de Santé [Internet]. Dépistage : objectif et conditions. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2632453/fr/depistage-objectif-et-conditions](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2632453/fr/depistage-objectif-et-conditions)

15. Une identité professionnelle | Département Médecine Générale - Université de Rouen [Internet]. Disponible sur: <https://dumg-rouen.fr/p/les-11-criteres-definissant-la-medecine-generale>
16. thisisloyal.com L|. Williams Institute. How Many Adults and Youth Identify as Transgender in the United States? Disponible sur: <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/publications/trans-adults-united-states/>
17. Gender identity, England and Wales - Office for National Statistics [Internet]. Disponible sur: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/culturalidentity/genderidentity/bulletins/genderidentityenglandandwales/census2021>
18. Muriel D. Parcours de transition des personnes transgenres. 2022;
19. Faucher philippe, Hassoun D, Linet T. santé sexuelle et reproductive des personnes LGBT. 1e éd. Elsevier Masson; 2023. 176 p. (sous l'égide du CNGOF).
20. Picard H, Jutant S. rapport relatif à la santé et au parcours de soin des personnes trans. Ministère des affaires sociales et de la santé; 2022.
21. Gallard M, Latrille P. Une étude Ipsos réalisée dans 30 pays.
22. Burgwal A, Gvianishvili N, Hard V, Kata J, Garcia Nieto I. health disparities between binary and non binary trans people : a community-driven survey.
23. Alessandrin A, Dagorn J, Meidani A, Richard G, Toulze M. Santé LGBT, les minorités de genre et de sexualité face aux soins. Bord Eau. 2020;
24. Reisner S, Hughto JMW. Comparing the health of non-binary and binary transgender adults in a statewide non-probability sample. 2019;
25. HAS. rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans. 2022.
26. National Transgender Discrimination Survey Report on health and health care [Internet]. Disponible sur: [https://cancer-network.org/wp-content/uploads/2017/02/National\\_Transgender\\_Discrimination\\_Survey\\_Report\\_on\\_health\\_and\\_health\\_care.pdf](https://cancer-network.org/wp-content/uploads/2017/02/National_Transgender_Discrimination_Survey_Report_on_health_and_health_care.pdf)
27. Ryan C, Russell ST, Huebner D, Diaz R, Sanchez J. Family Acceptance in Adolescence and the Health of LGBT Young Adults. J Child Adolesc Psychiatr Nurs. 2010;23(4):205-13.
28. Bye L, Gruskin E, Greenwood G, Albright V, Krotki K. California Lesbians, Gays, Bisexuals, and Transgender (LGBT) tobacco use survey—2004. Sacramento: California Department of Health Services; 2005.
29. Female-to-Male Transmasculine Adult Health: A Mixed-Methods Community-Based Needs Assessment - Sari L. Reisner, Kristi E. Gamarel, Emilia Dunham, Ruben Hopwood, Sel Hwahng, 2013 [Internet]. Disponible sur: [https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1078390313500693?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori:rid:crossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%20%20pubmed](https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1078390313500693?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed)
30. chapter 5 - cancer and the lgbt population- smoking in the lgbt community. springer. 2015. 331 p.

31. Cotaina M, Peraire M, Boscá M, Echeverria I, Benito A, Haro G. Substance Use in the Transgender Population: A Meta-Analysis. *Brain Sci* [Internet]. mars 2022;12(3). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8945921/>
32. Aparicio-García ME, Díaz-Ramiro EM, Rubio-Valdehita S, López-Núñez MI, García-Nieto I. Health and Well-Being of Cisgender, Transgender and Non-Binary Young People. *Int J Environ Res Public Health*. oct 2018;15(10):2133.
33. Santé Publique France. bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2022 déc. Report No.: 26.
34. Cosne M. Santé des personnes transgenres 2021. Étude quantitative explorant la santé, l'accès aux soins et les discriminations vécues par les personnes transgenres en France en 2021. 2021;
35. OFDT. Drogues et addictions chiffres clés. 2022.
36. Coughlin SS. Social determinants of breast cancer risk, stage, and survival. *Breast Cancer Res Treat*. 1 oct 2019;177(3):537-48.
37. Zou X, Wang R, Yang Z, Wang Q, Fu W, Huo Z, et al. Family Socioeconomic Position and Lung Cancer Risk: A Meta-Analysis and a Mendelian Randomization Study. *Front Public Health*. 2022;10:780538.
38. Petric J, Handshin S, Jonnada PK, Karunakaran M, Barreto SG. The influence of socioeconomic status on access to cancer care and survival in resectable pancreatic cancer: a systematic review and meta-analysis. *ANZ J Surg*. nov 2022;92(11):2795-807.
39. Hovanec J, Siemiatycki J, Conway DI, Olsson A, Stücker I, Guida F, et al. Lung cancer and socioeconomic status in a pooled analysis of case-control studies. *PLoS One*. 2018;13(2):e0192999.
40. Præstegaard C, Kjaer SK, Nielsen TSS, Jensen SM, Webb PM, Nagle CM, et al. The association between socioeconomic status and tumour stage at diagnosis of ovarian cancer: A pooled analysis of 18 case-control studies. *Cancer Epidemiol*. avr 2016;41:71-9.
41. Akinyemiju TF, Genkinger JM, Farhat M, Wilson A, Gary-Webb TL, Tehranifar P. Residential environment and breast cancer incidence and mortality: a systematic review and meta-analysis. *BMC Cancer*. 28 mars 2015;15:191.
42. Galobardes B, Lynch JW, Davey Smith G. Childhood Socioeconomic Circumstances and Cause-specific Mortality in Adulthood: Systematic Review and Interpretation. *Epidemiol Rev*. 1 juill 2004;26(1):7-21.
43. Gouvernement du Canada SC. Vulnérabilités liées à la COVID-19 chez les Canadiens et les Canadiennes LGBTQ2+ [Internet]. 2020 Disponible sur: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2020001/article/00075-fra.htm>
44. National center for transgender equality. the report of the 2015 US Transgender Survey. USA; 2015 p. 302.
45. HAS. parcours de transition des personnes transgenres. 2021 avr p. 19.
46. Espineira K, Alessandrin A. sociologie de la transphobie. MSHA. 2015.

47. Wang YH, Li JQ, Shi JF, Que JY, Liu JJ, Lappin JM, et al. Depression and anxiety in relation to cancer incidence and mortality: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Mol Psychiatry*. juill 2020;25(7):1487-99.
48. Pinquart M, Duberstein PR. Depression and cancer mortality: a meta-analysis. *Psychol Med*. nov 2010;40(11):1797-810.
49. Jia Y, Li F, Liu YF, Zhao JP, Leng MM, Chen L. Depression and cancer risk: a systematic review and meta-analysis. *Public Health*. août 2017;149:138-48.
50. trans pulse canada. rapport trans pulse canada. 2020 mars p. 11.
51. 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*. oct 2018;33(10):1654-60.
52. Liu G, Sharma M, Tan N, Barnabas RV. HIV-positive women have higher risk of human papilloma virus infection, precancerous lesions, and cervical cancer. *AIDS Lond Engl*. 27 mars 2018;32(6):795-808.
53. 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*. janv 2019;109(1):e1-8.
54. Lydié N. Diagnostics d'infection à VIH chez des personnes trans, France 2012-2020. *Bull Epidemiol Hebd*. 2021;395-400.
55. SPF. Bulletin de santé publique VIH-IST. Décembre 2022. [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/bulletin-national/bulletin-de-sante-publique-vih-ist.-decembre-2022>
56. enquête chrysalide « santé trans 2011 » [Internet]. Chrysalide; 2021 nov. Disponible sur: <http://chrysalidelyon.free.fr>
57. HAS. Haute Autorité de Santé. Sexe, genre et santé - Rapport d'analyse prospective 2020. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3223570/fr/sexe-genre-et-sante-rapport-d-analyse-prospective-2020](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3223570/fr/sexe-genre-et-sante-rapport-d-analyse-prospective-2020)
58. Carpentier J. Prise en charge des personnes transidentitaires en médecine générale [Internet] [Thèse d'exercice]. [2018-2021, France]: Université de Lille; 2021 Disponible sur: [https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th\\_Medecine/2021/2021LILUM296.pdf](https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2021/2021LILUM296.pdf)
59. Rev Prescrire. « Accueillir et accompagner les personnes transgenres » *Rev Prescrire* 2020 ; 40 (438) : 276-284. [Internet]. 2020 Disponible sur: <https://www.prescrire.org/fr/3/31/58585/0/NewsDetails.aspx>
60. James S, Herman J, Rankin S, Keisling M, Mottet L, Ma'ayan A. The report of the 2015 U.S. transgender survey. *PLoS One*. déc 2016;11(12):e0164341.
61. Bustos VP, Bustos SS, Mascaro A, Del Corral G, Forte AJ, Ciudad P, et al. Regret after Gender-affirmation Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis of Prevalence. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. mars 2021;9(3):e3477.

