

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

ANNÉE 2022

N° 382

«Gynaecological» primary care: sexual and reproductive health of Trans men and Transmasculine non binary persons, a french descriptive study

Soins primaires en «Gynécologie» : santé sexuelle et reproductive des hommes trans et personnes transmasculines non binares, une étude descriptive française

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le mardi 11 octobre 2022
En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

**Madame CUQ Juliette,
née le 15 mars 1993 à Lavaur**

Sous la direction de Monsieur le Docteur Paul NEUVILLE

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1

Président	Pr Frédéric FLEURY
Présidente du Comité de Coordination des Etudes Médicales	Pr Carole BURILLON
Directeur Général des services	M. Pierre ROLLAND

Secteur Santé :

Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est	Pr Gilles RODE
Doyenne de l'UFR de Médecine Lyon-Sud	Pr Carole BURILLON
Charles Mérieux	
Doyenne de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques (ISPB)	Pr Christine VINCIGUERRA
Doyenne de l'UFR d'Odontologie	Pr Dominique SEUX
Directeur de l'Institut des Sciences et Techniques de Réadaptation (ISTR)	Dr Xavier PERROT

Secteur Sciences et Technologie :

Administratrice Provisoire de l'UFR BioSciences	Pr Kathrin GIESELER
Administrateur Provisoire de l'UFR Faculté des Sciences Et Technologies	Pr Bruno ANDRIOLETTI
Directeur de l'UFR Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	M. Yannick VANPOULLE
Directeur de Polytech	Pr Emmanuel PERRIN
Directeur de l'IUT	Pr Christophe VITON
Directeur de l'Institut des Sciences Financières et Assurances (ISFA)	M. Nicolas LEBOISNE
Directrice de l'Observatoire de Lyon	Pr Isabelle DANIEL
Directeur de l'Institut National Supérieur du Professorat et de l'Education (INSPé)	M. Pierre CHAREYRON
Directrice du Département Composante Génie Electrique et Procédés (GEP)	Pr Rosaria FERRIGNO
Directeur du Département Composante Informatique	Pr Behzad SHARIAT TORBAGHAN
Directeur du Département Composante Mécanique	Pr Marc BUFFAT



Faculté de Médecine Lyon Est Liste des enseignants 2021/2022

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Classe exceptionnelle Echelon 2

BLAY	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
BORSON-CHAZOT	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
BRETON	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (<i>en retraite à compter du 01/01/2022</i>)
CHASSARD	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
CLARIS	Olivier	Pédiatrie
DUCERF	Christian	Chirurgie viscérale et digestive
FINET	Gérard	Cardiologie
GUERIN	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
LACHAUX	Alain	Pédiatrie
LERMUSIAUX	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LINA	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MIOSSEC	Pierre	Immunologie
MORNEX	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
MOULIN	Philippe	Nutrition
NEGRIER	Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
NIGHOGHOSSIAN	Norbert	Neurologie
OBADIA	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
OVIZE	Michel	Physiologie
PONCHON	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
REVEL	Didier	Radiologie et imagerie médicale
RIVOIRE	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
VANDENESCH	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
ZOULIM	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Classe exceptionnelle Echelon 1

ARGAUD	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
BERTRAND	Yves	Pédiatrie
BOILLOT	Olivier	Chirurgie viscérale et digestive
CHEVALIER	Philippe	Cardiologie

COLIN	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
COTTIN	Vincent	Pneumologie ; addictologie
D'AMATO	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DELAHAYE	François	Cardiologie
DENIS	Philippe	Ophtalmologie
DOUEK	Charles-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DUMONTET	Charles	Hématologie ; transfusion
DURIEU	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
EDERY	Charles Patrick	Génétique
FROMENT	Caroline	Physiologie
GAUCHERAND	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GUEYFFIER	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
HONNORAT	Jérôme	Neurologie
KODJIKIAN	Laurent	Ophtalmologie
MABRUT	Jean-Yves	Chirurgie générale
MERTENS	Patrick	Anatomie
MORELON	Emmanuel	Néphrologie
RODE	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
SCHOTT-PETHELAZ	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
TRUY	Eric	Oto-rhino-laryngologie
TURJMAN	Francis	Radiologie et imagerie médicale

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Première classe

ADER	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
AUBRUN	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
BADET	Lionel	Urologie
BERTHEZENE	Yves	Radiologie et imagerie médicale
BESSEREAU	Jean-Louis	Biologie cellulaire
BRAYE	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
BUZLUCA DARGAUD	Yesim	Hématologie ; transfusion
CALENDER	Alain	Génétique
CHAPURLAT	Roland	Rhumatologie
CHARBOTEL	Barbara	Médecine et santé au travail
COLOMBEL	Marc	Urologie
COTTON	François	Radiologie et imagerie médicale
DAVID	Jean-Stéphane	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
DEVOUASSOUX	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
DI FILLIPO	Sylvie	Cardiologie
DUBERNARD	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
DUBOURG	Laurence	Physiologie
DUCLOS	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention

DUMORTIER	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
FANTON	Laurent	Médecine légale
FAUVEL	Jean-Pierre	Thérapeutique
FELLAHI	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
FERRY	Tristan	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
FOURNERET	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
GUENOT	Marc	Neurochirurgie
GUIBAUD	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
HOT	Arnaud	Médecine interne
JACQUIN-COURTOIS	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
JAVOUHEY	Etienne	Pédiatrie
JUILLARD	Laurent	Néphrologie
JULLIEN	Denis	Dermato-vénéréologie
KROLAK SALMON	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
LEJEUNE	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ;
MERLE	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MICHEL	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MURE	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
NICOLINO	Marc	Pédiatrie
PERETTI	Noël	Nutrition
PICOT	Stéphane	Parasitologie et mycologie
PONCET	Gilles	Chirurgie viscérale et digestive
POULET	Emmanuel	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
RAVEROT	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
RAY-COQUARD	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
RICHARD	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
ROBERT	Maud	Chirurgie digestive
ROMAN	Sabine	Physiologie
ROSSETTI	Yves	Physiologie
ROUVIERE	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
ROY	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SAOUD	Mohamed	Psychiatrie d'adultes et addictologie
SCHAEFFER	Laurent	Biologie cellulaire
THAUNAT	Olivier	Néphrologie
VANHEMS	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VUKUSIC	Sandra	Neurologie
WATTEL	Eric	Hématologie ; transfusion

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Seconde Classe

BACCHETTA	Justine	Pédiatrie
-----------	---------	-----------

BOUSSEL	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
CHENE	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
COLLARDEAU FRACHON	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
CONFAVREUX	Cyrille	Rhumatologie
COUR	Martin	Médecine intensive de réanimation
CROUZET	Sébastien	Urologie
CUCHERAT	Michel	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DI ROCCO	Federico	Neurochirurgie
DUCRAY	François	Neurologie
EKER	Omer	Radiologie ; imagerie médicale
GILLET	Yves	Pédiatrie
GLEIZAL	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GUEBRE-EGZIABHER	Fitsum	Néphrologie
HENAINE	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HUISSOUD	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
JANIER	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
JARRAUD	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LESCA	Gaëtan	Génétique
LEVRERO	Massimo	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LUKASZEWICZ	Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
MEWTON	Nathan	Cardiologie
MEYRONET	David	Anatomie et cytologie pathologiques
MILLON	Antoine	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MOKHAM	Kayvan	Chirurgie viscérale et digestive
MONNEUSE	Olivier	Chirurgie générale
NATAF	Serge	Cytologie et histologie
PIOCHE	Mathieu	Gastroentérologie
RHEIMS	Sylvain	Neurologie
RIMMELE	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
SOUQUET	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
THIBAUT	Hélène	Cardiologie
VENET	Fabienne	Immunologie
VOLPE-HAEGELEN	Claire	Neurochirurgie

Professeur des Universités Classe exceptionnelle

PERRU	Olivier	Epistémologie, histoire des sciences et techniques
-------	---------	--

Professeur des Universités – Médecine Générale Première classe

FLORI	Marie
LETRILLIART	Laurent

Professeur des Universités - Médecine Générale

Deuxième classe

ZERBIB Yves

Professeurs associés de Médecine Générale

FARGE Thierry
LAINÉ Xavier

Professeurs associés autres disciplines

CHVETZOFF	Gisèle	Médecine palliative
GAZARIAN	Aram	Chirurgie Orthopédique

Professeurs émérites

BEZIAT	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
COCHAT	Pierre	Pédiatrie (<i>en retraite à compter du 01/03/2021</i>)
CORDIER	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
DALIGAND	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
DROZ	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
ETIENNE	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FLORET	Daniel	Pédiatrie
GHARIB	Claude	Physiologie
GUERIN	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
LEHOT	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
MAUGUIERE	François	Neurologie
MELLIER	Georges	Gynécologie
MICHALLET	Mauricette	Hématologie ; transfusion
MOREAU	Alain	Médecine générale
NEGRIER	Claude	Hématologie ; transfusion
PUGEAT	Michel	Endocrinologie
RUDIGOZ	René-Charles	Gynécologie
SINDOU	Marc	Neurochirurgie
TOURAINÉ	Jean-Louis	Néphrologie
TREPO	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
TROUILLAS	Jacqueline	Cytologie et histologie

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Hors classe

BENCHAIB	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
BRINGUIER	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
CHALABREYSSE	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
HERVIEU	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
KOLOPP-SARDA	Marie Nathalie	Immunologie
LE BARS	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
MENOTTI	Jean	Parasitologie et mycologie
PERSAT	Florence	Parasitologie et mycologie
PIATON	Eric	Cytologie et histologie
SAPPEY-MARINIER	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
STREICHENBERGER	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
TARDY GUIDOLLET	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
TRISTAN	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Première classe

BONTEMPS	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
BUTIN	Marine	Pédiatrie
CASALEGNO	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARRIERE	Sybil	Nutrition
COUTANT	Frédéric	Immunologie
COZON	Grégoire	Immunologie
CURIE	Aurore	Pédiatrie
DURUISSEAU	Michaël	Pneumologie
ESCURET - PONCIN	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
HAESEBAERT	Julie	Médecin de santé publique
JOSSET	Laurence	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LEMOINE	Sandrine	Physiologie
PLOTTON	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
RABILLOUD	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SCHLUTH-BOLARD	Caroline	Génétique
VASILJEVIC	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques
VLAEMINCK-GUILLEM	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers

Seconde classe

BOUCHIAT SARABI	Coralie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
BOUTY	Aurore	Chirurgie infantile

CORTET	Marion	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HAESEBAERT	Frédéric	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
JACQUESSON	Timothée	Anatomie
LACON REYNAUD	Quitterie	Médecine interne ; gériatrie ; addictologie
LILOT	Marc	Anesthésiologie, Réanimation, Médecine d'urgence
NGUYEN CHU	Huu Kim An	Pédiatrie
ROUCHER BOULEZ	Florence	Biochimie et biologie moléculaire
SIMONET	Thomas	Biologie cellulaire
VILLANI	Axel	Dermatologie, vénéréologie

Maître de Conférences

Classe normale

DALIBERT	Lucie	Epistémologie, histoire des sciences et techniques
GOFFETTE	Jérôme	Epistémologie, histoire des sciences et techniques
LASSERRE	Evelyne	Ethnologie préhistoire anthropologie
LECHOPIER	Nicolas	Epistémologie, histoire des sciences et techniques
NAZARE	Julie-Anne	Physiologie
PANTHU	Baptiste	Biologie Cellulaire
VIALLO	Vivian	Mathématiques appliquées
VIGNERON	Arnaud	Biochimie, biologie
VINDRIEUX	David	Physiologie

Maitre de Conférence de Médecine Générale

CHANELIERE	Marc
LAMORT-BOUCHE	Marion

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

BREST	Alexandre
DE FREMINVILLE	Humbert
PERROTIN	Sofia
PIGACHE	Christophe
ZORZI	Frédéric

SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury,

A Monsieur le Professeur Bruno SALLE,

Merci de me faire l'honneur de présider cette thèse.

