

Recommandations de prévention chez les personnes transgenres

Dre CLAIRE RITZ^a, Dr RAPHAËL BIZE^b, ADÈLE ZUFFEREY^c et Dre MELISSA DOMINICÉ DAO^a

Rev Med Suisse 2024; 20: 1248-52 | DOI : 10.53738/REVMED.2024.20.880.1248

Les personnes transgenres sont à risque d'avoir une moins bonne santé que la population cisgenre. D'une part, elles rencontrent des problématiques de santé spécifiques, majoritairement en lien avec l'impact du stress minoritaire sur leur santé mentale et somatique. D'autre part, les conseils de prévention habituels ne prennent que rarement en compte l'éventuel recours à des traitements hormonaux ou chirurgicaux d'affirmation de genre pouvant modifier les profils de risque sur les plans biologiques ou anatomiques. La prévention chez les personnes transgenres est une thématique pour laquelle la recherche est peu fournie, les professionnel-le-s peu formé-e-s et l'incertitude présente. Cet article a pour objectif de faire le point sur l'état actuel des connaissances et de proposer des recommandations pour la pratique clinique.

Prevention recommendations for transgender persons

Transgender people are at risk of being in worse health than the cisgender population. On the one hand, they encounter specific health problems, mostly related to the impact of minority stress on their mental and somatic health. On the other hand, the preventive recommendations usually do not account for gender-affirming hormonal or surgical treatments that can alter their biologic or anatomic risk profile. The health of transgender people is an area in which research is yet sparse, professionals seldom trained, and where uncertainty remains. The aim of this review article is to summarize the current state of knowledge and propose recommendations for clinical practice.

INTRODUCTION: VULNÉRABILITÉ EN SANTÉ DES PERSONNES TRANSGENRES

Les personnes transgenres (**tableau 1**), représentant entre 0,3 et 0,5% de la population adulte,¹ sont davantage exposées à des risques pour la santé.² Les études épidémiologiques relèvent un certain nombre de défis en lien avec la santé mentale et somatique, comme les maladies cardiovasculaires ou le VIH. Les traitements d'affirmation du genre (hormonaux et/ou chirurgicaux) ont reçu récemment beaucoup d'attention médiatique, reléguant au second plan les besoins de santé globale transgenre. Les professionnel-les de santé restent peu

formé-es aux besoins de santé spécifiques des personnes transgenres.³ Ces différents facteurs expliquent, en partie, pourquoi ces personnes reçoivent moins de conseils préventifs et utilisent moins les mesures préventives que la population cisgenre.⁴

L'US Preventive Service Task Force (USPSTF) a récemment publié une prise de position concernant l'inclusion du sexe biologique et de l'identité de genre dans l'élaboration de recommandations de prévention clinique.⁵ Alors que des besoins spécifiques existent, ces paramètres sont rarement pris en compte dans les études de prévention clinique servant de base à l'élaboration des recommandations. Fort de ce constat, l'USPSTF s'engage à adopter une approche inclusive de la diversité de genre dans l'élaboration et la formulation des recommandations. En Suisse, les recommandations EviPrev ne prennent pas encore en compte la diversité des identités de genre. Cet article a pour objectif de synthétiser des recommandations en matière de prévention spécifiquement élaborées pour les personnes transgenres et/ou de la diversité du genre et utiles en médecine de premier recours.