62. Bruce L, Khouri AN, Bolze A, Ibarra M, Richards B, Khalatbari S, et al. Long-Term Regret and Satisfaction With Decision Following Gender-Affirming Mastectomy. *JAMA Surg* [Internet]. 9 août 2023 [cité 15 août 2023]; Disponible sur: <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2023.3352>
63. Homophobies et transphobies dans la ville : resultats | [Internet]. Arnaud Alessandrin.com. [cité 16 avr 2023]. Disponible sur: <http://arnaud-alessandrin.com/site/homophobies-et-transphobies-dans-la-ville/>
64. Human rights Campaign. LGBTQ Guidebook for Action [Internet]. 2023 juin p. 12. Disponible sur: <https://hrc-prod-requests.s3-us-west-2.amazonaws.com/LGBTQ-Guidebook-for-Action.pdf>
65. SOS homophobie. Rapport sur les LGBTIphobies 2023. 2023;
66. SSMSI. Rapport 2023 sur les LGBT-phobies [Internet]. Disponible sur: <https://www.interieur.gouv.fr/actualites/grands-dossiers/ministere-de-linterieur-et-des-outre-mer-sengage-contre-lgbtqiphobies-0>
67. CNCDH. orientation sexuelle, identité de genre et intersexuation : de l'égalité à l'effectivité des droits. 2022 p. 480.
68. Berdougou F, Girard G, Marsicano E. santé des personnes LGBTI+ : enjeux scientifiques et perspectives de santé publique. *Santé Publique*. 2022;Hors série n°2:11-9.
69. Tugaye A, Ernoult E, Vitu V, Schramm S. Evolution de la prévalence et de l'incidence de la dysphorie de genre en France depuis 2013 à partir des bases médico-administratives. *Santé Publique*. 2022;hors série n°2:145-50.
70. Dergham M, Charles R. Les personnes trans et le soin : prescrire ou adapter l'hormonothérapie. *Médecine*. 1 oct 2022;18(8):360-5.
71. OUTrans\_Hormones\_et\_parcours\_trans.pdf [Internet]. Disponible sur: [https://outrans.org/wp-content/uploads/2017/09/OUTrans\\_Hormones\\_et\\_parcours\\_trans.pdf](https://outrans.org/wp-content/uploads/2017/09/OUTrans_Hormones_et_parcours_trans.pdf)
72. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8 [Internet]. Disponible sur: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/26895269.2022.2100644>
73. UNISSONS-NOUS CONTRE LES REFUS DE PRISE EN CHARGE DE SOINS DES PERSONNES TRANS PAR LES CPAMs – Centre LGBTI+ Lyon [Internet]. 2023 Disponible sur: <https://www.centre-lgbtilyon.org/unissons-nous-contre-les-refus-de-prise-en-charge-de-soins-des-personnes-trans-par-les-cpams/>
74. Ruppin U, Pfäfflin F. Long-Term Follow-Up of Adults with Gender Identity Disorder. *Arch Sex Behav*. juill 2015;44(5):1321-9.
75. Almazan AN, Keuroghlian AS. Association Between Gender-Affirming Surgeries and Mental Health Outcomes. *JAMA Surg*. 1 juill 2021;156(7):611-8.
76. Foster Skewis L, Bretherton I, Leemaqz SY, Zajac JD, Cheung AS. Short-Term Effects of Gender-Affirming Hormone Therapy on Dysphoria and Quality of Life in Transgender Individuals: A Prospective Controlled Study. *Front Endocrinol*. 2021;12:717766.

77. Haute Autorité de Santé [Internet]. 2020 Dépistage du cancer du col de l'utérus : le test HPV-HR recommandé chez les femmes de plus de 30 ans. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3192618/fr/depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-le-test-hpv-hr-recommande-chez-les-femmes-de-plus-de-30-ans](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3192618/fr/depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-le-test-hpv-hr-recommande-chez-les-femmes-de-plus-de-30-ans)
78. HAS. dépistage et prévention du cancer du sein - actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé [Internet]. 2015 Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-04/refces\\_k\\_du\\_sein\\_vf.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-04/refces_k_du_sein_vf.pdf)
79. Haute Autorité de Santé [Internet] Évaluation de la performance et de la place de la mammographie par tomosynthèse dans le programme national de dépistage organisé du cancer du sein - Volet 2. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3148278/fr/evaluation-de-la-performance-et-de-la-place-de-la-mammographie-par-tomosynthese-dans-le-programme-national-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-volet-2](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3148278/fr/evaluation-de-la-performance-et-de-la-place-de-la-mammographie-par-tomosynthese-dans-le-programme-national-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-volet-2)
80. HAS. détection précoce du cancer de la prostate. 2013 mai.
81. de Blok CJM, Wiepjes CM, Nota NM, van Engelen K, Adank MA, Dreijerink KMA, et al. Breast cancer risk in transgender people receiving hormone treatment: nationwide cohort study in the Netherlands. *BMJ*. 14 mai 2019;365:l1652.
82. de Blok CJM, Dreijerink KMA, den Heijer M. Cancer Risk in Transgender People. *Endocrinol Metab Clin North Am*. juin 2019;48(2):441-52.
83. Deebel NA, Morin JP, Autorino R, Vince R, Grob B, Hampton LJ. Prostate Cancer in Transgender Women: Incidence, Etiopathogenesis, and Management Challenges. *Urology*. déc 2017;110:166-71.
84. Gatos KC. A Literature Review of Cervical Cancer Screening in Transgender Men. *Nurs Womens Health*. févr 2018;22(1):52-62.
85. 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*. déc 2014;47(6):808-12.
86. Luehmann N, Ascha M, Chwa E, Hackenberger P, Termanini K, Benning C, et al. A Single-Center Study of Adherence to Breast Cancer Screening Mammography Guidelines by Transgender and Non-Binary Patients. 2021;29(3). Disponible sur: <https://app.dimensions.ai/details/publication/pub.1142200450>
87. Ma SJ, Oladeru OT, Wang K, Attwood K, Singh AK, Haas-Kogan DA, et al. Prostate Cancer Screening Patterns Among Sexual and Gender Minority Individuals. *Eur Urol*. mai 2021;79(5):588-92.
88. Marthi S, O'Rourke TK, Tucci C, Pareek G, Hyams E. The state of PSA counseling in male-to-female transgender patients in the U.S. *The Prostate*. oct 2022;82(14):1315-21.
89. Gorin VDP. Le dépistage du cancer du col utérin chez les personnes transmasculines [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2021. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03662951>
90. Agénor M, Peitzmeier SM, Bernstein IM, McDowell M, Alizaga NM, Reisner SL, et al. Perceptions of cervical cancer risk and screening among transmasculine individuals: patient and provider perspectives. *Cult Health Sex*. oct 2016;18(10):1192-206.