Merci pour votre implication dans le développement de la gynécologie médicale à Lyon, en tant que directeur du service d'AMP et coordinateur du DES.

A Monsieur le Professeur Hervé LEJEUNE,

Le semestre effectué en andrologie sous votre direction a été crucial à mon développement professionnel et a permis à cette thèse d'éclore. Merci pour votre soutien et votre accompagnement.

A Madame la Professeure Christine LASSET,

Merci d'avoir accepté de juger mon travail et d'y consacrer une partie de votre temps. Je suis honorée de pouvoir bénéficier de votre expertise en santé publique, elle apporte un regard important à la critique de ce travail.

A Monsieur le Docteur Paul NEUVILLE, directeur de thèse,

Merci Paul d'avoir bien voulu diriger ce projet alors que rien ne t'y prédestinait. Merci pour ton aide, ton travail, tes conseils et ton écoute. Travailler sous ta direction fut un réel plaisir.

A Madame la Docteure Séverine ORIOL,

Un immense merci pour ton implication dans cette thèse, pour ton enthousiasme sans faille et tes conseils avisés. Travailler à tes côtés, fut très enrichissant. C'est un honneur de te compter parmi les membres de mon jury. Merci pour ton amitié.

A toutes les personnes ayant contribué à ce travail,

Tout d'abord un immense merci **à toutes les personnes ayant participé à l'étude**, sans vos réponses, rien n'aurait été possible.

A Paul et à Séverine, encore merci pour tout. Vous avez forgé ce travail.

A l'association RITA, et plus particulièrement à Max avec qui j'ai pu échanger directement, merci pour votre précieuse aide dans la création et la diffusion de l'étude, votre soutien et votre réactivité ont été précieux.

A la FPATH, et plus particulièrement à sa co-présidente Béatrice DENAES et à l'équipe lyonnaise, merci pour votre implication et votre soutien à ce projet.

Un immense merci **au réseau associatif trans et LGBTQI+** pour votre participation à la diffusion de cette étude ainsi que pour vos précieux et constructifs retours.

Aux professionnel.le.s de santé dont l'activité est dédiée à la santé des personnes trans, merci pour votre implication dans ce projet. A Séverine, Christine, Margaux, Victor, Céline... Vous êtes inspirant.e.s.

A toutes les personnes rencontrées durant mon internat,

A Montélimar,

Quelle équipe pour débiter son internat !

A Adeline, Ninon, Nathalie, Sergiu, Hélène, Mohsen et aux sage-femmes, IDE et secrétaires.

Merci pour votre patience, votre bienveillance et votre gentillesse.

Et que dire de Montelove... j'avais tout sauf envie de venir mais vous êtes devenu.e.s une famille. **Auré**, je n'aurais jamais cru te rencontrer au temps des grandes guerres, des réveillons qui chantent, au delà des contes de Terremer et des tulipes en fleur.

Pauline, merci pour ton énergie, ton sourire, ta joie et ton oreille toujours attentive.

Alex, toujours un plaisir de passer du temps avec toi, en rando, en soirée et même devant Prédator... Et merci à DarkAlex pour des souvenirs inoubliables !

Bruno, à notre éco-anxiété commune et à toutes les discussions passionnantes qu'elle engendre. J'espère qu'on arrivera à refaire le monde, ou du moins à continuer d'essayer autour d'une bonne bière.

Issam, merci pour ta bonne humeur, rien n'est pareil quand tu n'es pas là !

Manue, une première co-interne incroyable, ton caractère et ta détermination m'inspirent. Merci de m'avoir permis de découvrir ton Bénin.

Emilie, merci pour ton sourire et ton éternelle bonne humeur.

A Justine, Elo, Rémi, Lucas, Lucie, Marie, Marine, ce semestre n'aurait pas été le même sans vous.

Aux équipes d'andro et d'AMP de l'HFME,

Merci de m'avoir permis de faire mes premiers pas dans l'accompagnement des personnes trans.

A mes super co-internes,

Chloé, quelle maîtrise du scan ! (je ne pensais pas qu'un tel niveau était possible), merci pour tous ces moments partagés.

Elo, notre maman à toutes, merci d'avoir guider mes premiers pas et de continuer à les suivre.

Marion, néo-Toulousaine, ça veut tout dire ! Ton esprit et ton humour me manquent !

Pauline, merci de m'avoir montré que d'autres voies existent !

A Typh, Cass, Cynthia.

A Laura et Isa, des secrétaires exceptionnelles.

Merci à **Audrey** pour ton accueil, tes conseils, ta disponibilité et ton écoute.

A Villefranche,

Des beaufs comme on n'en fait plus...

A d'incroyables co-internes,

Gauth, à ton esprit ouvert et solaire, à nos discussions et revendications communes mais surtout, à ton coup de pédale sans pareil !

Momo, théâtrale, indépendante, vivante, tu es rayonnante ! J'espère qu'on aura l'occasion de retravailler ensemble.

Gaut, un humour ravageur allié à un profond professionnalisme, tu es inspirant !

Flo, merci pour ta douceur et ta gentillesse, le genre de médecin qu'on devrait tou.te.s être.

A Lucile, Astrid, Rime, Airelle, Marion, Thib, Thérèse et à tous les beaux moments partagés.

Et à des seniors tout aussi hors normes,

Elise, probablement la plus crazy des CCA, je rends grâce à ton esprit cynique et caustique.

Gaelle, une mentor au fil des semestres, merci pour ton accompagnement et ton soutien.

Marine, à tous nos retours en vélo, à nos longues discussions, merci pour ton amitié.

Elisabeth, merci de m'avoir fait découvrir Ottolenghi, vive les gardes gastronomiques !

Isabelle, merci pour ta gentillesse et ton implication, travailler avec toi est un vrai plaisir.

A Gaelle, Olivier, Fosca, Anne et Fortuné. Sans oublier les SF et AP, Audrey, Océane, Solène et toutes les autres. C'est un plaisir de savoir que je vais bientôt vous retrouver.

Aux équipes du CLB,

Merci **Christine et Gaelle** pour vos enseignements, votre intelligence, votre gentillesse et bienveillance. Merci pour ce que vous apportez à la gynécologie médicale.

A Tamarine, une super co-interne. Et à **Justine**, une secrétaire en or.

A Croix-Rousse,

Merci d'intégrer la gynécologie médicale à votre service et d'avoir su la rendre plurielle, un semestre passionnant. Une pensée particulière à **Audrey Badoil, Marion Cortet, Fanny Roumieu et Axel Fichez** ainsi qu'aux professeurs **Dubernard et Huissoud**, merci pour vos enseignements.

A la team Cloti, Aïda, Fanny et Victoria, une joie de vous retrouver tous les matins, toujours soudées dans l'adversité. Merci pour tous ces fous rires

Et à tous les co-internes de GO et aux assistant.e.s, **Morgane, Samira, Chloé et Benoit**.

Merci également aux super équipes d'IDE, d'AS et de secrétaires qui savent adoucir notre quotidien.

Au CIVG/CPEF d'HEH,

Une équipe incroyable, une oasis, un lieu pensé pour et par les femmes. Vous apportez du temps au soin, de l'écoute et de l'humanité. Merci d'être ce que vous êtes, merci pour tout ce que vous m'avez apporté. Merci pour votre amitié, votre douceur et gentillesse. **A Julie, Séverine, Lucie, Oph, Béa, Françoise, Sylvia, Amanda, Claire-Marie, Sophie, Marie-Hélène, Catherine, Nadine, Valérie, Corinne, Sylvie et Jocelyne**.

A Mathieu,

Merci pour l'ouverture sur monde libéral que tu nous offres. Merci pour ta gentillesse, tes enseignements et ta confiance.

Aux gynéco-med,

C'est un plaisir de partager cette spécialité avec vous !

A Alex et Rebecca, à nos rendez-vous parisiens et lyonnais, je n'aurais pas pu rêver d'une meilleure promo.

A mes ami.e.s,

Aux Tarnais.e.s,

Là depuis toujours, vous voir est un plaisir trop rare, à **Noemi, Cha, Charles, Gégé, Lucy, MF, Claire, Mariane, Gab, Caro, Camille, Julie**.

Aux Toulousain.e.s,

A Lucie, fou qu'il ait fallu tout ce temps pour qu'on se rencontre vraiment ! A tout ce qu'on a partagé et qu'on partage encore.

A Charles et JM (sans vous Magda n'aurait pas été la même). Certaines amitiés sont si précieuses !

A Léa, merci pour ta gentillesse et tes sourires.

A Gana et Guillaume et nos aprem IUFM. A quand notre prochain voyage ??

A Salomé, Nao, Déborah et Caro, nos soirées et discussions endiablées me manquent ! Appréhender le monde à vos côtés est tellement plus agréable. Vous êtes inspirantes !

A Alizée, Manon, Féline, Cha, Cass, Manon, Kykynne, Alex, l'externat n'aurait pas été pareil sans vous. Merci pour tous les beaux moments partagés. Merci d'avoir fait de moi une daronne.