TABLEAU 1

Glossaire des termes essentiels relatifs à de la diversité de genre

Sexe	Fait référence aux attributs biologiques des personnes, comprenant les chromosomes, l'expression génétique, les niveaux et actions des hormones et l'anatomie génitale et sexuelle. Le sexe est généralement défini comme mâle ou femelle mais des variations existent (intersexuation)
Sexe assigné à la naissance	Désigne le sexe identifié à la naissance (le plus souvent selon l'apparence des organes génitaux externes) qui sera ensuite enregistré à l'état civil en tant que F (féminin) ou M (masculin)
Genre	Construction sociale permettant de catégoriser les identités, rôles, expressions et comportements comme féminins, masculins ou ne correspondant à aucune de ces deux catégories
Identité de genre	Fait référence à la conscience individuelle et profonde de son propre genre (par exemple, homme, femme, entre les deux, ni l'un ni l'autre)
Transgenre	Se dit d'une personne dont l'identité de genre ne coïncide pas (ou pas complètement) avec son sexe assigné à la naissance
Femme transgenre	Se dit d'une personne assignée M à la naissance s'identifiant dans le genre féminin
Homme transgenre	Se dit d'une personne assignée F à la naissance s'identifiant dans le genre masculin
Cisgenre	Se dit d'une personne dont l'identité de genre coïncide avec le sexe assigné à la naissance
Non binaire	Se dit d'une personne dont l'identité de genre se situe en dehors de la binarité homme/femme

^aService de médecine de premier recours, Département de médecine de premier recours, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, ^bDépartement épidémiologie et système de santé, Unisanté, 1010 Lausanne, ^cPsychologue et directrice, Fondation Agnodge, 1003 Lausanne
claire.ritz@hug.ch | raphael.bize@unisante.ch | adele.zufferey@agnodice.ch
melissa.dominice@hug.ch

SANTÉ CARDIOVASCULAIRE: PROPOSER UNE PRÉVENTION CIBLÉE

Événements cardiovasculaires

Actuellement, les études sur la mortalité et morbidité cardiovasculaires des personnes transgenres sont presque uniquement rétrospectives et la plupart ont des limitations importantes.⁶ Le risque d'événements cardiovasculaires (ECV) paraît augmenté chez les personnes transgenres et semble surtout lié à la présence de facteurs de risque cardiovasculaire non traités ou non diagnostiqués, mais aussi à des vulnérabilités sociales.⁷ Les données du Behavioral Risk Factor Surveillance System montrent un nombre d'infarctus du myocarde chez les femmes transgenres plus élevé que chez celles cisgenres, mais non comparé aux hommes cisgenres; le risque d'ECV chez les hommes transgenres reste débattu.⁸ L'effet des hormones sur les ECV n'est pas établi car des données scientifiques fiables manquent.

L'utilisation des scores de prédiction d'ECV à 10 ans est délicate car non adaptée à cette population. Devant l'absence de données fiables, il est recommandé d'établir un score avant le début de l'hormonothérapie et de faire un suivi du risque en prenant en compte le sexe assigné à la naissance, le risque individuel, le nombre d'année sous traitement hormonal et de pondérer les résultats obtenus. À l'avenir, l'utilisation du score calcique coronaire pour cette population pourrait s'avérer intéressante.⁹

Tabac

La prévalence accrue de tabagisme chez les personnes transgenres semble davantage associée aux facteurs psychosociaux, tels que la discrimination ou le fait de ne pas être en capacité de s'affirmer dans son genre.¹⁰ L'accompagnement au sevrage doit donc impérativement intégrer ces conditions psychosociales.

Dyslipidémie

Les études populationnelles ne relèvent pas de différence du cholestérol total (CT) rapporté entre la population transgenre et cisgenre.⁸ Sous testostérone (hommes transgenres), le profil lipidique semble moins favorable (élévation du CT, des LDL, des triglycérides et diminution, des HDL), toutefois sans impact clinique connu.¹¹ Sous œstrogènes (femmes transgenres), le profil est variable et pourrait dépendre du mode de prise d'œstrogènes.

Hypertension

Les quelques données à disposition concernant l'hypertension chez les personnes transgenres sont plutôt rassurantes.⁸ Une revue systématique récente n'observe pas d'élévation tensionnelle sous testostérone mais les résultats varient sous œstrogènes.¹² Devant l'évidence faible, aucune modification des contrôles n'est recommandée actuellement.

Diabète

Une prévalence plus élevée du diabète dans la population transgenre n'est pas prouvée à ce jour¹³ et l'hormonothérapie

ne semble pas augmenter le risque.¹⁴ Actuellement, aucun dépistage additionnel n'est recommandé.