91. Fein LA, Wong A, Honorio D, Salgado CJ, Medina CA. Transgender Men's Experiences With and Perceptions of Gynecologic Care [10D]. *Obstet Gynecol.* mai 2017;129(5):44S.
92. Connolly D, Hughes X, Berner A. Barriers and facilitators to cervical cancer screening among transgender men and non-binary people with a cervix: A systematic narrative review. *Prev Med.* juin 2020;135:106071.
93. LGBTQ communities, put the spotlight on early detection [Internet]. 2014 [cité 19 août 2023]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=UafRs8qHzPQ>
94. Institute of Medicine (US) Committee on Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health Issues and Research Gaps and Opportunities. *The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: Building a Foundation for Better Understanding* [Internet]. Washington (DC): National Academies Press (US); 2011 [cité 7 nov 2022]. (The National Academies Collection: Reports funded by National Institutes of Health). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64806/>
95. Meidani A, Alessandrin A. Cancers et transidentités : une nouvelle « population à risques » ? *Sci Soc Santé.* 2017;35(1):41-63.
96. Leone AG, Miceli R, Trapani D, Massagrande M, Morano F, Marsoni S, et al. Cancer care in transgender and gender-diverse persons: results from two national surveys among providers and health service users by the Italian Association of Medical Oncology. *ESMO Open.* juin 2023;8(3):101578.
97. Nelson NG, Lombardo JF, Shimada A, Ruggiero ML, Smith AP, Ko K, et al. Physician Perceptions on Cancer Screening for LGBTQ+ Patients. *Cancers.* 1 juin 2023;15(11).
98. service des recommandations professionnelles, service évaluation économique. recommandations pour la pratique clinique - éléments d'information des hommes envisageant la réalisation d'un dépistage individuel du cancer de la prostate [Internet]. 2004 Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/information\\_kp\\_recommandations-2006.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/information_kp_recommandations-2006.pdf)
99. HAS. référentiel de prise en charge de cancer du col de l'utérus [Internet]. 2013 Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentieleps\\_format2clic\\_kc\\_col\\_uterus\\_2013-30-08\\_\\_vf\\_mel.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentieleps_format2clic_kc_col_uterus_2013-30-08__vf_mel.pdf)
100. HAS synthèse et recommandations : participation au dépistage du cancer du sein [Internet]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-07/synthese\\_et\\_recommandations\\_participation\\_depistage\\_cancer\\_du\\_sein.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-07/synthese_et_recommandations_participation_depistage_cancer_du_sein.pdf)
101. HAS. Évaluation de la recherche des papillomavirus humains (HPV) en dépistage primaire des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et de la place du double immuno-marquage p16/Ki67 synthèse et recommandations [Internet]. 2019 juill. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/synthese\\_et\\_recommandations\\_hpv.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/synthese_et_recommandations_hpv.pdf)
102. Higgins J, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page M, et al. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 6.3* [Internet]. Cochrane 2022. 2022. Disponible sur: [www.training.cochrane.org/handbook](http://www.training.cochrane.org/handbook)

103. Revue systématique | Bibliothèque | ULaval [Internet] Disponible sur: <https://www5.bibl.ulaval.ca/services/soutien-a-ledition-savante-et-a-la-recherche/syntheses-de-la-connaissance/realiser-une-revue-systematique>
104. Sterne JAC, Savović J, Page MJ, Elbers RG, Blencowe NS, Boutron I, et al. RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*. 28 août 2019;366:l4898.
105. Sterne JA, Hernán MA, Reeves BC, Savović J, Berkman ND, Viswanathan M, et al. ROBINS-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomised studies of interventions. *BMJ*. 12 oct 2016;355:i4919.
106. Higgins J, Morgan R, Rooney A, Taylor K, Thayer K. . Risk Of Bias In Non-randomized Studies - of Exposure (ROBINS-E). 1 juin 2022; Disponible sur: <https://www.riskofbias.info/welcome/robins-e-tool>.
107. 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*. déc 2015;30(12):1857-64.
108. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Gynecologic Practice, American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Health Care for Underserved Women. Health Care for Transgender and Gender Diverse Individuals: ACOG Committee Opinion, Number 823. *Obstet Gynecol*. 1 mars 2021;137(3):e75-88.
109. Mehta TS, Thompson J, Applegate JM, Wahab RA. Cultural Competence in the Care of LGBTQ+ Patients: A Primer for Breast/Chest Centers. *J Breast Imaging [Internet]*. 2023 [cité 29 avr 2023]; Disponible sur: <https://app.dimensions.ai/details/publication/pub.1156574147>
110. Nicholls EJ, McGowan CR, Miles S, Baxter L, Dix L, Rowlands S, et al. Provision of cervical screening for transmasculine patients: a review of clinical and programmatic guidelines. *BMJ Sex Reprod Health*. 7 nov 2022;bmjsrh-2022-201526.
111. Peitzmeier SM, Agénor M, Bernstein IM, McDowell M, Alizaga NM, Reisner SL, et al. « It Can Promote an Existential Crisis »: Factors Influencing Pap Test Acceptability and Utilization Among Transmasculine Individuals. *Qual Health Res*. déc 2017;27(14):2138-49.
112. Fuzzell LN, Perkins RB, Christy SM, Lake PW, Vadaparampil ST. Cervical cancer screening in the United States: Challenges and potential solutions for underscreened groups. *Prev Med*. mars 2021;144:106400.
113. Imborek KL, Graf EM, McCune K. Preventive Health for Transgender Men and Women. *Semin Reprod Med*. 2017;35(05):426-33.
114. Parikh U, Mausner E, Chhor CM, Gao Y, Karrington I, Heller SL. Breast Imaging in Transgender Patients: What the Radiologist Should Know. *Radiogr Rev Publ Radiol Soc N Am Inc*. févr 2020;40(1):13-27.
115. Nisly NL, Imborek KL, Miller ML, Kaliszewski SD, Williams RM, Krasowski MD. Unique Primary Care Needs of Transgender and Gender Non-Binary People. *Clin Obstet Gynecol*. déc 2018;61(4):674-86.
116. Puechl AM, Russell K, Gray BA. Care and Cancer Screening of the Transgender Population. *J Womens Health* 2002. juin 2019;28(6):761-8.

117. Dhillon N, Oliffe JL, Kelly MT, Krist J. Bridging Barriers to Cervical Cancer Screening in Transgender Men: A Scoping Review. *Am J Mens Health*. juin 2020;14(3):1557988320925691.
118. Fung J. Developing a Culturally and Linguistically Targeted Breast Cancer Educational Program for a Multicultural Population. nov 2019;6.
119. Grimstad F, Tulimat S, Stowell J. Cancer Screening for Transgender and Gender Diverse Patients. *Curr Obstet Gynecol Rep*. juin 2020;9(3):146-52.
120. Hayward JH. Updates in Transgender Breast Imaging. *Semin Ultrasound CT MR*. févr 2023;44(1):23-34.
121. Wang JC, Peitzmeier S, Reisner SL, Deutsch MB, Potter J, Pardee D, et al. Factors Associated with Unsatisfactory Pap Tests Among Sexually Active Trans Masculine Adults. *LGBT Health*. 23 janv 2023;
122. Mehta et al. - 2023 - Cultural Competence in the Care of LGBTQ+ Patients.pdf.
123. Bertoncilli Tanaka M, Sahota K, Burn J, Falconer A, Winkler M, Ahmed HU, et al. Prostate cancer in transgender women: what does a urologist need to know? *BJU Int*. janv 2022;129(1):113-22.
124. Panichella JC, Araya S, Nannapaneni S, Robinson SG, You S, Gubara SM, et al. Cancer screening and management in the transgender population: Review of literature and special considerations for gender affirmation surgery. *World J Clin Oncol*. 2023;14(7):265-84.
125. Deutsch MB, Radix A, Wesp L. Breast Cancer Screening, Management, and a Review of Case Study Literature in Transgender Populations. *Semin Reprod Med*. sept 2017;35(5):434-41.
126. Expert Panel on Breast Imaging, Brown A, Lourenco AP, Niell BL, Cronin B, Dibble EH, et al. ACR Appropriateness Criteria® Transgender Breast Cancer Screening. *J Am Coll Radiol JACR*. nov 2021;18(11S):S502-15.
127. Iwamoto SJ, Grimstad F, Irwig MS, Rothman MS. Routine Screening for Transgender and Gender Diverse Adults Taking Gender-Affirming Hormone Therapy: a Narrative Review. *J Gen Intern Med*. mai 2021;36(5):1380-9.
128. Meggetto O, Peirson L, Yakubu M, Farid-Kapadia M, Costa-Fagbemi M, Baidoobonso S, et al. Breast cancer risk and breast screening for trans people: an integration of 3 systematic reviews. *CMAJ Open*. 2019;7(3):E598-609.
129. Sterling J, Garcia MM. Cancer screening in the transgender population: a review of current guidelines, best practices, and a proposed care model. *Transl Androl Urol*. déc 2020;9(6):2771-85.
130. Calas MJG, Dantas RF de A, Ciscotto CB, Galper B, Carvalho IML de, Guerra JM. Integrative review on breast cancer screening in the transgender population: what do we know? *Mastology [Internet]*. 2022; 32. Disponible sur: <https://app.dimensions.ai/details/publication/pub.1148363646>
131. 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*. mai 2014;29(5):778-84.