A Marine pour les moments passés ensembles.

A Julia, pour tout ce que l'on a partagé.

Aux fouteu.x.ses,

SARC, USG, CDFC, bien plus que des équipes !

Jouer à vos côtés me manque. Merci pour votre soutien tout au long de mes études, réviser en voiture n'a jamais été aussi sympa qu'avec vous !

A Noemi, Cha, Ju, Aude, Nono, Sarah, Nanou, Freddo, Coco, Sab, véro, Gwen, Sonia, Amélie, Emi, Math, Priss, Steph, Marie, Sarah, Manue, Popo, Amandine, Marianne, Jess, Ju, Manon, Auré...

Aux Lyonnais.es,

A mes super colocs qui rendent et ont rendu le quotidien incroyable !

Angélique, Maëla, Aurélien, Ju, Tiff, Anne. A nos repas presque parfaits, à nos soirées, à nos cinés !

A la team ortho, merci pour votre accueil en terre lyonnaise. Merci pour votre gentillesse.

Et à nouveau à **Auré, GG, Pauline, Bru, Alex, Anne, Issam, Emi, Manue, Momo, Gauthier, Aurélien, Maëla...** les terrasses, cinés et bivouacs ne seraient pas les mêmes sans vous.

Et à tous les autres d'ici et d'ailleurs.

A ma famille,

A ma sœur, ma meilleure amie et bien plus, merci d'être toujours là. Merci d'être qui tu es, sans toi la vie serait moins belle. J'ai tellement de chance de t'avoir. Notre prochain road trip me tarde déjà !

A mon père, merci pour ton soutien inconditionnel, ton amour, ton goût pour les énigmes farfelues, tes massages et tes petits plats. Merci de croire qu'il est toujours possible de créer la surprise.

A ma mère, les souvenirs sont épars mais beaux, ta force, ta douceur, ta détermination et ton engagement me portent.

A Pascale, merci d'avoir su redonner le sourire à notre père et de nous avoir accueillies dans ta vie comme tes filles.

A Iris et Hugo, sœur et frère d'adoption, qu'il fut beau de vivre et voyager ensemble.

A mes cousines et cousins, **Amandoch, Marion, Katia, Pierre et Simon,** immuables partenaires de jeu et de vie. Quelle chance d'avoir grandi à vos côtés. Mais aussi à **Jérémie, Nathan, Sonia, Mélissa, Ethan et Maxence.**

A mes oncles et tantes, **Christine, Pierre, Christian, Anne, Françoise, Laurent, Tonio, Sylvain, Chantal, Thierry, Noi, Véro et Denis.** Merci d'être toujours là pour nous, mes souvenirs de vacances rayonnent grâce à vous.

A mes grands-parents, à leur présence, leur amour et leur soutien.

A toute la famille un peu plus éloignée, **Zia, Magali, Maryline, les narbonnais** et tou.te.s les autres.

A tatie Lili, tonton Patou, à Montse et Jean-Louis, à Françoise et Bernard et aux copains kinés.

A Jérémy et Mathieu, mes sœurs ont décidément bon gout.

Et enfin à toi, **Auré,**

Que serait une Foulque sans Macroule ?

Des portes du Soleil jusqu'à son lever flamboyant et glacial d'El Chalten,
il n'est de meilleur endroit que dans tes bras.

J'admire ta curiosité, ton enthousiasme, ta détermination, ton insouciance et ta joie.

Ta vision du monde et tes rires me transportent.

Merci de m'accompagner,

Je t'aime

TABLE DES MATIERES

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1	2
SERMENT D'HIPPOCRATE	10
REMERCIEMENTS.....	11
INDEX DES ABREVIATIONS.....	16
LEXIQUE.....	17
I. INTRODUCTION.....	18
1. Transmasculinités.....	18
2. Gynécologie ou Santé sexuelle et reproductive – données de la littérature	20
3. Offre de prévention et de soins en santé sexuelle et reproductive	34
4. Problématique et choix de notre étude	36
II. ARTICLE.....	38
“Gynaecological” primary care, sexual and reproductive health of Trans men and Transmasculine non binary persons, a french descriptive study.....	38
1. Introduction	39
2. Methods	39
3. Results	41
4. Discussion	49
5. Conclusion.....	52
III. DISCUSSION	53
1. Forces de l'étude	53
2. Limites de l'étude.....	53
3. Recours et accès à la prévention et aux soins de santé sexuelle et reproductive	53
IV. CONCLUSION.....	57
V. BIBLIOGRAPHIE	58
VI. ANNEXES.....	64

INDEX DES ABREVIATIONS

ALD : Affection longue durée
AMP : Aide médicale à la procréation
CDC : Centers for Disease Control and Prevention
CIM : Classification internationale des maladies
DIU : Dispositif intra utérin
DROM : Départements et régions d'outre-mer
FIV : Fécondation in vitro
FSH : Follicule stimulating hormone
GPA : Gestation pour autrui
HAS : Haute autorité de santé
hCG : Hormone chorionique gonadotrope humaine
HPV : Human papilloma virus
HSH : Homme ayant des relations avec des hommes
IMC : Indice de masse corporelle
IST : Infection sexuellement transmissible
IVG : Interruption volontaire de grossesse
LARC : Contraception réversible de longue durée d'action
LH : Luteinizing hormone
PrEP : Prophylaxie pré-exposition
SERM : Modulateurs sélectifs des récepteurs aux œstrogènes
SIU : Système intra utérin
THS : traitement hormonal substitutif

LEXIQUE

Ces définitions sont tirées du lexique des associations OUTrans et Le planning familial, elles sont susceptibles d'évoluer ou de changer au fil du temps (1,2).

Assignation à la naissance : À la naissance, les soignants décident, selon des normes anatomiques, si l'individu est un garçon ou une fille.

Binarité : renvoie à l'idée qu'il existe uniquement deux genres : masculin/féminin

Binder : brassière compressive visant à donner un aspect de torse plat

Cisgenre / Personne cis : Personne non trans, personne qui vit dans le genre qui lui a été assigné à la naissance.

Dicklit : Clitoris ayant changé sous l'action d'un THS. Des hommes trans ou des personnes non binaires, hormoné·e·s ou non, utilisent également ce terme pour désigner leur clitoris

Dysphorie de genre : Sensation d'inconfort, de détresse ou de rejet résultant de son assignation à la naissance. Elle peut être liée au corps et/ou à des critères sociaux. Ce terme d'origine médicale est souvent utilisé de façon abusive, comme un critère. Or, une personne trans ne ressent pas nécessairement de la dysphorie. Cette dysphorie peut, en revanche, être déclenchée par des situations qui peuvent sembler anodines aux autres.

Genre : Classe sociale construite culturellement. En occident, cela admet deux catégories, dont une dominée : les femmes ; et une dominante : les hommes. Genre est également utilisé en raccourci pour désigner l'identité de genre.

Identité de genre : Ressenti interne du genre de l'individu. Indépendamment de son assignation, du regard de la société ou de son apparence/expression de genre

LGBTQIA+ : lesbiennes, Gays, Bi, Trans, Queer, Intersexes, Asexuel·le·s ou Aromantiques, le "+" indiquant la non-exhaustivité, incluant toute identité de genre ou orientation marginalisée.

Personne trans : personne qui vit ou qui souhaite vivre dans un genre différent de celui qui lui a été assigné à la naissance. Cela englobe toute personne ayant fait ou souhaitant faire le choix d'une transition, qu'elle choisisse ou non d'avoir recours à des traitements médicaux et/ou des chirurgies dans cet objectif.

Personne transmasculine/ Homme trans / Garçon trans : Personne assignée au regard des sciences biomédicales comme appartenant à la catégorie femelle et pour l'état civil au genre féminin, qui transitionne vers un genre masculin et/ou fluide. La forme FtM (Female to Male) ou FT* est tombée en désuétude car focalisant sur l'assignation.

Transidentités : ensemble des vécus trans. Il convient de l'accorder au pluriel pour affirmer la diversité des vécus trans

Transition : Indifféremment utilisé pour désigner une transition médicale (hormones, chirurgies, autres) et/ou sociale et/ou administrative, la transition est l'ensemble des actes que va accomplir une personne trans afin de se sentir mieux dans son genre ou pour cispasser.

Transphobie : Rejet ou haine des personnes trans et/ou des transidentités. Elle peut s'exprimer de manière ouverte et violente ou de manière plus insidieuse.

I. INTRODUCTION

1. Transmasculinités

a. Définitions

Le genre est une construction sociale qui s'inscrit au sein d'un continuum entre ce qui est généralement considéré comme masculin et féminin. A la naissance, il est défini en fonction du sexe, déduit de l'aspect des organes génitaux externes. La plupart du temps, l'identité de genre ressentie correspond à l'identité sexuée. Cependant, certaines personnes peuvent être confrontées à une incongruence entre le sexe assigné à la naissance et leur identité de genre. On parle alors de transidentités, de personnes trans. Chaque personne est libre de s'autodéterminer.

Les personnes transmasculines sont des personnes dont l'identité de genre exprimée est plus en adéquation avec des éléments sociologiques associés au masculin qu'au féminin, alors que le genre qui leur a été assigné à la naissance est féminin. Elles peuvent notamment se définir comme homme transgenre, homme trans, garçon trans, personne transmasculine non binaire.

Dans cette thèse, nous avons pris le parti d'employer le terme personnes transmasculines afin que le spectre de représentativité soit le plus inclusif possible.

b. Epidémiologie

La prévalence des transidentités n'est pas clairement établie. Les données sont discordantes entre les différentes études et varient entre 1/4 000 et 1/50 000 dans les études cliniques mais sont 10 à 100 fois plus élevées dans les études populationnelles (3). Il n'existe pas de données en France (4) mais la HAS déclare une prévalence estimée des transidentités de 0,5 à 2% (5).

La prévalence de la transmasculinité est elle estimée entre 0,4 et 1,2% (6).

c. Parcours liés à la transition

Les transidentités ont longtemps été pathologisées et psychiatisées. Au XXème siècle, elles ont pour la première fois été évoquées en médecine sous le terme de « transsexualisme », aujourd'hui connoté négativement et désuet. Elles ont initialement été classées dans le cadre des « perversions sexuelles » avant d'être inscrites dans la liste des maladies mentales. En France, des parcours de soins obligatoires ont progressivement été mis en place par les structures officielles de soin. Une période d'expérience en « vie réelle » ainsi qu'un parcours de soin tripartite pluridisciplinaire (psychiatrique, endocrinologique et chirurgical) étaient systématiquement requis avant de débiter tout processus médico-chirurgical. Le changement de mention de sexe à l'état civil était quant à lui conditionné par la réalisation d'une chirurgie génitale stérilisante.