Surpoids et obésité

Les hommes transgenres semblent à risque d'un excès pondéral indépendamment de la prise hormonale. Plusieurs études tendent à montrer une augmentation de l'IMC sous hormonothérapie de substitution pour les deux genres.¹⁵ Le poids semble néanmoins se stabiliser dans le temps.¹⁶ Un suivi régulier du poids et de l'hygiène de vie est recommandé.

Stress

Le stress dit minoritaire, incluant le stigma structurel (par exemple, législation), le stigma interpersonnel (par exemple, discrimination) et le stigma individuel (transphobie internalisée), est un facteur de risque bien établi auquel sont exposées les personnes transgenres et non binaïres et d'autres populations marginalisées.¹⁷ Il peut engendrer des comportements à risque réactionnels (par exemple, utilisation de substance) et est fréquemment associé avec des troubles psychologiques (par exemple, stress chronique). Le stress minoritaire impacte donc la santé mentale et le risque de maladies chroniques, y compris des maladies cardiovasculaires.¹⁸ Par conséquent, la prévention cardiovasculaire de cette population doit inclure un dépistage systématique de ces facteurs psychosociaux.⁶

SANTÉ MENTALE: SOUTENIR L'IDENTITÉ ET RECHERCHER LES SITUATIONS DE VULNÉRABILITÉ

La santé mentale des personnes transgenres est l'un des enjeux majeurs lorsque l'on se penche sur les parcours de soins. Elles rencontrent des difficultés liées à l'image de soi, à la perception corporelle, aux violences verbales, physiques et/ou sexuelles et à leur marginalisation qu'elle soit familiale, sociale ou médicale.¹⁹ Ces difficultés sont associées à des symptômes psychiques, avec une vulnérabilité sept fois plus importante aux tentatives que pour la population cisgenre.²⁰

Éviter la violence médicale comme facteur de risque

Diverses violences dans les milieux de soins sont rapportées par les personnes transgenres: refus d'utiliser les prénoms ou pronoms de préférence, refus de soins, maltraitements institutionnelles, moqueries, etc.²¹ Ces vécus péjorent l'accès aux soins et donc à la prévention et peuvent entraîner des retards diagnostiques.

Comme pour toute autre consultation, la création d'un lien de confiance s'avère cruciale et fait appel au respect (par exemple, en demandant à la personne quels sont ses prénoms et pronoms de préférence indépendamment de ses papiers d'identités), à l'empathie (par exemple, en s'intéressant au vécu de la personne), à la curiosité bienveillante et à l'humilité. La sécurité de ce lien prévient le risque de rupture thérapeutique et renforce l'estime de soi de la personne concernée. Le **tableau 2** propose un guide de la posture à adopter résumée par l'acronyme CASH (Consentement, Affirmatif, Sécurité, Humilité culturelle).

TABLEAU 2

CASH

Un guide pour un accueil adéquat des personnes transgenres au cabinet.
CASH: Consentement, Affirmatif, Sécurité, Humilité culturelle.

Élément de posture	Description
Consentement	S'assurer que la personne est d'accord de répondre à certaines questions, de passer certains examens ou de transmettre certaines informations, et – si tel n'est pas le cas – qu'elle se sente à l'aise de refuser
Affirmatif	Se positionner comme respectueux-euse de l'autodétermination de la personne en soutenant l'affirmation et l'estime de soi
Sécurité	Rappeler la confidentialité des échanges et adopter une attitude de respect, d'écoute et de bienveillance
Humilité culturelle	Accueillir l'incertitude professionnelle, reconnaître ses propres limites dans les connaissances, le savoir-faire et/ou le savoir-être, encourager les personnes à nous signaler nos éventuelles maladresses

L'exploration de l'état psychique de la personne doit intégrer les dimensions systémiques: insertion, emploi, situation familiale, cercles sociaux, ainsi que les ressources intra et interpersonnelles. Cette cartographie permettra d'identifier les dimensions auxquelles il faudra rester attentif-ve au cours du suivi. La précarité que peuvent induire certains parcours doit être recherchée durant l'anamnèse.