132. Compton ML, Taylor SS, Weeks AG, Weiss VL, Hogan MM, Wang H, et al. Cytology and LGBT+ health: establishing inclusive cancer screening programs. *J Am Soc Cytopathol.* 1 sept 2022;11(5):241-52.
133. Grosse A, Grosse C, Lenggenhager D, Bode B, Camenisch U, Bode P. Cytology of the neovagina in transgender women and individuals with congenital or acquired absence of a natural vagina. *Cytopathol Off J Br Soc Clin Cytol.* juin 2017;28(3):184-91.
134. Adkins BD, Barlow AB, Jack A, Schultenover SJ, Desouki MM, Coogan AC, et al. Characteristic findings of cervical Papanicolaou tests from transgender patients on androgen therapy: Challenges in detecting dysplasia. *Cytopathol Off J Br Soc Clin Cytol.* juin 2018;29(3):281-7.
135. Plummer RM, Kelting S, Madan R, O'Neil M, Dennis K, Fan F. Cervical Papanicolaou tests in the female-to-male transgender population: should the adequacy criteria be revised in this population? An Institutional Experience. *J Am Soc Cytopathol.* juin 2021;10(3):255-60.
136. Sallans RK. Six Tips for Giving Good Health Care to Anyone With a Cervix. *AMA J Ethics.* 1 févr 2020;22(2):E168-175.
137. Moatamed NA, Del Barco A, Yang SE, Ying Y, Zhang S, Rodriguez EF. Clinical History of the Female-to-Male Transgender Individuals Is Needed to Avoid Misinterpretation of the cervical Papanicolaou Test. *Cytopathol Off J Br Soc Clin Cytol.* 15 déc 2022;
138. Torous VF. Cervicovaginal Papanicolaou tests in transgender men: Cytomorphologic alterations, interpretation considerations, and clinical implications. *Cancer Cytopathol.* 26 juin 2023;
139. Berner AM, Connolly DJ, Pinnell I, Wolton A, MacNaughton A, Challen C, et al. Attitudes of transgender men and non-binary people to cervical screening: a cross-sectional mixed-methods study in the UK. *Br J Gen Pract.* août 2021;71(709):e614.
140. Seay J, Ranck A, Weiss R, Salgado C, Fein L, Kobetz E. Understanding Transgender Men's Experiences with and Preferences for Cervical Cancer Screening: A Rapid Assessment Survey. *LGBT Health.* août 2017;4(4):304-9.
141. Goldstein Z, Martinson T, Ramachandran S, Lindner R, Safer JD. Improved Rates of Cervical Cancer Screening Among Transmasculine Patients Through Self-Collected Swabs for High-Risk Human Papillomavirus DNA Testing. *Transgender Health.* 1 mars 2020;5(1):10-7.
142. Maza M, Meléndez M, Herrera A, Hernández X, Rodríguez B, Soler M, et al. Cervical Cancer Screening with Human Papillomavirus Self-Sampling Among Transgender Men in El Salvador. *LGBT Health.* juin 2020;7(4):174-81.
143. McDowell M, Pardee DJ, Peitzmeier S, Reisner SL, Agénor M, Alizaga N, et al. Cervical Cancer Screening Preferences Among Trans-Masculine Individuals: Patient-Collected Human Papillomavirus Vaginal Swabs Versus Provider-Administered Pap Tests. *LGBT Health.* août 2017;4(4):252-9.
144. Reisner SL, Deutsch MB, Peitzmeier SM, White Hughto JM, Cavanaugh TP, Pardee DJ, et al. Test performance and acceptability of self- versus provider-collected swabs for high-risk HPV DNA testing in female-to-male trans masculine patients. *PLoS One.* 2018;13(3):e0190172.

145. Pils S, Mlakar J, Poljak M, Domjanič GG, Kaufmann U, Springer S, et al. HPV screening in the urine of transpeople - A prevalence study. *EClinicalMedicine*. déc 2022;54:101702.
146. Adams EC, Varkey TC, Aijaz A, Taboada J, Nguyen AM. Increased Surveillance or Increased Scrutiny: Curbing Inappropriate Screening of Endometrial Cancer in Transgender Men. *J Fam Reprod Health*. sept 2022;16(3):170-6.
147. Elshimy G, Tran K, Harman SM, Correa R. Unmasked Testicular Seminoma During Use of Hormonal Transgender Woman Therapy: A Hidden hCG-Secreting Tumor. *J Endocr Soc*. 1 juill 2020;4(7):bvaa074.
148. Reisner SL, Poteat T, Keatley J, Cabral M, Mothopeng T, Dunham E, et al. Global health burden and needs of transgender populations: a review. *Lancet Lond Engl*. 23 juill 2016;388(10042):412-36.
149. Hughes LD, King WM, Gamarel KE, Geronimus AT, Panagiotou OA, Hughto JMW. Differences in All-Cause Mortality Among Transgender and Non-Transgender People Enrolled in Private Insurance. *Demography*. 1 juin 2022;59(3):1023-43.
150. Erlangsen A, Jacobsen AL, Ranning A, Delamare AL, Nordentoft M, Frisch M. Transgender Identity and Suicide Attempts and Mortality in Denmark. *JAMA*. 27 juin 2023;329(24):2145-53.
151. OUTrans, Acceptess-T, ReST IDF. charte pour l'accès aux soins des personnes trans [Internet]. 2018 p. 6. Disponible sur: [https://associationespacesantetrans.files.wordpress.com/2019/03/charte\\_reseau-sante-trans-idf\\_sept-2018.pdf](https://associationespacesantetrans.files.wordpress.com/2019/03/charte_reseau-sante-trans-idf_sept-2018.pdf)
152. Fournier C, Kerzanet S. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature. *Santé Publique*. 2007;19(5):413-25.
153. Harb CYW, Pass LE, De Soriano IC, Zwick A, Gilbert PA. Motivators and Barriers to Accessing Sexual Health Care Services for Transgender/Genderqueer Individuals Assigned Female Sex at Birth. *Transgender Health*. 2019;4(1):58-67.
154. Mansh M, Garcia G, Lunn MR. From patients to providers: changing the culture in medicine toward sexual and gender minorities. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. mai 2015;90(5):574-80.
155. Martin MJ, Donnet B, Defévère J, Fitère H, Menisnez A, Gallouj R, et al. accueil et suivi des personnes en demande de transition en soins de premiers recours : retour sur plus de dix ans d'expérience.
156. notre offre de santé | Checkpoint Paris [Internet]. Disponible sur: <https://www.checkpointparis.org/notre-offre-de-sante/>
157. Puill C, Romby A, Gaucher L. consultation de gynécologie à destination des personnes lesbiennes ou trans : retour d'expérience. *Santé Publique*. nov 2022;Hors série n°2:223-30.
158. Porée L, Bouët E, Coutin C, Joséphine E. LGBTQIA+ et planning familial ; la question des minorisé.e.s en raison de leur see ou de leur genre dans une association féministe pour le droit à la santé sexuelle. *Santé Publique*. 2022;hors série n°2:213-22.
159. sofect. Propositions de la SoFECT pour l'amélioration de la prise en charge médicale du transsexualisme en France. nov 2017;