Aujourd'hui, notamment grâce aux mouvements associatifs et aux théories queer, les transidentités ont tendance à ne plus être considérées comme des pathologies psychiatriques. En effet, en 2010, suite au rapport de la HAS (7) elles sortent de la liste des pathologies mentales et l'ALD 31 (hors liste) remplace l'ALD 23 (troubles mentaux) pour la prise en charge des personnes trans. Le DSM-5 de 2013 décrit les transidentités comme la souffrance ou la détresse causée par "l'incongruité marquée entre le genre vécu ou exprimé et celui qui a été attribué à la naissance" et non pas comme pathologies en tant que telles. La CIM 11 de 2018 remplace quant à elle le terme dysphorie de genre (qui avait lui-même remplacé celui de transsexualisme) par celui d'incongruence de genre et retire les troubles de l'identité de genre de la liste des maladies mentales. De plus, le changement de mention de sexe à l'état civil n'est plus conditionné par une chirurgie génitale depuis une révision de la loi en 2016 faisant suite à une condamnation de la France par la Cour européenne des droits de l'Homme. Ceci permet de reconnaître une personne dans le genre auquel elle se déclare appartenir sans lui imposer de conformer son corps à une image binaire. La société peut ainsi reconnaître des hommes possédant potentiellement vagin, utérus et ovaires.

Les parcours des personnes trans ne respectent donc pas de schémas linéaires, ils peuvent varier en fonction des besoins et attentes de chaque personne et s'articulent autour de démarches intellectuelles, sociales, juridiques et médico-chirurgicales.

d. Aspect médico-chirurgical

Les personnes transmasculines peuvent bénéficier, si elles le souhaitent, d'une prise en charge hormonale et/ou chirurgicale à visée masculinisante.

L'hormonothérapie, si elle est désirée, a plusieurs objectifs, elle consiste :

- Soit en la diminution des hormones dites féminines. Les médicaments les plus utilisés sont alors les agonistes de la LH/RH (ou des progestatifs antigonadotropes). Cette méthode, réversible, est surtout utilisée chez les adolescents en tant que « bloqueurs de puberté » à partir du stade Tanner 2.
- Soit en l'administration des hormones dites masculines. En France, la voie injectable intramusculaire est la plus utilisée, les formes transcutanées d'apport de testostérone en gels ou patchs sont possibles mais ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie. La forme per os, remboursée, est peu utilisée du fait de sa difficulté d'utilisation (3 prises par jour).

L'hormonothérapie, quelle qu'elle soit, a pour effet de bloquer les cycles menstruels et le développement des caractères sexuels secondaires. Le traitement androgénique a pour conséquence de développer la pilosité à topographie dite masculine, la musculature, de modifier la répartition des graisses, le timbre de la voix et de créer une hypertrophie clitoridienne (dickclit). Il peut parfois augmenter la libido et le niveau d'agressivité. Il n'est pas décrit d'effets indésirables graves ni d'augmentation de la mortalité avec ces traitements. De rares contre-indications sont retenues telles

que la polyglobulie et les pathologies coronariennes instables, le traitement androgénique étant responsable d'une augmentation du taux d'hémoglobine.

La prise en charge chirurgicale, si elle est envisagée par le patient, peut consister au niveau mammaire à une mastectomie bilatérale. Sur le plan pelvien, les personnes transmasculines peuvent requérir l'ablation des organes génitaux internes (utérus et/ou ovaires) ainsi que de différents types de reconstructions génitales (méta-oidioplastie ou phalloplastie par exemple).

2. Gynécologie ou Santé sexuelle et reproductive – données de la littérature

a. Généralités

La gynécologie, étymologiquement issu du grec ancien γυνή « femme » est la spécialité qui a pour objet d'étude la « santé des femmes ». Pourtant, les personnes transmasculines, notamment lorsqu'elles n'ont pas eu recours à des chirurgies de réassignation, sont également concernées par cette spécialité et ont des besoins similaires aux femmes cisgenres.

Le suivi gynécologique, autrement appelé suivi en santé sexuelle et reproductive peut intervenir à tous les stades de la vie. Il n'est pas obligatoire hors grossesse, toutefois un suivi régulier à partir de la puberté est recommandé par les sociétés savantes (8). Sa fréquence n'est pas bien définie, mais un suivi annuel est classiquement recommandé. Toutefois, en dehors de toute pathologie, les consultations peuvent être plus espacées et être rythmées par les besoins de prévention (contraception, dépistages...).

La consultation de santé sexuelle et reproductive peut être motivée soit par une démarche diagnostique et thérapeutique lorsqu'un problème survient, soit par une démarche de prévention en l'absence de toute pathologie patente. Elle peut être réalisée par un.e gynécologue, un.e sage-femme ou un.e médecin généraliste. Elle débute par un interrogatoire et peut être complétée si besoin par un examen clinique pouvant comprendre un examen abdominal, pelvien et thoracique.

Plus spécifiquement, pour les personnes transmasculines sous hormonothérapie, l'exposition chronique aux androgènes engendre des modifications fonctionnelles et histologiques des organes pelviens et thoraciques qui peuvent influencer le suivi :

- Au niveau utérin, les effets sur l'endomètre sont controversés. Il est généralement décrit comme étant atrophique, peu glandulaire, significativement plus fin que dans la population cis (9–12). Toutefois, il peut parfois rester actif, voire hypertrophique (potentiellement du fait de l'aromatisation des androgènes au niveau local) (13,14). Le myomètre quant à lui, devient fibreux et hypertrophique (13). La zone de transition au niveau du col devient atrophique et métaplasique, pouvant mimer une zone dysplasique sur le plan cytologique (9,12).

- Les ovaires sont d'aspect polykystique avec une densité folliculaire supérieure à la normale (9,10,13,15). La densité stromale est elle aussi augmentée ainsi que celle en collagène au niveau de l'albuginée. Ces changements pourraient être liés, tout comme dans le SOPK, à une concentration en androgènes augmentée en intra-ovarien (16), ils ne sont pas corrélés ni à l'IMC ni à la durée d'utilisation de l'hormonothérapie (15). Les ovaires présentent parfois des corps jaunes témoins d'ovulations récentes (12,16) et donc d'une freination incomplète de l'axe hypothalamo-hypophysaire par l'hormonothérapie (17). Il semble y avoir une corrélation entre la présence de corps jaunes et d'endomètres actifs (13).

- Au niveau vaginal, les androgènes ont un effet atrophiant où ils semblent assez peu aromatisés en œstrogènes (diminution des mitoses et de la synthèse de collagène qui sont œstro-induites). En cas d'aromatisation importante, chez certaines personnes, la prise d'androgènes peut au contraire conduire à une production de sécrétions vaginales (18). La flore vaginale est également modifiée par l'imprégnation androgénique, elle est plus polymorphe, avec un pH plus élevé (7 vs 5) et une proportion moins importante de lactobacilles (19). Les lactobacilles sont les bactéries les plus fréquentes composant la flore de Doderlein, ils permettent de lutter contre les vaginoses en maintenant un pH acide via la sécrétion d'acide lactique (20). Un ajout d'œstrogènes local, stimulant la synthèse de glycogène, est associée à la présence de lactobacilles chez les hommes trans (21). Les androgènes régulent également le taux de récepteurs aux œstrogènes et aux androgènes exprimés au niveau vaginal et jouent un rôle dans la réponse vaginale à l'excitation (22). La diminution des œstrogènes au niveau vaginal est également pourvoyeuse d'une diminution de l'élasticité vaginale (23,24).

- Au niveau mammaire, les tissus deviennent plus fibreux au niveau stromal et moins glandulaires évoquant un stade fibreux de gynécomastie (10,25). A noter également, un plus grand nombre de canaux ectatiques (25) et une tendance à la diminution des kystes, des fibroadénomes, des lésions pseudoangiomateuses et des papillomes (26). De très rares cas de lésions atypiques ou de carcinomes ont été décrits lors de mastectomies chez les hommes trans (25,27).

L'ensemble des résultats reposent sur des études de faibles effectifs et ne sont pas consensuels, de nouvelles études sont nécessaires (12,26).

b. Démarche préventive

En France, au cours des consultations, la démarche préventive en terme de santé sexuelle et reproductive s'oriente autour de 3 grands axes : les dépistages oncologiques (cancers du col de l'utérus et cancers du sein), la sexualité (prévention et dépistage des IST) ainsi que la planification familiale (contraception, préservation de fertilité).

- **Oncologie**

- **Le cancer du col de l'utérus**

Le cancer du col de l'utérus est la 12^e cause de cancer chez la femme cis. En 2015, il y a eu 2797 nouveaux cas recensés en France et 1100 décès . Il est de façon quasi systématique (97.7%) HPV induit (28). L'infection à HPV est l'infection sexuellement transmissible la plus fréquente au monde. Elle se transmet par contact via les relations sexuelles qu'elles soient pénétrantes ou non, génitales ou orales. La contamination est favorisée par des rapports précoces, un nombre important de partenaires ainsi que par la cooccurrence d'une autre IST. Le préservatif ne fait que peu barrière à ce virus (29–34). La contamination ancillaire, horizontale (par objets, sondes, colposcopes...) ainsi que la transmission verticale (mère-enfant) sont possibles mais très rares (32,35). Plus de 80% des hommes et des femmes sont infecté.e.s dans leur vie. La plupart du temps cette infection est transitoire du fait d'une clairance du virus par le système immunitaire mais elle peut persister dans environ 10% des cas (36,37). La prévalence diminue avec l'âge. Il existe différents variants d'HPV dont certains sont considérés à haut risque voire à très haut risque oncogène (HPV 16 et 18) (38,39). La prévalence de l'HPV ne semble pas différente entre la population trans et la population cis (40,41). Il n'existe pas de données quant à la prévalence du cancer du col de l'utérus chez les hommes trans (29) mais ceux qui en ont un sont à risque de cancer, plusieurs cas ayant été décrits (40).