PROMOTION DE LA SANTÉ SEXUELLE BASÉE SUR LES PRATIQUES ET LES ORGANES PRÉSENTS

Les dimensions médicales des parcours d'affirmation de genre peuvent impacter la santé sexuelle. La prise de testostérone ou son blocage peut avoir une incidence sur la libido et le désir. Le recours aux chirurgies génitales nécessite une réappropriation du corps opéré et comporte un risque élevé de complications pouvant altérer la qualité de la sexualité. Les données liées à la santé sexuelle des personnes transgenres sont lacunaires. De même, elles n'ont pas été suffisamment prises en compte dans les études sur le VIH et les autres infections sexuellement transmissibles (IST) en Suisse.²² Les nouveaux cas de VIH et d'autres IST à déclaration obligatoire chez des personnes transgenres en Suisse sont rares. Les situations les plus à risque résultent de l'intersection avec d'autres facteurs de vulnérabilité (travail du sexe, précarité, etc.).

Points spécifiques du conseil en santé sexuelle

Chaque parcours de transition étant unique, les opérations d'affirmation de genre ne sont pas systématiques, mais doivent être recherchées dans l'anamnèse si cette dimension s'avère pertinente. Les hormonothérapies croisées ne sont pas des moyens efficaces de contraception et il convient de discuter du risque de grossesse et de la nécessité d'une contraception, dépendant du sexe des partenaires.

L'évaluation des risques et les conseils en matière de «safer sex» doivent intégrer les organes présents chez les deux partenaires et le type de pratiques sexuelles. Des questions ouvertes comme: «Quelles parties du corps sont impliquées chez vous et vos partenaires lors des rapports sexuels?» ou «Comment vous protégez-vous contre les IST?» permettent

d'aborder ces enjeux de manière factuelle et inclusive. Les conseils de prévention doivent intégrer la notion de plaisir sexuel, celui-ci étant un facteur important de motivation comportementale. Il est également important de prendre en compte la stigmatisation, les éventuels antécédents de violences sexuelles et les enjeux autour de l'estime de soi, pouvant impacter négativement la capacité à négocier l'utilisation de moyens de protection. Si nécessaire, la prophylaxie préexposition (PrEP) doit être discutée, celle-ci n'étant pas contre-indiquée en cas d'hormonothérapie.

Dépistage

Le UCSF Gender Affirming Health Program préconise des intervalles de dépistage des IST basé sur l'évaluation des risques, avec un intervalle de 3 mois chez les personnes à haut risque.²³ Les prélèvements nécessaires doivent prendre en considération l'anatomie actuelle des organes génitaux, mais aussi les différents sites extragénitaux (oropharyngé et anal) en lien avec les pratiques sexuelles. En cas d'exposition à un risque, un dépistage des IST doit inclure le néovagin chez les femmes transgenres ayant eu une vaginoplastie et le col utérin chez les hommes transgenres avec vagin présent.¹

PRÉVENTION DU CANCER: SE BASER SUR LES ORGANES PRÉSENTS ET LE RISQUE FAMILIAL

Certains cancers se développent de manière préférentielle chez les hommes ou les femmes, en lien avec des éléments liés au sexe (organes, chromosomes et hormones sexuels) et au genre (consommation de produits cancérigènes, recours aux soins). L'enjeu chez les personnes transgenres est de comprendre comment modifier les recommandations habituelles de dépistage oncologique, en prenant en compte les organes présents (dépendamment des chirurgies réalisées) et le recours à une hormonothérapie masculinisante ou féminisante, dans un contexte de carence en données probantes (tableau 3).

Les néo-organes doivent être intégrés à la prévention: les vaginoplasties peuvent utiliser la peau du pénis et du scrotum ou une partie du côlon, alors que la phalloplastie recourt à la peau de la cuisse ou du bras. Il faut donc considérer les cancers pouvant s'y développer (mélanome, cancer colorectal) dans le dépistage proposé.