160. Acceptess-T, OUtans, chrysalide, Espace santé trans, frisse, rita, et al. Lettre ouverte des associations trans à Nicolas Morel-Journal, président de la SoFECT et de la FPATH [Internet]. Disponible sur: <http://trans-sante.fr/>
161. Le planning familial. Les enjeux de la santé des personnes trans [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.planning-familial.org/fr/association-martiniquaise-pour-linformation-et-lorientationfamiliale-amiof/les-enjeux-de-la-sante>
162. Baleige A, Guernut M, Denis F. promouvoir la santé des personnes transgenres et de genre divers au sein des systèmes de santé : une revue systématique de la littérature communautaire. Santé Publique. janv 2023;197-211.
163. Geay J. France Inter. 2022 Affiche d'homme enceint : le Planning familial s'insurge contre les attaques de l'extrême droite. Disponible sur: <https://www.radiofrance.fr/franceinter/affiche-d-homme-enceint-le-planning-familial-s-insurge-contre-les-attaques-de-l-extreme-droite-5099773>
164. laurierthefox. Laurier The Fox [Internet]. Tumblr. Disponible sur: <https://laurierthefox.tumblr.com/post/696463746148728832/bonjour-%C3%A0-toustes-voici-la-4e-et-derni%C3%A8re>
165. charli, luciole, max. Guide d'auto-injection intramusculaire d'oestrogènes. collectifs FLIRT et STRIP;
166. Brochure Hormones et parcours trans [Internet]. OUtans - Association féministe d'autosupport trans à Paris. Disponible sur: <https://outrans.org/ressources/hormones-et-parcours-trans/>
167. Gyn&co [Internet]. Disponible sur: <https://gynandco.wordpress.com/>
168. Medecin Gay-friendly LGBT [Internet]. Medecin Gay-friendly LGBT. Disponible sur: <https://www.medecin-gay-friendly.fr/>
169. BDDTrans. BDDTrans Disponible sur: <https://bddtrans.fr/accueil/>
170. Machtinger EL, Cuca YP, Khanna N, Rose CD, Kimberg LS. From Treatment to Healing: The Promise of Trauma-Informed Primary Care. Womens Health Issues. 1 mai 2015;25(3):193-7.
171. jedrzejewski thibault. État des lieux des difficultés rencontrées par les homosexuels face à leurs spécificités de santé en médecine générale en France Réflexions sur le contexte et les données actuelles, l'histoire et les subjectivités gays et lesbiennes. 2016.
172. Blanc A, Bonnet F, Brun-Vezinet F, Costagliola D, Dabis F, Delobel P, et al. Groupe d'experts pour la prise en charge du VIH. 2017;
173. Nayar R, Wilbur DC, éditeurs. The Bethesda System for Reporting Cervical Cytology: Definitions, Criteria, and Explanatory Notes [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2015 [cité 17 août 2023]. Disponible sur: <https://link.springer.com/10.1007/978-3-319-11074-5>
174. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. sept 2005;34(5):513.
175. L'auto prélèvement vaginal en pratique [Internet]. 2020 Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=ZQBhCOMagx4>

176. Référentiel national - Dépistage du cancer du col de l'utérus - cadre et modalités de recours aux autoprélèvements vaginaux - Ref : REFNATAPV22 [Internet] Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Referentiel-national-Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-cadre-et-modalites-de-recours-aux-autoprelevements-vaginaux>
177. European Cancer Organisation. viral protection : achieving the possible - a four steps plan for eliminating hpv cancer in Europe. 2021.
178. Sancho-Garnier H, Tamalet C, Halfon P, Leandri FX, Le Retraite L, Djoufelkit K, et al. HPV self-sampling or the Pap-smear: a randomized study among cervical screening nonattenders from lower socioeconomic groups in France. *Int J Cancer*. 1 déc 2013;133(11):2681-7.
179. Pathak N, Dodds J, Zamora J, Khan K. Accuracy of urinary human papillomavirus testing for presence of cervical HPV: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 16 sept 2014;349:g5264.
180. Bober P, Firment P, Sabo J. Diagnostic Test Accuracy of First-Void Urine Human Papillomaviruses for Presence Cervical HPV in Women: Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 17 déc 2021;18(24):13314.
181. Cho HW, Shim SR, Lee JK, Hong JH. Accuracy of human papillomavirus tests on self-collected urine versus clinician-collected samples for the detection of cervical precancer: a systematic review and meta-analysis. *J Gynecol Oncol*. janv 2022;33(1):e4.
182. Mangold BR. Self-Collected Samples in Cervical Cancer Screening: Results of HPV and Pap Self-Collected Samples Compared to Physician-Obtained Specimens. *Acta Cytol*. 2019;63(5):379-84.
183. Singla AA, Komesaroff P. Self-collected Pap smears may provide an acceptable and effective method of cervical cancer screening. *Health Sci Rep*. 6 avr 2018;1(5):e33.
184. Dépister le cancer du col de l'utérus [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/cancer-col-uterus/frottis-hpv-depistage>
185. Cancer du sein [Internet]. [cité 26 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/pathologies/cancers/cancer-sein>
186. Carroll R, Tan KKH, Ker A, Byrne JL, Veale JF. Uptake, experiences and barriers to cervical screening for trans and non-binary people in Aotearoa New Zealand. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2 avr 2023;
187. Gonçalves JCN, Macedo ACL, Madeira K, Bavaresco DV, Dondossola ER, Grande AJ, et al. Accuracy of Anal Cytology for Diagnostic of Precursor Lesions of Anal Cancer: Systematic Review and Meta-analysis. *Dis Colon Rectum*. janv 2019;62(1):112-20.
188. Wieland U, Oellig F, Kreuter A. Anal dysplasia and anal cancer. English version. *Hautarzt Z Dermatol Venerol Verwandte Geb*. déc 2020;71(Suppl 2):74-81.
189. Pergialiotis V, Vlachos DG, Rodolakis A, Thomakos N, Christakis D, Vlachos GD. The effect of vaginal lubrication on unsatisfactory results of cervical smears. *J Low Genit Tract Dis*. janv 2015;19(1):55-61.
190. Botalla-Piretta AS. Examen gynécologique en décubitus latéral : ressenti de patientes et de professionnels de santé en France. Étude qualitative par entretiens semi-dirigés. 13 oct 2015;87.

191. Boughey JC, Hartmann LC, Anderson SS, Degnim AC, Vierkant RA, Reynolds CA, et al. Evaluation of the Tyrer-Cuzick (International Breast Cancer Intervention Study) model for breast cancer risk prediction in women with atypical hyperplasia. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 1 août 2010;28(22):3591-6.
192. Tyrer J, Duffy SW, Cuzick J. A breast cancer prediction model incorporating familial and personal risk factors. *Stat Med*. 15 avr 2004;23(7):1111-30.
193. Tyrer-Cuzick Risk Calculator for Breast Cancer Risk Assessment | MagView [Internet]. Disponible sur: <https://ibis-risk-calculator.magview.com/>
194. Haute Autorité de Santé [Internet] Cancer du sein : quel dépistage selon vos facteurs de risque ? - questions / réponses. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1741602/fr/cancer-du-sein-quel-depistage-selon-vos-facteurs-de-risque-questions/-reponses](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1741602/fr/cancer-du-sein-quel-depistage-selon-vos-facteurs-de-risque-questions/-reponses)
195. INCa. Prothèses mammaires et risque de cancer - Réduire les risques de cancer [Internet]. 2019 [cité 18 août 2023]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer/Protheses-mammaires>
196. ANSM. ANSM. 2021 [cité 18 août 2023]. Actualité - L'ANSM décide, par mesure de précaution, de retirer du marché des implants mammaires macrotexturés et des implants mammaires à surface recouverte de polyuréthane - L'ANSM ne recommande pas d'explantation préventive pour les femmes porteuses de ces implant. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/actualites/lansm-decide-par-mesure-de-precaution-de-retirer-du-marche-des-implants-mammaires-macrotextures-et-des-implants-mammaires-a-surface-recouverte-de-polyurethane-lansm-ne-recommande-pas-dexplantation-preventive-pour-les-femmes-porteuses-de-ces-implants-commu>
197. McCready T, Littlewood D, Jenkinson J. Breast self-examination and breast awareness: a literature review. *J Clin Nurs*. mai 2005;14(5):570-8.
198. Pippin MM, Boyd R. Breast Self-Examination. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565846/>
199. Bretthauer M, Wieszczy P, Løberg M, Kaminski MF, Werner TF, Helsing LM, et al. Estimated Lifetime Gained With Cancer Screening Tests: A Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. *JAMA Intern Med* [Internet]. 28 août 2023 Disponible sur: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2023.3798>
200. INCa. survie des personnes atteintes de cancer en France Métropolitaine 1989-2018 : Sein. 2020 sept.
201. A.p., Garçon Et Nicot c. France [Internet]. 2017 Disponible sur: <https://hudoc.echr.coe.int/fre?i=001-172556>
202. Carroll EF, Woodard GA, St Amand CM, Davidge-Pitts C. Breast Cancer Screening Recommendations for Transgender and Gender Diverse Patients: A Knowledge and Familiarity Assessment of Primary Care Practitioners. *J Community Health*. 23 mai 2023;
203. Wdowiak S, Ceugnart L. Risque sénologique chez les patients transgenres : à propos des recommandations américaines sur le dépistage des néoplasies mammaires. *Imag Femme*. 2020;30(3):124-30.