La prévention primaire du cancer du col de l'utérus repose sur la vaccination anti HPV. En France, depuis 2007, une vaccination contre certains sérotypes de papillomavirus est proposée. Initialement recommandée pour toutes les jeunes filles, la vaccination a été étendue à l'ensemble de la population en janvier 2021. La vaccination comprend aujourd'hui 2 injections si elle est réalisée de 11 à 14ans ou 3 injections entre 15 et 19ans. Un rattrapage est également conseillé et remboursé chez les hommes ayant des rapports avec des hommes (HSH) jusqu'à 26ans (28).

La prévention secondaire du cancer du col de l'utérus repose sur le frottis (cytologique et test HPV). Ce dépistage permet de détecter les lésions à un stade précancéreux ou de cancer précoce et ainsi de maximiser les chances de guérison. En France, il est recommandé depuis 2010 et est organisé au plan national et remboursé à 100% depuis 2018 avec un objectif de 80% de taux de dépistage (37,42). Environ 4% des frottis reviennent anormaux ce qui correspond à la réalisation de 230 000 colposcopies et à la détection de 32 000 lésions pré cancéreuses par an (43). Chez les femmes cis, quel que soit le statut vaccinal, sont recommandés un examen cytologique tous les 3ans de 25 à 30ans (les deux premiers à un an d'intervalle) puis un test HPV tous les 5ans à partir de 30ans jusqu'à 65ans. En cas d'hystérectomie totale (sauf pour cause cancérologique HPV induite), il n'est pas recommandé de poursuivre un dépistage systématique du fond vaginal (44). Les mêmes modalités sont recommandées dans la littérature internationale pour les personnes transmasculines (29,41,45). Cependant, les

examens « gynécologiques » peuvent être mal vécus voire traumatiques et malgré la connaissance de l'importance de ce genre de tests (46), les hommes trans sont moins susceptibles d'avoir un suivi adéquat (29,41,45,47). Aux USA, une étude de 2016 rapporte un taux de dépistage de 43% chez les femmes cis versus 27% chez les hommes trans ayant un col de l'utérus (48). Un moins bon suivi est également imputable à une mauvaise connaissance des recommandations de bonnes pratiques de la part des professionnels de santé voire à de fausses croyances (41,46,47,49). Pour pallier ces barrières, et augmenter l'adhérence au dépistage dans la population trans, la réalisation d'un test HPV en auto-prélèvement peut permettre de connaître le statut virologique sans avoir à réaliser d'examen invasif (29,47,50–52). La sensibilité et la spécificité des auto-prélèvements sont acceptables en comparaison avec celles des prélèvements réalisés par des professionnels de santé formés (47,53). Cette technique n'est cependant pas étudiée chez les hommes trans et des études sont nécessaires pour l'évaluer (54). Si le test HPV est positif, un examen sera alors recommandé. Le dépistage par test HPV a d'autant plus sa place chez les personnes sous hormonothérapie androgénique car l'examen cytologique est moins performant dans cette situation (45) avec un taux de tests ininterprétables ou faussement positifs plus élevé (41,55,56). En effet, les modifications histologiques du col de l'utérus induites par les androgènes peuvent mimer une dysplasie cervicale (29,39). Les pathologistes doivent en être informés avant d'analyser le frottis afin de minimiser les risques de faux positifs.

- Le cancer du sein

Le cancer du sein est le deuxième cancer le plus fréquent en France avec environ 50 000 cas incidents par an et 11 500 décès. Ses principaux facteurs de risque sont : l'âge, le sexe, les prédispositions génétiques, un antécédent personnel de cancer du sein ou d'irradiation thoracique (57). Le taux d'incidence du cancer du sein n'est pas connu chez les personnes transmasculines, qu'elles aient bénéficié d'une mastectomie ou non. Les risques paraissent faibles en cas de mastectomie mais un risque persiste lié aux résidus de glande mammaire (50,58,59). Le rôle de la testostérone sur le cancer du sein n'est également pas bien établi et les études discordent. Certaines ont tendance à suggérer qu'elle pourrait avoir un rôle protecteur par l'atrophie, la fibrose, la diminution de la densité glandulaire et la diminution des récepteurs aux œstrogènes qu'elle engendre (10,29,60). Cependant, des études réalisées chez les femmes cis en péri ménopause et ménopause retrouvent un lien entre testostéronémie élevée et cancer du sein, celui-ci pourrait être expliqué par l'aromatisation des androgènes (38,50). Un case report décrit également un cas de cancer du sein chez un homme trans ayant eu une mastectomie dont la tumeur était ER et AR + (61).

La prévention secondaire du cancer du sein, repose en France sur un dépistage organisé qui inclut les femmes cis âgées de 50 à 74ans. Il consiste en la réalisation d'une mammographie tous les deux ans, sauf en cas de facteurs de risques où le rythme de dépistage est adapté de façon individuelle

par des équipes d'oncogénétique (57). Ce dépistage a pour but de permettre un diagnostic précoce afin d'améliorer le pronostic (réduction de 15 à 21% de la mortalité) tout en minimisant l'impact des traitements (62). Il n'existe pas de recommandations établies pour les personnes trans, toutefois, en l'absence de mastectomie, l'inclusion au dépistage organisé semble adapté. Si une mastectomie a été réalisée, un risque persiste et des cas de cancer du sein ont été décrits. Une surveillance est donc recommandée par examen clinique ou par échographie (29,45,50,60,63).

En somme, la participation aux programmes de dépistage organisés pour le cancer du sein et pour le cancer du col de l'utérus semble nécessaire chez les personnes transmasculines en l'absence d'ablation chirurgicale de l'organe concerné.

- **Infectiologie**

Les infections sexuellement transmissibles, hors HPV, peuvent pour la plupart être évitées par l'utilisation de préservatifs. Une étude australienne rapporte un taux d'IST chez les hommes trans comparable aux personnes hétérosexuelles et moins important que chez les hommes homo ou bisexuels (64).

Les plus fréquentes sont liées au Chlamydia trachomatis, elles peuvent être asymptomatiques ou engendrer des cervicites voire des infections génitales hautes. En 2006, chez les personnes âgées de 18 à 44 ans, la prévalence de C.trachomatis était de 1,4% chez les hommes cis et de 1,6% chez les femmes cis. Elle était plus élevée chez les 18-29 ans avec une prévalence de 2,5% chez les hommes cis et de 3,2% chez les femmes cis (65). Au vu de la progression de la prévalence, du risque d'infection patente et de l'impact sur la fertilité future, la HAS recommande depuis 2018 un dépistage annuel systématique du C. trachomatis entre 15 et 25ans chez les jeunes femmes cis (66). Un dépistage semble également nécessaire au sein de la population transmasculine (40,67). Il n'existe toutefois pas de recommandation de dépistage systématique (68).

La PrEP (prophylaxie pré-exposition) est utilisée sur prescription médicale, en prévention primaire du VIH, par des personnes séronégatives. Elle permet de minimiser la transmission du virus (réduction du risque de 44 à 86%) mais ne remplace toutefois pas l'utilisation de préservatifs, notamment du fait de l'absence de protection vis-à-vis des autres IST. Il existe deux schémas de prise de la PrEP : continue ou à la demande. La prise à la demande n'est pas recommandée chez les femmes cis du fait d'une diffusion plus lente des antirétroviraux au niveau cervico-vaginal. Pour des raisons physiologiques, le même protocole semble recommandé pour les personnes transmasculines ayant des rapports vaginaux (69–72). La littérature décrit un faible accès à la PrEP malgré un taux élevé d'éligibilité au sein de la population transmasculine (73).

Les hépatites A et B sont considérées comme des IST, elles peuvent être prévenues par des mesures de vaccination. La vaccination anti VHB est recommandée pour toute personne ayant des relations sexuelles avec des partenaires multiples, exposées aux IST ou ayant une IST en cours ou récente. La vaccination anti VHA est quant à elle recommandée pour les HSH (74).

Une actualisation des recommandations de la prise en charge thérapeutique, curative et préventive des infections sexuellement transmissibles est actuellement en cours par la HAS (75).

- **Contraception**

Toute personne en âge de procréer et ayant une activité sexuelle présentant un risque de grossesse doit pouvoir bénéficier d'une contraception efficace si elle le souhaite. La plupart des hommes trans ont des rapports sexuels dont certains avec des personnes assignées de sexe masculin à la naissance (76). Dans cette situation, en l'absence de désir de grossesse, une contraception efficace doit être proposée. La fertilité des hommes trans sous hormonothérapie est peu étudiée et mal connue par les praticiens, des recherches sont nécessaires afin de fournir une bonne information contraceptive ou préconceptionnelle. En effet, contrairement à ce que pensent de nombreux patients et praticiens, malgré l'aménorrhée, la prise de testostérone ne peut pas être considérée comme un moyen fiable de contraception. La prise d'androgènes exerce un rétrocontrôle négatif sur l'axe hypothalamo-hypophysaire et engendre généralement un hypogonadisme (77). Toutefois, des ovulations ont été rapportées chez des hommes trans, notamment lors de l'utilisation prolongée d'androgènes, et les données sont peu claires quant au risque de grossesse (45,78,79). Il est donc nécessaire que les hommes trans ayant des rapports à risque de grossesse aient un conseil adapté quant à leur contraception, d'autant plus que la testostérone a un effet tératogène (45,80). Malgré ces données, une fois l'aménorrhée induite par l'hormonothérapie, de nombreux patients interrompent leur contraception (54%), notamment sous les conseils de leur médecin (40). Dans une population de travailleurs du sexe, une étude rétrospective décrivait un comportement avec risque de grossesse non désirée dans 50% des cas. La plupart, malgré l'absence de désir de grossesse n'utilisaient que des préservatifs voire aucune contraception (81). Une autre étude rapporte un taux de grossesse inattendue de 32% parmi les hommes trans (40). Par ailleurs, de nombreuses barrières à une contraception efficace sont rapportées: inégalité d'accès au soin, absence de couverture sociale, manque de praticiens formés à la prise en charge des patients trans et mauvaise connaissance de leurs spécificités (82,83).