Cancer du sein

L'incidence du cancer du sein est massivement plus élevée chez les femmes cisgenres par rapport aux hommes cisgenres. Chez les femmes transgenres sous œstrogènes, le risque de cancer du sein reste inférieur aux femmes cisgenres mais supérieur aux hommes cisgenres.²⁴ L'hypothèse évoquée est la prise fréquente par les femmes transgenres d'antiandrogènes qui renforcerait l'effet stimulant des œstrogènes sur le tissu mammaire.²⁵

Cancer de la prostate

Les femmes transgenres, quel que soit leur statut opératoire, restent porteuses d'une prostate, importante pour la continence urinaire. Chez les femmes transgenres sous traitement anti-

TABLEAU 3 Dépistage oncologique chez les personnes transgenres

PSA: antigène prostatique spécifique.

Pathologie recherchée	Recommandation	Remarque
Femme transgenre		
Cancer du sein	Mammographie/2 ans dès 50 ans ± US des seins si prothèse	• Risque si hormonothérapie > 5 ans • À adapter au risque familial
Cancer de la prostate	Décision partagée (comme chez un homme cisgenre)	Prostate conservée lors de la chirurgie génitale féminisante (↓ PSA)
Cancer du côlon	Selon les guidelines habituelles	Si utilisation du côlon pour un néovagin, prévoir un examen de la muqueuse en gynécologie
Homme transgenre		
Cancer du sein	Si les seins sont présents > 50 ans, mammographie/2 ans	Risque extrêmement faible mais non nul postmastectomie
Cancer du col de l'utérus	Si l'utérus est présent: suivre les recommandations pour les femmes cisgenres	• Vécu de l'examen parfois difficile • Être attentif au vocabulaire pour désigner ces organes
Cancer ovarien	Screening seulement si risque familial (US endovaginal)	Postvaginectomie: US abdominal ou transrectal

(Adapté de réf.³⁴).

androgènes ou postorchidectomie, la prostate tend à régresser en volume et le taux d'antigène prostatique spécifique (PSA) à diminuer. Le risque de développer un cancer de la prostate est fortement réduit, mais n'est pas nul.²⁶ Lorsqu'il est diagnostiqué, le cancer de la prostate se présente fréquemment d'emblée avec des métastases, sans que l'on sache s'il s'agit d'une forme plus invasive ou d'un délai plus long avant diagnostic.

Cancer du col de l'utérus ou de l'endomètre

Sous testostérone, l'endomètre tend à s'atrophier et il n'y a pas de risque oncologique accru chez les hommes transgenres.²⁷ Plusieurs études montrent une incidence accrue d'infection à HPV chez les personnes transgenres, avec un impact sur l'incidence de cancer du col.²⁸ Les hommes transgenres rencontrant de nombreuses barrières à consulter en gynécologie, une attention particulière à leur confort et à la confidentialité doit être préconisée lors de soins gynécologiques.

Cancer anal

La prévalence du cancer anal est également plus élevée chez les personnes transgenres par rapport à celles cisgenres, en lien avec un taux plus élevé d'infection à HPV et un taux de vaccination plus faible.²⁹

SANTÉ OSSEUSE: FAIRE L'ANAMNÈSE DE L'HORMONOTHÉRAPIE

Plusieurs études ont observé une densité minérale osseuse (DMO) et un taux de vitamine D bas dans la population transgenre avant hormonothérapie, probablement liés à une

TABLEAU 4 Mesure de la DMO lors d'hormonothérapie d'affirmation de genre

DMO: densité minérale osseuse.