204. COREVIH Normandie informations et lutte [Internet]. Les Membres. Disponible sur: <https://www.corevih-normandie.fr/association-corevih-normandie/organisation/les-membres/>
205. Formations - Le ReST — Réseau Santé Trans [Internet]. 2021 Disponible sur: <https://reseauantetrans.fr/formations/>
206. Formations à destination des professionnel-le-s de santé [Internet]. Espace Santé Trans. 2021 [cité 6 août 2023]. Disponible sur: <https://espacesantetrans.fr/activites/formations-a-destination-des-professionnel%c2%b7le%c2%b7s-de-sante/>
207. Université Sorbonne. programme DU trans 2023-2024 [Internet]. Disponible sur: <https://fc.sorbonne-universite.fr/wp-content/uploads/2021/03/programme-dutrans-2023-2024.pdf>
208. Accompagnement, soins et santé des personnes trans : Fiche Parcours : Offre de formation [Internet]. Disponible sur: <https://offre-de-formations.univ-lyon1.fr/parcours-1219/accompagnement-soins-et-sante-des-personnes-trans.html>
209. Geay J. France Inter. 2022 Le Conseil Constitutionnel n'ouvre pas la voie à la PMA pour les hommes transgenres. Disponible sur: <https://www.radiofrance.fr/franceinter/le-conseil-constitutionnel-n-ouvre-pas-la-voie-a-la-pma-pour-les-hommes-transgenres-3484812>
210. <https://www.facebook.com/nhswebsite>. nhs.uk. 2021 How to book or change a breast screening appointment. Disponible sur: <https://www.nhs.uk/conditions/breast-screening-mammogram/how-to-book-or-change-an-appointment/>
211. Highland NHS. NHS Highland. 2023 Information for transgender and non-binary people. Disponible sur: <https://www.nhshighland.scot.nhs.uk/your-services/all-services-a-z/health-screening-easy-read/breast-screening-easy-read/information-for-transgender-and-non-binary-people/>
212. GOV.UK [Internet].. NHS population screening: information for trans and non-binary people. Disponible sur: <https://www.gov.uk/government/publications/nhs-population-screening-information-for-transgender-people/nhs-population-screening-information-for-trans-people>
213. Kathryn F. transgender men and / or non binary people (with a cervix) - cervical screening guidance document for primary care staff [Internet]. 2021 Disponible sur: [https://www.leedscg.nhs.uk/content/uploads/2022/03/Cervical-Screening-Guidance-Document-for-Primary-Care-Staff-Trans-Men-and-or-Non-Binary-People\\_.pdf](https://www.leedscg.nhs.uk/content/uploads/2022/03/Cervical-Screening-Guidance-Document-for-Primary-Care-Staff-Trans-Men-and-or-Non-Binary-People_.pdf)
214. Donnée sensible [Internet]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/fr/definition/donnee-sensible>

## Annexes

### Annexe 1 – Algorithmes de recherche

**Database:** PubMed

**Search strategy:**

("Gender Dysphoria"[MeSH Terms] OR "Transgender Persons"[MeSH Terms] OR "transgender\*" [Text Word] OR "gender affirm\*" [Text Word] OR "Gender Dysphoria" [Text Word] OR "transidentit\*" [Text Word] OR "trans people" [Text Word] OR "trans men" [Text Word] OR "trans man" [Text Word] OR "transman" [Text Word] OR "trans women" [Text Word] OR "transwoman" [Text Word] OR "trans woman" [Text Word] OR "gender divers\*" [Text Word] OR "gender incongru\*" [Text Word] OR "transmasc\*" [Text Word] OR "transfemin\*" [Text Word] OR "transfemale\*" [Text Word] OR "gender identity" [Text Word] OR "gender minorit\*" [Text Word]) AND ("mass screening" [MeSH Terms] OR "early diagnosis" [MeSH Terms] OR "Papanicolaou Test" [MeSH Terms] OR "mammography" [MeSH Terms] OR "ultrasonography" [MeSH Terms] OR "Prostate-Specific antigen" [MeSH Terms] OR "screen\*" [Text Word] OR "early diagn\*" [Text Word] OR "detect\*" [Text Word] OR "early diagnosis" [Title/Abstract:~2] OR "testing\*" [Text Word] OR "pap smear\*" [Text Word] OR "pap test\*" [Text Word] OR "Papanicolaou" [Text Word] OR "mammography" [Text Word] OR "prostate specific antigen" [Text Word] OR "PSA" [Text Word] OR "ultrasonography" [Text Word]) AND ("neoplasms" [MeSH Terms] OR "cancer" [Text Word] OR "neoplasm\*" [Text Word] OR "onco\*" [Text Word] OR "tumo\*" [Text Word] OR "malign\*" [Text Word])

**No language or date restriction**

**Database:** LiSSa

**Search strategy:**

(Dysphorie de genre.mc OU personnes transgenres.mc OU transgenr\*.tl OU transidentit\*.tl) ET (oncologie.mt OU cancer\*.tl OU tum\*.tl OU oncol\*.tl OU carcino\*.tl)

**No language or date restriction**

**Database:** Cochrane Library

**Search strategy:**

([mh "Gender Dysphoria"] OR [mh "Transgender Persons"] OR (transgender\*:ti,ab,kw OR ("gender" NEXT affirm\*):ti,ab,kw OR "Gender Dysphoria":ti,ab,kw OR transidentit\*:ti,ab,kw OR "trans people":ti,ab,kw OR "trans men":ti,ab,kw OR "trans man":ti,ab,kw OR transman:ti,ab,kw OR "trans women":ti,ab,kw OR transwoman:ti,ab,kw OR "trans woman":ti,ab,kw OR ("gender" NEXT divers\*):ti,ab,kw OR ("gender" NEXT incongru\*):ti,ab,kw OR transmasc\*:ti,ab,kw OR transfemin\*:ti,ab,kw OR transfemale\*:ti,ab,kw OR "gender identity":ti,ab,kw OR ("gender" NEXT minorit\*):ti,ab,kw)) AND ([mh "mass screening"] OR [mh "early diagnosis"] OR [mh "Papanicolaou Test"] OR [mh "mammography"] OR [mh "Prostate-Specific antigen"] OR [mh "ultrasonography"] OR (screen\*:ti,ab,kw OR ("early" NEXT diagn\*):ti,ab,kw OR detect\*:ti,ab,kw OR testing\*:ti,ab,kw OR ("pap" NEXT smear\*):ti,ab,kw OR ("pap" NEXT test\*):ti,ab,kw OR Papanicolaou:ti,ab,kw OR mammography:ti,ab,kw OR ("Prostate-Specific" NEXT antigen):ti,ab,kw OR PSA:ti,ab,kw OR ultrasonography:ti,ab,kw)) AND ([mh neoplasms] OR (cancer:ti,ab,kw OR neoplasm\*:ti,ab,kw OR onco\*:ti,ab,kw OR tumor\*:ti,ab,kw OR malign\*:ti,ab,kw))