Il existe différentes méthodes contraceptives, la majorité destinées aux personnes ayant été assignées de sexe féminin à la naissance. Il peut s'agir de contraceptions réversibles hormonales oestroprogestatives (pilules, patchs, anneaux) et progestatives (pilules, implants, système intra utérin (SIU), formes injectables) ou non hormonales : dispositif intra utérin (DIU) au cuivre, méthodes barrières (préservatifs, capes ou diaphragmes associé.e.s à des spermicides) et méthodes dites

naturelles (Ogino : suivi de la température, Billings : monitoring des cycles, retrait, etc.). Il existe aussi une contraception définitive par ligature tubaire. Ces contraceptions sont plus ou moins efficaces et ont été classées par le Centers for Disease Control and Prevention (CDC) en fonction de leur efficacité en vie réelle (84). Les contraceptions concernant les personnes assignées de sexe masculin à la naissance sont plus rares mais en expansion. Il s'agit principalement de la vasectomie qui est une contraception définitive mais aussi de contraceptions réversibles telles que le préservatif, les contraceptions thermiques (slip et anneau) et hormonales (enanthate de testostérone injectable). Les différentes méthodes contraceptives doivent être expliquées afin de permettre un choix libre, éclairé et adapté à chaque personne. Les méthodes contraceptives pouvant être proposées aux personnes transmasculines sont les mêmes que chez les femmes cis, elles doivent être adaptées selon les contre-indications présentées par les patients et selon leur volonté (40,85,86). Les progestatifs ont pour avantage d'avoir un effet atrophiant sur l'endomètre pouvant induire une aménorrhée. Ils peuvent également avoir un effet propre androgénique (40). Les pilules oestroprogestatives sont également un moyen de contraception fiable mais sont souvent non désirées ou mal tolérées par les hommes trans du fait des potentiels effets généraux oestrogéniques (40). Les LARCs (Long-acting reversible conception) ont également leur place du fait de leur longue durée d'action et, pour les hormonales, leur effet aménorrhéant (40). Les DIU au cuivre ont pour avantage de ne pas interagir avec les autres traitements hormonaux déjà prescrits, ils peuvent être conseillés et mieux tolérés lorsque l'aménorrhée est déjà induite (78,87,88). Les implants à l'étonogestrel ont quant à eux pour avantage de ne pas requérir de geste pelvien (45). Une contraception définitive (salpingectomie, ligature tubaire) peut également être envisagée en l'absence de désir de grossesse futur (87). Dans les études, le choix de la contraception est souvent basé sur l'induction d'une aménorrhée, l'absence d'œstrogènes ou l'absence d'interaction avec la prise de testostérone. De nombreux patients utilisent seulement une méthode barrière telle que les préservatifs (46,76,78,80).

En parallèle, il existe également des méthodes de contraception d'urgence pour pallier le risque de grossesse en cas de rapport sexuel non ou mal protégé. Elles peuvent être hormonales (Norlevo[®] : 1,5mg de lévonorgestrel, délivrable gratuitement en pharmacie pour les mineurs, à prendre jusqu'à 72 heures après le rapport à risque et EllaOne[®] : 30mg d'ulipristal d'acétate à prendre jusqu'à 120 heures après le rapport à risque) ou mécaniques par la pose d'un DIU ou SIU dans les 5 jours suivant le rapport à risque.

- **Préservation de fertilité**

En France la préservation de fertilité s'inscrit dans le cadre de la loi de bioéthique et de l'Article L2141-11 du code de la santé publique modifié par la LOI n° 2021-1017 du 2 août 2021 : «Toute personne dont la prise en charge médicale est susceptible d'altérer la fertilité ou dont la fertilité

risque d'être prématurément altérée peut bénéficier du recueil ou du prélèvement et de la conservation de ses gamètes ou de ses tissus germinaux en vue de la réalisation ultérieure, à son bénéfice, d'une assistance médicale à la procréation, en vue de la préservation ou de la restauration de sa fertilité ou en vue du rétablissement d'une fonction hormonale» (89). Cette procédure est prise en charge par la sécurité sociale. L'article L. 2141-12 de la LOI n° 2021-1017 du 2 août 2021, permet également le recueil et la préservation de gamètes aux personnes non atteintes d'une pathologie altérant leur fertilité. La procédure est alors à la charge de la personne souhaitant réaliser l'autoconservation. En 2015, 784 conservations d'ovocytes, 322 conservations de tissu ovarien et 76 maturations in vitro ont été réalisées, majoritairement dans le cadre de cancers mais également dans le cadre de pathologies auto-immunes ou hématologiques. (90)

A l'adolescence, avant d'introduire un traitement pour bloquer la puberté, il est nécessaire d'aborder le sujet de la fertilité. En effet, selon le stade Tanner, il pourra avoir un impact sur la fertilité future. Des études sur la maturation in vitro de gamètes sont en cours mais cette technique n'est pas encore disponible en pratique (91–94). La question de la fertilité future et les différentes options de préservation de fertilité (cryopréservation ovocytaire ou embryonnaire, congélation de cortex ovarien), variables selon le statut pubertaire, doivent être abordées avec les personnes trans avant toute prise en charge médicale ou chirurgicale (45,95–98). Ces protocoles doivent être adaptés pour minimiser les risques de dysphorie durant le processus de préservation (98,99). La cryoconservation semble être une bonne option chez les hommes jeunes, notamment en amont de l'introduction de l'hormonothérapie mais également après l'introduction de celle-ci (100–102). En effet, des études réalisées sur des tissus ovariens issus de chirurgies de réassignation, exposés au long cours à une hormonothérapie, retrouvent une majorité de cellules ovariennes vitales et une distribution folliculaire normale. Une maturation in vitro semble pouvoir être envisageable même après une exposition androgénique (103,104). Une étude a comparé des cycles d'aide médicale à la procréation (AMP) chez 26 hommes trans (ayant stoppé la testostérone ou non hormonés) par rapport à des femmes cis qui leur ont été appareillés, la dose de gonadotrophine utilisée était plus élevée chez les hommes trans tout comme le nombre d'ovocytes recrutés. Ces données sont rassurantes quant à la possibilité de réaliser des stimulations ovocytaires chez les hommes trans à visée conservatrice ou procréatrice (105).

La préservation de gamètes est cependant très rarement proposée et effectuée (95,106). Elle s'expose notamment à des barrières institutionnelles ainsi qu'au fait de différer l'hormonothérapie et au caractère invasif des techniques proposées (107). Une étude allemande décrit que 76.6% des hommes trans ont envisagé une préservation ovocytaire mais que seulement 3.1% l'ont faite en pratique. Dans cette étude, la plupart des hommes trans en couple avec une femme cis envisageaient la paternité via un don de sperme (106). De plus, la loi de bioéthique française exclut les hommes

trans de l'accès à l'AMP en refusant l'utilisation de leurs gamètes lorsqu'un changement de mention de genre a été effectué à l'état civil.

c. Démarche diagnostique et thérapeutique

• Troubles du cycle

Les troubles du cycle comprennent les dysménorrhées ainsi que les saignements anormaux.

- Les dysménorrhées

Les dysménorrhées sont des douleurs abdomino-pelviennes, cycliques, rythmées par les règles.

Elles sont très fréquentes, 50 à 70% des adolescent.e.s en souffrent. Leur intensité varie selon les individus d'une simple gêne à des douleurs très invalidantes qui peuvent avoir un fort impact psychologique et socio-économique. Leurs étiologies sont variées. Elles peuvent être fonctionnelles, notamment à l'adolescence ou organiques (malformation du tractus génital, endométriose, adénomyose, etc.). Leur prise en charge dépend de l'étiologie retrouvée et peut comprendre des traitements chirurgicaux et/ou médicaux (antalgiques et hormonaux) (108). Peu d'études existent concernant les personnes transmasculines à ce sujet. La testostérone semble diminuer l'intensité des dysménorrhées mais elle peut, dans certaines situations, ne pas être suffisante (109). L'endométriose existe également chez les personnes transmasculines. Elle doit être prise en charge tout en gardant à l'esprit que certaines approches médicamenteuses interagissant avec le processus de virilisation peuvent ne pas être appropriées (110).

- Saignements anormaux

Les saignements anormaux regroupent les anomalies en lien avec la fréquence et l'abondance des menstruations : métrorragies, ménorragies, hyperménorrhées, polyménorrhées, spanioménorrhées, aménorrhées, etc. Ils touchent environ 30% des femmes cis au cours de leur vie et sont à explorer (111). Il convient en premier lieu d'éliminer une éventuelle grossesse, peut ensuite être appliquée la classification FIGO PALM-COEIN (polyp; adenomyosis; leiomyoma; malignancy and hyperplasia; coagulopathy; ovulatory dysfunction; endometrial; iatrogenic; and not yet classified) afin de déterminer l'étiologie (112). Les saignements peuvent être une source importante de mal-être, de dysphorie chez les personnes transmasculines, notamment à l'apparition des règles à la puberté mais également tout au long de la vie (40). La testostérone est le premier traitement utilisé pour obtenir une aménorrhée (40). Son effet sur les menstruations est variable mais la majorité des patients sont en aménorrhée au bout de 6 mois de traitement (55-90%) (17,45,113,114) grâce à l'induction d'une atrophie endométriale ainsi que, dans certains cas, par un blocage central hypothalamo-hypophysaire (40). L'aménorrhée, dans un cadre physiologique, est corrélée à la dose de testostérone. En cas de

persistance des saignements, une augmentation de dose ou de fréquence de la prise d'androgènes peut être envisagée. Il ne faut toutefois pas dépasser les doses de testostérone biodisponible recommandées et monitorer le taux d'hémoglobine pour éviter de majorer les risques cardio-vasculaires (17). Malgré ces mesures, des menstruations ou saignements anormaux peuvent persister. Ils nécessitent une prise en charge étiologique mais également symptomatique. Les causes à rechercher sont identiques à celles induisant des saignements anormaux chez les femmes cis (40). En cas d'étiologie curable, la traiter devrait tarir les saignements. En revanche, s'il n'y a pas d'étiologie retrouvée, il convient d'utiliser d'autres méthodes, hormonales, afin d'obtenir une aménorrhée:

- **Les progestatifs:** ils agissent sur l'endomètre en induisant une atrophie. A forte dose ils peuvent également induire une aménorrhée centrale (17). Il peut s'agir de microprogestatifs ou de macroprogestatifs. Cependant l'aménorrhée n'est pas garantie, ces méthodes peuvent être pourvoyeuses de spottings, notamment les premiers mois d'utilisation à cause des modifications angiogéniques (17). Aucune étude n'a été réalisée à ce sujet chez les hommes trans. Les taux d'aménorrhée chez les femmes cis pour les LARC varient de 6% (SIU Jaydess) à 80% (acétate de médroxyprogestérone (85), ils sont d'environ 20% pour le désogestrel (115). Les progestatifs peuvent avoir pour effets indésirables : une déminéralisation osseuse en cas d'utilisation à forte dose anti gonadotrope, des céphalées, des œdèmes, une diminution du HDL cholestérol, des modifications de l'humeur (17). Il existe également actuellement une alerte quant au risque de méningiomes pour les macroprogestatifs.