Indication à une DMO avant l'hormonothérapie	Indication à une DMO pendant l'hormonothérapie
• Gonadectomie avant l'initiation des hormones d'affirmation • Hypogonadisme sans projet d'hormonothérapie • Autres facteurs de risque habituels (par exemple, utilisation de corticostéroïdes, hyperparathyroïdie)	• Densité osseuse basse connue au préalable • Individu traité au préalable par supprimeur pubertaire (analogue GnRH) • Non-adhérence ou dosage insuffisant des hormones de substitution • Planification de stopper les hormones de substitution • Présence d'autres facteurs de risque de fragilité osseuse • La fréquence DMO doit être adaptée individuellement: typiquement chaque 1 à 2 ans si stabilité

(Adapté de réf.³³).

nutrition moins favorable et un faible taux d'activité physique.³⁰ Sous hormones féminisantes, certaines études sont rassurantes sur l'impact osseux après 10 ans de traitements, mais l'évidence reste difficile à établir.³¹ Un taux d'oestradiol trop bas ou une adhérence hormonale insuffisante semble lié à des faibles DMO. Chez les hommes transgenres, les résultats tendent à montrer l'absence d'impact négatif sur l'os de la testostérone.³²

La Société internationale de densitométrie ne recommande pas actuellement de dépistage supplémentaire pour cette population sauf pour les personnes à risque (tableau 4).³³ Elle conseille l'utilisation de la «référence féminine» pour calculer le T-score qui refléterait mieux le risque de fracture chez les hommes et femmes transgenres. En l'absence de recommandation pour l'utilisation du score FRAX, il semble raisonnable d'utiliser les deux sexes et de pondérer les deux résultats en fonction de la durée de l'hormonothérapie.

CONCLUSION: L'IMPORTANCE DE LA DÉCISION PARTAGÉE

En raison d'une exposition accrue à des situations de vulnérabilité, il est essentiel de renforcer les conseils de prévention auprès des personnes transgenres et d'explorer les éléments psychosociaux. Cette prévention doit être adaptée au parcours médical, aux comportements en lien avec la santé et aux organes présents. En raison de données scientifiques fiables encore lacunaires, en particulier concernant la santé cardiovasculaire et osseuse sous hormonothérapie croisée, il est essentiel de pratiquer une décision partagée avec la ou le patient-e, en explicitant le calcul du risque et en proposant les mesures adaptées, souvent basées à la fois sur le sexe assigné à la naissance et le genre affirmé.

Conflit d'intérêts: Les auteur-trices n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

ORCID ID:
R. Bize: <https://orcid.org/0000-0001-5626-4628>
M. Dominicé Dao: <https://orcid.org/0000-0002-0839-277X>

IMPLICATIONS PRATIQUES

- La prévention chez les personnes transgenres doit intégrer la recherche de facteurs de stress psychosociaux.
- Le contrôle des facteurs de risque modifiables est essentiel dans la prévention des maladies cardiovasculaires chez les personnes transgenres, sous hormonothérapie ou non.
- La prévention des IST se base sur une évaluation individuelle du risque, en fonction des pratiques et des parties du corps impliquées chez la ou le patient-e et sa, son ou ses partenaires sexuel-les.
- Le screening oncologique pour les personnes transgenres doit se baser sur les organes présents.
- Les différents calculs de risque (événements cardiovasculaires, risque fracturaire) doivent prendre en compte la temporalité du traitement hormonal d'affirmation de genre et intégrer une décision partagée.

1 **Coleman E, Radix AE, Bouman WP, et al. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *Int J Transgend Health*. 2022 Sep 23;23(Suppl.1):S1-S259. DOI: 10.1080/26895269.2022.2100644.

2 Reisner SL, Poteat T, Keatley J, et al. Global health burden and needs of transgender populations: a review. *Lancet*. 2016 Jul 23;388(10042):412-36. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)00684-X.

3 Safer JD, Coleman E, Feldman J, et al. Barriers to healthcare for transgender individuals. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes*. 2016 Apr;23(2):168-71. DOI: 10.1097/MED.0000000000000227.

4 Hoy-Ellis CP, Fredriksen-Goldsen KI, Kim HJ. Utilization of Recommended Preventive Health Screenings Between Transgender and Cisgender Older Adults in Sexual and Gender Minority Communities. *J Aging Health*. 2022 Oct;34(6-8):844-57. DOI: 10.1177/08982643211068557.

5 Caughey AB, Krist AH, Wolff TA, et al. USPSTF Approach to Addressing Sex and Gender When Making Recommendations for Clinical Preventive Services. *JAMA*. 2021 Nov 16;326(19):1953-61. DOI: 10.1001/jama.2021.15731.