**No language or date restriction****Database: Dimensions****Search strategy:**

("Gender Dysphoria" OR "Transgender Persons" OR transgender OR "gender affirming" OR "Gender Dysphoria" OR transidentity OR "trans people" OR "trans men" OR "trans man" OR transman OR "trans women" OR transwoman OR "trans woman" OR "gender diverse" OR "gender diversity" OR "gender incongruence" OR transmasculine OR transfeminine OR transfemale OR "gender identity" OR "gender minority") AND ("mass screening" OR "early diagnosis" OR screening OR detection OR testing\* OR "pap smear" OR "pap test" OR Papanicolaou OR mammography OR PSA OR "Prostate-Specific antigen" OR ultrasonography) AND (neoplasms OR cancer OR neoplasm OR oncology OR tumor OR tumor OR malignant)

**No language or date restriction. Title and Abstract only**

## Annexe 2 – Grille d'extraction des données

### Extractions de données d'une étude

Titre de la revue et volume		OU	Citation vancouver	
Détails publications				
Numéro de référence				
Titre article				
Nom assesseur.euse				
Date extraction des données				
L'étude est-elle bien éligible à la revue selon les critères d'inclusion définis?				
Existe-t-il des critères d'exclusion, si oui lesquels?				
Type d'étude				
Prospectif - retrospectif - autre				
Construction étude : Parallel, factorial, crossover, cluster aspects of design for randomized trials, and/or study design features for non-randomized studies Single or multicentre study; if multicentre, number of recruiting centres				
But de l'étude	Primaire :			
	Secondaire :			
Pays				
Dates				
Implication promoteur dans la construction de l'étude				
Population cible		Nombres participant.es		
Critères recrutement		Caractéristiques population		
Randomisation? Details of random sequence generation, allocation sequence concealment, and masking for randomized trials, and methods used to prevent and control for confounding, selection biases, and information biases for non-randomized studies*				
Durée de suivi				
Methodes collecte de données		Qui les collectent		
Outils recherches utilisés		Outils d'analyse		

Type d'intervention		co-interventions ?	
Methodologie de l'intervention			
Intégrité de l'intervention (s'est elle passée comme prévu dans le protocole)			

Principaux résultats à relever	
Quels chiffres présentés et pourquoi?	
Chiffres clés pour la thèse	

Limites de l'étude	
Force de l'étude	

Conclusions des auteur.ices	
Positionnement politique de l'article	
Conflits d'intérêts ?	

Commentaires et notes communauté scientifique sur cet article	
---	--

### Annexe 3 – Articles retenus

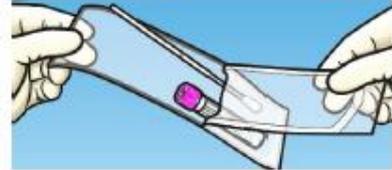
Auteur·ices	Titre – revue - numéro	Date	Cancer
Adams et al	Increased Surveillance or Increased Scrutiny: Curbing Inappropriate Screening of Endometrial Cancer in Transgender Men. J Family Reprod Health;16(3):170-6.	Sept 2022	Endomètre
Adkins et al	Characteristic findings of cervical Papanicolaou tests from transgender patients on androgen therapy: Challenges in detecting dysplasia. Cytopathology. ;29(3):281-7.	Juin 2018	Col
ACOG	Health Care for Transgender and Gender Diverse Individuals: ACOG Committee Opinion, Number 823. Obstet Gynecol ;137(3):e75-88.	Mars 2021	Sein, col, endomètre
Berner et al	Attitudes of transgender men and non-binary people to cervical screening: a cross-sectional mixed-methods study in the UK. The British Journal of General Practice ;71(709):e614.	Août 2021	Col
Bertoncelli et al	Prostate cancer in transgender women: what does a urologist need to know? BJU Int ;129(1):113-22.	Janv 2022	Prostate
Calas et al	Integrative review on breast cancer screening in the transgender population: what do we know? Mastology ;32	2022	Sein
Compton et al	Cytology and LGBT+ health: establishing inclusive cancer screening programs. Journal of the American Society of Cytopathology ;11(5):241-52.	Sept 2022	Col
Deutsch et al	Breast Cancer Screening, Management, and a Review of Case Study Literature in Transgender Populations. Semin Reprod Med ;35(5):434-41.	Sept 2017	Sein
Dhillon et al	Bridging Barriers to Cervical Cancer Screening in Transgender Men: A Scoping Review. Am J Mens Health. 14(3):1557988320925691.	Juin 2020	Col
Elshimy et al	Unmasked Testicular Seminoma During Use of Hormonal Transgender Woman Therapy: A Hidden hCG-Secreting Tumor. J Endocr Soc ;4(7):bvaa074.	Juil 2020	Testicule
Expert Panel on Breast Imaging	ACR Appropriateness Criteria® Transgender Breast Cancer Screening. J Am Coll Radiol. ;18(11S):S502-15.	Nov 2021	Sein
Fung	Developing a Culturally and Linguistically Targeted Breast Cancer Educational Program for a Multicultural Population. :6.	Nov 2019	Sein
Fuzzel et al	Cervical cancer screening in the United States: Challenges and potential solutions for underscreened groups. Prev Med. ; 144:106400.	Mars 2021	Col
Goldstein et al	Improved Rates of Cervical Cancer Screening Among Transmasculine Patients Through Self-Collected Swabs for High-Risk Human Papillomavirus DNA Testing. Transgend Health. 5(1):10-7.	Mars 2020	Col
Grimstad et al	Cancer Screening for Transgender and Gender Diverse Patients. Current Obstetrics and Gynecology Reports. 2020;9(3):146-52.	Juin 2020	Sein, col, prostate, endomètre, testicule, ovaire
Grosse et al	Cytology of the neovagina in transgender women and individuals with congenital or acquired absence of a natural vagina. Cytopathology ; 28(3):184-91.	Juin 2017	Col
Hayward	Updates in Transgender Breast Imaging. Semin Ultrasound CT MR ;44(1):23-34.	Fev 2023	Sein
Imborek et al	Preventive Health for Transgender Men and Women. Seminars in Reproductive Medicine. ;35(05):426-33.	2017	Col, endomètre, sein, ovaire, prostate
Iwamoto et al	Routine Screening for Transgender and Gender Diverse Adults Taking Gender-Affirming Hormone Therapy: a Narrative Review. J Gen Intern Med. ; 36(5):1380-9.	Mai 2021	Sein, col, prostate
Maza et al	Cervical Cancer Screening with Human Papillomavirus Self-Sampling Among Transgender Men in El Salvador. LGBT Health. ;7(4):174-81.	Juin 2020	Col
McDowell et al	Cervical Cancer Screening Preferences Among Trans-Masculine Individuals: Patient-Collected Human Papillomavirus Vaginal Swabs Versus Provider-Administered Pap Tests. LGBT Health. ; 4(4):252-9.	Août 2017	Col