- **Les oestro-progestatifs:** les œstrogènes associés à de la progestérone en prise continue peuvent être une bonne option pour induire une aménorrhée notamment en cas d'échec des autres traitements. Ils stabilisent l'endomètre et diminuent le risque de saignements. Cependant, ils sont souvent évités par les patients trans car associés à une prise en charge de la contraception des femmes cis (85). Au long cours, en prise continue, ils peuvent également engendrer des spottings et nécessiter une pause thérapeutique pour restabiliser l'endomètre. Administrés sous forme d'œstradiol et de progestérone naturelle ou de pilules oestro-progestatives (17). Ils ont pour effet indésirable principal de majorer le risque cardio-vasculaire et peuvent être contre indiqués dans certaines situations.

- **Les agonistes de la GnRH:** administrés en continu, ils induisent un hypogonadisme hypogonadotrope et génèrent donc une aménorrhée centrale quasi systématique (116). Dans la population trans ils sont fréquemment utilisés dans l'adolescence en tant que «bloqueurs de la puberté». Ils ont pour effets indésirables des bouffées de chaleur et, utilisés au long cours, ils peuvent altérer la minéralisation osseuse et majorer les risques cardiovasculaires (17).

- **Les anti-aromatases:** en bloquant la métabolisation des androgènes en œstrogènes, ils peuvent également induire une aménorrhée. Ils sont utilisables chez les hommes trans en association avec un traitement par testostérone (40). Ils peuvent notamment être utiles chez les patients obèses où ils diminuent d'autant plus les taux d'œstrogènes, l'aromatase étant fortement exprimée dans les tissus

graisseux. Ils ont pour effets indésirables une asthénie, des douleurs articulaires et musculaires, des bouffées de chaleurs, une sécheresse vaginale et une diminution de la minéralisation osseuse (17).

- **Les modulateurs sélectifs des récepteurs aux œstrogènes (SERM):** ils peuvent parfois induire une aménorrhée mais elle n'est pas systématique du fait d'une prolifération endométriale glandulokystique. Ils présentent également de nombreux effets secondaires (thromboemboliques, bouffées de chaleurs, douleurs musculaires, troubles visuels) et ne sont donc pas recommandés dans l'induction d'une aménorrhée chez les hommes trans (17).

- **L'hystérectomie:** c'est une méthode chirurgicale définitive permettant d'induire une aménorrhée certaine (hors cause vaginale). Elle peut être proposée en cas d'échec des autres méthodes ou, à tout moment, à la demande du patient, notamment en cas de désir de chirurgie pelvienne (17).

- **Symptômes vulvo-vaginaux**

La vulve et le vagin peuvent être le lieu de nombreuses et diverses pathologies qui peuvent être infectieuses (mycoses, vaginoses, syphilis, herpès, etc.), dermatologiques (lichen, condylomes, psoriasis, eczéma, sécheresse, etc.), algiques (vulvodynies, dyspareunies, etc.) et carcinologiques (VIN, VaIN, mélanome). Elles font souvent l'objet d'un retard diagnostique et peuvent se manifester sous différentes formes (asymptomatiques, douleurs, prurit, leucorrhées, tuméfaction, pigmentation, ulcération, perte de relief, etc.) (117). Aucune étude spécifique aux personnes transmasculines n'a été menée concernant ces pathologies. Toutefois, les personnes sous hormonothérapie androgénique peuvent présenter une atrophie vaginale qui peut induire des sensations de brûlures, de prurit, de douleurs vaginales et de gêne urinaire parfois accompagnée d'incontinence (118). Il paraît donc légitime, en cas de vaginite atrophique symptomatique de proposer, en accord avec le patient, un traitement local hydratant non hormonal ou hormonal présentant peu de passage systémique.

- **Infections sexuellement transmissibles**

Il existe peu d'études portant sur le risque d'IST chez les hommes trans. Une revue de la littérature (119) retrouve une prévalence chez les hommes trans du VIH de 0 à 8.3%, de la syphilis de 0 à 4.2%, du gonocoque de 0 à 10.5%, du chlamydia de 1.2 à 11.1%. Cependant, cette méta analyse repose sur peu de données et de nouvelles études épidémiologiques sont souhaitables (119–122). De plus, en ce qui concerne les IST, les hommes trans sont souvent sous dépistés (53). En France, les infections bactériennes à *Neisseria gonorrhoeae* et *Chlamydia trachomatis* sont en augmentation. Elles sont souvent asymptomatiques et rarement graves mais exposent à différents risques à court terme (infection génitales hautes : salpingites, abcès tubo-ovarien) et à long terme (infertilité par obstruction tubaire) (123). Les ulcérations pelviennes sont principalement dues à l'herpès (HSV2 ou HSV1) ou au *Treponema pallidum*. L'infection par le VIH et l'hépatite B sont quant à elles moins fréquentes

mais doivent être dépistées en cas de situations à risques (124). Ces infections requièrent une prise en charge diagnostique et thérapeutique adaptée. La recherche des IST est donc nécessaire en présence ou non de symptômes tels que des métrorragies ou douleurs pelviennes (40). La recherche systématique des autres IST doit être proposée en cas de positivité et il faut également dépister et traiter le.s partenaire.s (124).

- **Orthogénie**

Les interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été légalisées en France en 1975. Elles peuvent être réalisées jusqu'à 16 semaines d'aménorrhées. Il existe deux techniques d'IVG: médicamenteuse (à domicile ou hospitalière) et chirurgicale. Le choix de la technique se fait en fonction de la préférence et des caractéristiques médicales de la personne concernée ainsi que du terme de la grossesse. Le nombre d'IVG réalisées en France a une légère tendance à la hausse depuis 1990. Il était de 232 200 en 2019 dont 30% d'IVG instrumentales. Il existe de grandes disparités entre les régions (le taux est quasi deux fois supérieur dans les départements et régions d'outre-mer (DROM) qu'en métropole) et selon le niveau de vie (taux supérieur en cas de précarité) (125). Les hommes trans peuvent, au cours de leur vie, présenter des grossesses non désirées et être en demande d'une interruption volontaire de grossesse. Peu de données sont disponibles à ce sujet et les professionnels de santé sont peu voire pas formés aux spécificités de la prise en charge des patients trans (82). Une étude menée en 2019 sur 1694 patients décrit 433 grossesses dont 92 avortements (21%) et évoque une éventuelle préférence pour une prise en charge par technique médicamenteuse lorsque cela est possible (ratio 3/1). Elle promeut également une approche inclusive et adaptée aux personnes trans (126).

- **Symptômes thoraciques**

La poitrine peut présenter différentes pathologies bénignes d'ordre glandulaire (fibroadénome, kyste, écoulement, mastodynies, etc.), dermatologique (lipome, eczéma, adénose, etc.), inflammatoire (mastite) ou infectieuse (abcès) qu'il convient de rechercher et de prendre en charge (127). En l'absence de chirurgie thoracique les mêmes problématiques sont retrouvées dans la population transmasculine que chez les femmes cis. Les personnes trans peuvent également être confrontés à d'autres problématiques telles que des douleurs pariétales et neurologiques, troubles de la stature, difficultés respiratoires liées à l'utilisation de binders (128).

- **Oncologie**

Les cancers sont une des premières causes de mortalité au monde, la 1ère en France (129). Il ne semble pas y avoir de surmortalité par cancer (tous types confondus) au sein de la population trans (39). Les cancers du spectre gynécologique sont : le cancer de l'endomètre, le cancer du col de l'utérus, le cancer

ovarien et le cancer du sein. Il existe très peu de données scientifiques quant à l'impact de l'hormonothérapie sur la survenue de cancers "gynécologiques" et sur les spécificités de la prise en charge des patients trans (29,39,50,130–132). Une méta-analyse menée de 1980 à 2010 ne retrouve pas de surmortalité chez les hommes trans utilisant de la testostérone, notamment par cancer (133).

- Le cancer de l'endomètre

Le cancer de l'endomètre est le cancer le plus fréquent de l'appareil reproducteur dit féminin en France (134). En 2012, il y a eu 7275 nouveaux recensés. Il touche généralement les femmes ménopausées et est de bon pronostic (135). Ses principaux facteurs de risque sont le surpoids et l'obésité, le diabète, un traitement par tamoxifène ou une exposition importante et prolongée aux œstrogènes (134,135). Dans de rares cas, le cancer de l'endomètre est lié à une maladie génétique : le syndrome de Lynch ou syndrome HNPCC (Hereditary Non-Polyposis Colorectal Cancer ou cancer colorectal héréditaire sans polypose) (135). Dans la littérature, très peu de cancers de l'endomètre sont répertoriés chez les personnes transmasculines sous hormonothérapie (136,137). De manière générale, l'impact des androgènes sur l'endomètre est encore mal connu et compris. Un taux élevé est associé à un plus haut risque de cancer de l'endomètre chez les patientes présentant un SOPK et les femmes ménopausées. En revanche, des études réalisées in vitro et chez des animaux ont tendance à montrer un effet potentiellement thérapeutique des androgènes par leur effet atrophiant sur l'endomètre (129). Les androgènes interagissent également avec l'Endometrial epidermal growth factor et sont reliés, après la ménopause à un plus haut taux de cancer de l'endomètre. Les analyses histologiques effectuées sur les pièces d'hystérectomie d'hommes trans retrouvent dans la plupart des cas une atrophie avec un profil prolifératif très faible (12). Aux vues de ces données, il ne semble pas recommandé d'effectuer un dépistage systématique du cancer de l'endomètre chez les personnes transmasculines mais des saignements anormaux doivent être explorés (29,40,45,50).

- Le cancer du col de l'utérus

Le cancer du col de l'utérus se manifeste cliniquement par des saignements, notamment provoqués. Il est HPV induit. Il y a un délai de 10 à 15 ans entre l'infection persistante à HPV et le cancer invasif. Les principaux facteurs de risque sont l'absence de dépistage, le tabagisme, les premiers rapports sexuels précoces, les partenaires sexuels multiples, la multiparité, la co-infection avec d'autres IST (Chlamydiae trachomatis et Herpès simplex virus) et l'immunodépression (28,36). Il peut être prévenu par la vaccination anti-HPV et la réalisation d'un dépistage régulier. Les personnes trans qui ont un col de l'utérus sont à risque de cancer (40). Cependant, il n'existe pas de données quant à la prévalence du cancer du col de l'utérus chez les hommes trans (29). L'hormonothérapie ne semble pas avoir d'influence (29,38) et la prévalence de l'HPV n'est pas différente dans la population trans que dans la

population cis (41). En cas de symptômes, notamment de métrorragies, des investigations sont nécessaires (40).