6 Streed CG, Beach LB, Caceres BA, et al. Assessing and Addressing Cardiovascular Health in People Who Are Transgender and Gender Diverse: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*. 2021 Aug 10;144(6):e136-48. DOI: 10.1161/CIR.0000000000001003.

7 Denby KJ, Cho L, Toljan K, Patil M, Ferrando CA. Assessment of Cardiovascular Risk in Transgender Patients Presenting for Gender-Affirming Care.

Am J Med. 2021 Aug;134(8):1002-8. DOI: 10.1016/j.amjmed.2021.02.031.

8 Alzahrani T, Nguyen T, Ryan A, et al. Cardiovascular Disease Risk Factors and Myocardial Infarction in the Transgender Population. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2019 Apr;12(4):e005597. DOI: 10.1161/CIRCOUTCOMES.119.005597.

9 Duro T, McClain M, Aragon KG, et al. Risk Assessment and Coronary Artery Calcium Scoring in Transgender and Gender-Diverse Individuals Receiving Gender-Affirming Hormone Therapy. *Endocr Pract*. 2023 Apr;29(4):229-34. DOI: 10.1016/j.eprac.2022.12.007.

10 *Krüger P, Pfister A, Eder M, Mikolasek M. Gesundheit von LGBT-Personen in der Schweiz. Schlussbericht. Rapport à l'intention de l'Office fédéral de la santé publique. Luzern: Hochschule Luzern – Soziale Arbeit, 2022.

11 Maraka S, Singh Ospina N, Rodriguez-Gutierrez R, et al. Sex Steroids and Cardiovascular Outcomes in Transgender Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Endocrinol Metab*. 2017 Nov 1;102(11):3914-23. DOI: 10.1210/jc.2017-01643.

12 Connelly PJ, Clark A, Touyz RM, Delles C. Transgender adults, gender-affirming hormone therapy and blood pressure: a systematic review. *J Hypertens*. 2021 Feb 1;39(2):223-30. DOI: 10.1097/HJH.0000000000002632.

13 Spanos C, Bretherton I, Zajac JD, Cheung AS. Effects of gender-affirming hormone therapy on insulin resistance and body composition in transgender individuals: A systematic review. *World J Diabetes*. 2020 Mar 15;11(3):66-77. DOI: 10.4239/wjdv11.i3.66.

14 van Velzen D, Wiepjes C, Nota N,

et al. Incident Diabetes Risk Is Not Increased in Transgender Individuals Using Hormone Therapy. *J Clin Endocrinol Metab*. 2022 Apr 19;107(5):e2000-7. DOI: 10.1210/clinem/dgab934.

15 Kyinn M, Banks K, Leemaqz SY, et al. Weight gain and obesity rates in transgender and gender-diverse adults before and during hormone therapy. *Int J Obes (Lond)*. 2021 Dec;45(12):2562-9. DOI: 10.1038/s41366-021-00935-x.

16 Suppakitjanusant P, Ji Y, Stevenson MO, et al. Effects of gender affirming hormone therapy on body mass index in transgender individuals: A longitudinal cohort study. *J Clin Transl Endocrinol*. 2020 Jul 3;21:100230. DOI: 10.1016/j.jcte.2020.100230.

17 *Christian LM, Cole SW, McDade T, et al. A biopsychosocial framework for understanding sexual and gender minority health: A call for action. *Neurosci Biobehav Rev*. 2021 Oct;129:107-16. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2021.06.004.

18 Panza GA, Puhl RM, Taylor BA, et al. Links between discrimination and cardiovascular health among socially stigmatized groups: A systematic review. *PLoS One*. 2019 Jun 10;14(6):e0217623. DOI: 10.1371/journal.pone.0217623.

19 *Puckett JA, Aboussouan AB, Ralston AL, Mustanski B, Newcomb ME. Systems of cissexism and the daily production of stress for transgender and gender diverse people. *Int J Transgend Health*. 2021 Jul 15;24(1):113-26. DOI: 10.1080/26895269.2021.1937437.