Meggetto et al	Breast cancer risk and breast screening for trans people: an integration of 3 systematic reviews. <i>CMAJ Open</i> ;7(3):E598-609.	2019	Sein
Mehta et al	Cultural Competence in the Care of LGBTQ+ Patients: A Primer for Breast/Chest Centers. <i>Journal of Breast Imaging</i> .	2023	Sein
Moatamed et al	Clinical History of the Female-to-Male Transgender Individuals Is Needed to Avoid Misinterpretation of the cervical Papanicolaou Test. <i>Cytopathology</i> .	Dec 2022	Col
Nicholls et al	Provision of cervical screening for transmasculine patients: a review of clinical and programmatic guidelines. <i>BMJ Sex Reprod Health ;bmjsrh-2022-201526</i> .	Nov 2022	Col
Nisly et al	Unique Primary Care Needs of Transgender and Gender Non-Binary People. <i>Clin Obstet Gynecol</i> . 61(4):674-86.	Dec 2021	Col, sein
Nolan et al	Cultural Humility: Retraining and Retooling Nurses to Provide Equitable Cancer Care. <i>Clinical journal of oncology nursing</i> . ;25(5):3-9.	2021	-
Panichella et al	Cancer screening and management in the transgender population: Review of literature and special considerations for gender affirmation surgery. <i>World Journal of Clinical Oncology</i> . 14(7):265-84.	Juil 2023	Sein, endomètre, col, prostate, testicule
Parikh et al	Breast Imaging in Transgender Patients: What the Radiologist Should Know. <i>Radiographics</i> . 40(1):13-27.	Fev 2020	Sein
Peitzmeier et al	« It Can Promote an Existential Crisis »: Factors Influencing Pap Test Acceptability and Utilization Among Transmasculine Individuals. <i>Qual Health Res</i> . 27(14):2138-49.	Dec 2017	Col
Peitzmeier et al	Female-to-male patients have high prevalence of unsatisfactory Paps compared to non-transgender females: implications for cervical cancer screening. <i>J Gen Intern Med</i> . 29(5):778-84.	Mai 2014	Col
Pils et al	HPV screening in the urine of transpeople - A prevalence study. <i>EClinicalMedicine</i> ;54:101702.	Dec 2022	Col
Plummer et al	Cervical Papanicolaou tests in the female-to-male transgender population: should the adequacy criteria be revised in this population? An Institutional Experience. <i>J Am Soc Cytopathology</i> ;10(3):255-60.	Juin 2021	Col
Potter et al	Cervical Cancer Screening for Patients on the Female-to-Male Spectrum: a Narrative Review and Guide for Clinicians. <i>J Gen Intern Med</i> ;30(12):1857-64.	Dec 2015	Col
Puechl et al	Care and Cancer Screening of the Transgender Population. <i>J Womens Health (Larchmt)</i> . ;28(6):761-8.	Juin 2019	Sein, col, prostate, ovaire, endomètre
Reisner et al	Test performance and acceptability of self- versus provider-collected swabs for high-risk HPV DNA testing in female-to-male trans masculine patients	Juil 2018	Col
Sallans	Six Tips for Giving Good Health Care to Anyone With a Cervix. <i>AMA J Ethics</i> . 22(2):E168-175.	Fev 2020	Col
Seay et al	Understanding Transgender Men's Experiences with and Preferences for Cervical Cancer Screening: A Rapid Assessment Survey. <i>LGBT Health</i> ;4(4):304-9.	Août 2017	Col
Sterling et Garcia	Cancer screening in the transgender population: a review of current guidelines, best practices, and a proposed care model. <i>Transl Androl Urol</i> ;9(6):2771-85.	Dec 2020	Sein, endomètre, col, prostate, testicule
Torous	Cervicovaginal Papanicolaou tests in transgender men: Cytomorphologic alterations, interpretation considerations, and clinical implications. <i>Cancer Cytopathol</i> .	Juin 2023	Col
Wang et al	Factors Associated with Unsatisfactory Pap Tests Among Sexually Active Trans Masculine Adults. <i>LGBT Health</i>	Janv 2023	Col

## Réalisation d'un auto-prélèvement vaginal

👐 Se laver les mains AVANT de réaliser le prélèvement 👐

1- Ouvrir le sachet contenant l'écouvillon. Enlever le tube fermé et l'écouvillon (sans toucher le coton).



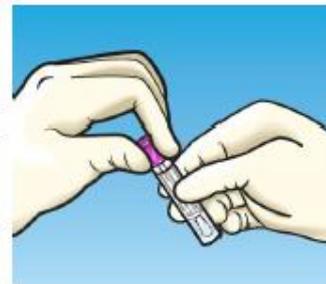
2- Ecarter les grandes lèvres.

3- Introduire doucement l'écouvillon dans le vagin sur une distance de 3 à 5 cm puis le faire tourner délicatement pendant 10 à 15 secondes **en frottant bien les parois du vagin.**



4- Ouvrir le tube en prenant garde **de ne pas renverser le liquide présent dans le tube** (c'est un milieu de conservation).

5- Placer l'écouvillon dans le tube. Casser la tige de l'écouvillon au niveau de la marque, sur le bord du tube.



6- Bien refermer le tube.

7- Identifier le prélèvement en notant vos nom et prénom sur l'étiquette du tube

**1** Destape el tubo en donde colocará la muestra, con cuidado de no derramar el líquido que se encuentra adentro del tubo.

**2** Con su mano, sostenga el cepillo de la parte inferior del plástico para que la punta quede viendo hacia usted.

**3** Con su otra mano separe las estructuras genitales externas y coloque la punta del cepillo en el orificio genital.

**4** Lentamente y con cuidado introduzca el cepillo en el canal genital para que el cepillo pueda introducirse fácilmente. Si usted experimenta dolor o gran incomodidad, deténgase y hable con el personal de salud.

**5** Continúe introduciendo el cepillo hasta que encuentre resistencia. Una vez que esto ocurra, detener el cepillo en esa posición con cuidado y cuente hasta 20, luego rote el cepillo de 3-5 veces.

**6** Retire el cepillo del canal genital e introdúzcalo hasta el fondo del frasco, con el fin de que la muestra se preserve en el líquido. Quieb্রে la porción plástica sosteniendo firmemente con una mano el tubo en posición recta y con la otra mano la porción plástica del cepillo.

**7** Cierre el frasco, girando la tapadera y entréguelo a la persona encargada.

# Procedimiento para el auto-toma

bhi Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas



## Résumé :

**Introduction :** Les personnes transgenres, qu'elles soient binaires ou non-binaires, participent moins aux dépistages oncologiques que les personnes cisgenres. Les freins à ces dépistages sont connus : une absence de campagnes inclusives, un manque de formation du corps médical, la transphobie. À cela s'ajoutent les modifications liées aux traitements hormonaux et les facteurs de risques propres à cette population.

L'objectif principal de cette étude est de synthétiser les connaissances et de proposer un schéma de dépistage adapté aux personnes trans pour les cancers hormonodépendants que sont le cancer du sein, le cancer du col de l'utérus, le cancer de la prostate, le cancer ovarien, le cancer testiculaire et le cancer de l'endomètre. Le but est de permettre aux médecins généralistes d'avoir une vue d'ensemble de la question et de faciliter l'adhésion au dépistage.

**Méthode :** Nous avons conduit une revue de la littérature entre avril et août 2023. Une recherche a été effectuée sur les bases de données que sont PubMed, Cochrane Library, Lissa et Dimension. 1386 articles sont sortis de cette recherche. Après suppression des doublons, nous en comptons 777.

**Résultats :** 41 articles ont été finalement inclus à notre analyse. Ces articles couvraient majoritairement le cancer du col de l'utérus et le cancer du sein et étaient pour 83% étasuniens.

**Discussion :** La majorité des recommandations dérivent des guides de dépistage nationaux pour les femmes et hommes cisgenres faute d'étude épidémiologique et de morbidité de grande ampleur dans la population transgenre. Il semble cependant se dessiner un consensus d'experts sur les cancers du col de l'utérus et du sein concernant les patient·es·x cibles et les techniques à proposer. Le programme national de dépistage du cancer du col de l'utérus est à suivre chez les hommes trans et non-binaires, y compris sous testostérone. L'utilisation de l'auto-prélèvement HPV permettrait de doubler la participation au dépistage du cancer du col chez les hommes trans et personnes non binaires. Nous recommandons l'inclusion au programme national de dépistage du cancer du sein des personnes trans dès leurs 50 ans et à partir de 5 ans d'œstrogène pour les femmes trans et personnes non binaires sous traitement hormonal substitutif.

Les modalités d'accueil et la formation des soignant·es·x sont des points tout aussi essentiels au dépistage.

**Mots clefs :** transgenre, non-binaire, LGBT, dépistage, cancer du col, cancer de la prostate, cancer du sein, cancer de l'endomètre, cancer du testicule, cancer ovarien, frottis cervical, papillomavirus, mammographie

**Termes MeSH :** transgender, gender minorities, LGBT, mass screening, cervical neoplasm, prostatic neoplasm, breast neoplasm, testicular neoplasm, ovarian neoplasm, pap smear, papillomavirus, mammography