20 Erlangsen A, Jacobsen AL, Ranning A, et al. Transgender Identity and Suicide Attempts and Mortality in Denmark. *JAMA*. 2023 Jun 27;329(24):2145-53. DOI: 10.1001/jama.2023.8627.

21 Kattari SK, Bakko M, Langenderfer-Magruider L, Holloway BT. Transgender and Nonbinary Experiences of Victimization in Health care. *J Interpers Violence*. 2021 Dec;36(23-24):NP13054-NP13076. DOI: 10.1177/0886260520905091.

22 OFSP. Programme national NAPS. Stop au VIH, aux virus des hépatites B et C et aux infections sexuellement transmissibles [En ligne]. 2023. Disponible sur: www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/mt/p-und-p/naps/nationales-programm-naps.pdf.

23 Poteat T. Transgender people and sexually transmitted infections (STIs) [En ligne]. 17 juin 2016. Disponible sur: <https://transcare.ucsf.edu/guidelines/stis>

24 de Blok CJM, Wiepjes CM, Nota NM, et al. Breast cancer risk in transgender

people receiving hormone treatment: nationwide cohort study in the Netherlands. *BMJ*. 2019 May 14;365:l1652. DOI: 10.1136/bmj.l1652.

25 Peters MDJ, Ramsey I, Kennedy K, Sharplin G, Eckert M. Culturally safe, high-quality breast cancer screening for transgender people: A scoping review protocol. *J Adv Nurs*. 2022 Jan;78(1):276-81. DOI: 10.1111/jan.15094.

26 Deebel NA, Morin JP, Autorino R, et al. Prostate Cancer in Transgender Women: Incidence, Etiopathogenesis, and Management Challenges. *Urology*. 2017 Dec;110:166-71. DOI: 10.1016/j.urology.2017.08.032.

27 Grynberg M, Fanchin R, Dubost G, et al. Histology of genital tract and breast tissue after long-term testosterone administration in a female-to-male transsexual population. *Reprod Biomed Online*. 2010 Apr;20(4):553-8. DOI: 10.1016/j.rbmo.2009.12.021.

28 Weyers S, Garland SM, Cruickshank M, Kyrgiou M, Arbyn M. Cervical cancer prevention in transgender men: a review. *BJOG*. 2021 Apr;128(5):822-6. DOI: 10.1111/1471-0528.16503.

29 de Blok CJM, Dreijerink KMA, den Heijer M. Cancer Risk in Transgender People. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2019 Jun;48(2):441-52. DOI: 10.1016/j.ecl.2019.02.005.

30 Figuera TM, da Silva E, Lindenau JD, Spritzer PM. Impact of cross-sex hormone therapy on bone mineral density and body composition in transwomen. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2018 Jun;88(6):856-62. DOI: 10.1111/cen.13607.

31 Wiepjes CM, de Jongh RT, de Blok CJ, et al. Bone Safety During the First Ten Years of Gender-Affirming Hormonal Treatment in Transwomen and Transmen. *J Bone Miner Res*. 2019 Mar;34(3):447-54. DOI: 10.1002/jbmr.3612.

32 Singh-Ospina N, Maraka S, Rodriguez-Gutierrez R, et al. Effect of Sex Steroids on the Bone Health of Transgender Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Endocrinol Metab*. 2017 Nov 1;102(11):3904-13. DOI: 10.1210/jc.2017-01642.

33 Rosen HN, Hamnvik OR, Jaisamrarn U, et al. Bone Densitometry in Transgender and Gender Non-Conforming (TGNC) Individuals: 2019 ISCD Official Position. *J Clin Densitom*. 2019 Oct-Dec;22(4):544-53. DOI: 10.1016/j.jocd.2019.07.004.

34 Whitlock BL, Duda ES, Elson MJ, et al. Primary Care in Transgender Persons. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2019 Jun;48(2):377-90. DOI: 10.1016/j.ecl.2019.02.004.

* à lire

** à lire absolument