- Les tumeurs ovariennes

Les cancers de l’ovaire sont la 8ème cause de cancer chez la femme cis. En France le nombre de cas diagnostiqués en 2018 est de 5193 et 3479 décès soit la 4ème cause de mortalité par cancer. Plusieurs cas de cancers ovariens ont été décrits dans la littérature chez des hommes trans mais la prévalence n’est pas connue (39). Les tumeurs ovariennes sont très variées, les plus fréquentes (90 %) sont les tumeurs épithéliales. Les facteurs de risques identifiés sont génétiques, environnementaux et hormonaux (138,139). Il n’existe pas d’examen de dépistage ni de prévention du cancer de l’ovaire en l’absence de prédisposition génétique où une annexectomie peut être recommandée. Elles se manifestent généralement tardivement, à un stade avancé par une altération de l’état général et par une augmentation du volume abdominal. Chez les femmes cis, des caractéristiques biologiques, épidémiologiques et génétiques font supposer que les androgènes sont pourvoyeurs et promoteurs de cancers épithéliaux ovariens (140–143). Toutefois, il existe peu de données quant à la relation entre la prise exogène d’androgènes et le développement des cancers ovariens. Les études rétrospectives réalisées ne retrouvent pas de sur risque (39,144–146). De plus, La prise d’androgènes conduit à un état ovarien OPK like (16) et il n’est pas montré de sur risque ovarien dans cette population (147). Tout comme chez les femmes cis, il n’existe donc pas de preuve dans la littérature en faveur d’un dépistage systématique du cancer de l’ovaire chez les personnes trans. Pourtant, à titre de précaution, certains auteurs encouragent une hystérectomie avec ovariectomie en cas d’utilisation d’androgènes prolongés (148,149).

- Le cancer du sein

Le cancer du sein peut se manifester sous différentes formes cliniques (tuméfaction, rétraction mamelonnaire, écoulement unilatéral, adénopathie, maladie de Paget, etc.) ou être diagnostiqué lors d’un examen de dépistage. Le taux d’incidence du cancer du sein n’est pas connu chez les hommes trans, qu’ils aient bénéficié d’une mastectomie ou non. Seuls des case report ont été décrits et il n’existe pas de données au long cours. Les risques paraissent faibles en cas de mastectomie (50,58,59,150) et inférieurs à celui des femmes cis (60,151). Le rôle de la testostérone sur le cancer du sein n’est également pas bien établi et les études discordent.

De manière générale en oncologie :

Pour limiter au maximum le risque de cancers, il paraît nécessaire que les hommes trans soient mieux suivis, accompagnés et inclus dans les dépistages organisés (29,39,50,152,153). Il est également nécessaire d’effectuer une analyse anatomopathologique systématique en cas de chirurgie (12,154).

Quant au traitement, il n'est pas décrit dans la littérature de données adaptant les traitements oncologiques chez les personnes trans. Mais une prise en charge adaptée et inclusive est nécessaire. Les professionnel.le.s de santé doivent y être formé.e.s. Des modifications de l'hormonothérapie peuvent également être envisagées en cas de tumeur hormonodépendante (39,131,155).

- **Fertilité et obstétrique**

En 2019, il y a eu 753 000 naissances en France. L'indicateur conjoncturel de fécondité est de 1,87 enfant par femme cis avec un âge moyen de 30,7ans (156). En 2018, 1 enfant sur 30 a été conçu grâce à une technique d'AMP, dont 70% de fécondation in vitro (FIV) (157). Ces techniques étaient alors réservées aux couples hétérosexuels infertiles ou présentant une pathologie génétique transmissible, elles ont été élargies aux couples de femmes ainsi qu'aux femmes seules lors de la LOI n° 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique mais elle ne prend pas en compte les personnes transmasculines souhaitant porter une grossesse (89). Les personnes trans sont tout autant susceptibles que les personnes cis d'avoir un désir de parentalité (158–160). Il existe cependant peu de données dans la littérature concernant la fertilité et les grossesses chez les hommes trans. Les études publiées révèlent de nombreux obstacles à la fois pour la conception, la grossesse et la parentalité liées à la cisnormativité des systèmes de santé (161). La testostérone est un agent tératogène, elle diminue également la fertilité sans pour autant avoir une action contraceptive. Les chirurgies de réassignation quant à elles peuvent induire une infertilité si elles comprennent une annexectomie ou une hystérectomie (92,93,158,162). Les personnes trans doivent pouvoir bénéficier d'une consultation pré-conceptionnelle adaptée, les informant des effets tératogènes des androgènes et des différences inhérentes à leur statut (163).

En France, le suivi des grossesses est protocolisé et pris en charge à 100%. Il consiste en des consultations mensuelles à partir du 4^{ème} mois ainsi qu'en des échographies au 1^{er}, 2^{ème} et 3^{ème} trimestre de la grossesse. S'il est souhaité, un allaitement peut être réalisé et des conseils appropriés aux différentes situations doivent être donnés tout au long du processus de parentalité (164).

3. Offre de prévention et de soins en santé sexuelle et reproductive

a. Déterminants généraux de l'accès aux soins

L'accessibilité aux soins est la capacité d'accéder aux ressources sanitaires et aux services de santé. Une plus grande accessibilité, sans déterminer pour autant le recours effectif aux soins, est un enjeu majeur de santé publique en terme de réduction des risques de santé mais aussi d'équité et de justice sociale. En effet, tout le monde n'est pas égal dans l'accès aux soins, il dépend de dimensions économiques, sociologiques et géographiques. Les facteurs déterminant l'accès aux soins sont

regroupés en trois catégories : facteurs prédisposants, facteurs de capacité et facteurs déclenchants. Les facteurs prédisposants sont les variables démographiques (âge, structure familiale, niveau d'éducation, croyances, connaissances en terme de santé, etc.). Les facteurs de capacité sont les variables économiques (limitées en France grâce à la couverture sociale), institutionnelles (délai d'attente, manque de professionnels, etc.), géographiques (densité et disponibilité des ressources sanitaires et innovantes à proximité du lieu de vie, habitat rural ou urbain, capacité de mobilité, etc.) et organisationnelles (contraintes familiales, professionnelles, etc.). Les facteurs déclenchants sont les besoins perçus et conséquences attendues par chaque personne face à la maladie. La somme de l'ensemble de ces variables détermine l'accessibilité réelle à la santé de chaque individu (165,166).

L'accessibilité aux soins des personnes trans dépend, tout comme pour les personnes cis de variables économiques, sociologiques et géographiques. Certaines, sans être inhérentes à la transidentité y sont surreprésentées. La littérature internationale, et notamment The US survey, qui est une étude à grande échelle réalisée aux Etats-Unis, publiée en 2016 montre la stigmatisation et les discriminations subies par les personnes trans notamment en terme d'accès aux soins et à la santé (48). Il apparaît que les praticiens sont peu ou pas formés à l'accueil des personnes trans (167). D'autres études suggèrent qu'un tiers des personnes trans éviteraient les consultations médicales suite à des discriminations subies par le passé (168) tandis qu'un suivi précoce et adapté serait corrélé à de meilleurs résultats sur la santé au long terme (45). En France, une enquête du CRIPS-CIRDD de 2007 décrit que 20% des participants à l'étude déclarent avoir renoncé à des soins médicaux par crainte d'être discriminés du fait de leur transidentité (169). L'enquête santé trans 2011 menée par l'association Chrysalide retrouve, qu'en dehors du cadre de leur transition, 16% des personnes trans interrogées se sont vues refuser une consultation médicale du fait de leur transidentité et un tiers ont renoncé à des soins du fait de préjugés transphobes du personnel soignant, ce chiffre est doublé chez les personnes ayant déjà subi un refus de soins. Dans cette même étude, 75% des personnes déclarent avoir été mal à l'aise avec un médecin concernant leur transidentité (170).

b. Déterminants spécifiques à la santé sexuelle et reproductive

Il existe également des déterminants spécifiques à la santé sexuelle et reproductive. En effet, la « gynécologie » est une spécialité qui touche à l'intime, dont les consultations, notamment les premières, peuvent être redoutées (171). De plus, il existe actuellement un manque de gynécologues médicaux avec une diminution des effectifs de 52,5% entre 2007 et 2020 (172), engendrant de longs délais d'attente, un renoncement aux soins et des retards de diagnostics.

Au sein de la population transmasculine, il existe également des barrières individuelles, liées au malaise que peut engendrer le fait d'être de genre masculin en consultation de « gynécologie » d'autant plus grand qu'il s'accompagne parfois de peurs liées aux examens. En effet, ces examens

peuvent être perçus comme invasifs et douloureux sur le plan émotionnel et physique car ils touchent à une partie du corps qui peut faire l'objet d'une dysphorie (173). L'accueil proposé par les praticien.ne.s joue donc un rôle clef dans l'adhérence aux soins ou au contraire à son rejet (167). D'autre part, certaines barrières sont institutionnelles, inhérentes au fonctionnement des structures de santé. Par exemple, concernant l'invitation aux dépistages organisés du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein, la loi ciblant la population éligible s'adresse exclusivement aux femmes cis : « Dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, les examens de dépistage relevant des dispositions de l'article R. 160-8 du code de la sécurité sociale sont constitués d'un examen cytopathologique de dépistage effectué chez les femmes asymptomatiques entre 25 et 30 ans et d'un test de recherche de papillomavirus humains à haut risque (test HPV-HR) chez les femmes asymptomatiques à partir de 30 ans et jusqu'à 65 ans, réalisés à partir d'un prélèvement du col de l'utérus. »; « Dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer du sein, les examens de dépistage relevant des dispositions des articles L. 321-1 (6°) et L. 322-3 (16°) du code de la sécurité sociale sont constitués par les mammographies effectuées chez les femmes de 50 à 74 ans. » (174). L'invitation à ces programmes se fait sur la base du numéro de sécurité sociale. Il en résulte que certains hommes trans, non opérés, ayant effectué un changement de mention de genre à l'état civil ne sont pas invités au sein des programmes de dépistage tandis que des hommes trans, opérés mais n'ayant pas effectué de changement à l'état civil le sont. Toutefois, de nouvelles stratégies de communication et d'information ont été mises en place par l'INCa afin d'inclure les personnes trans dans le dépistage du cancer du col de l'utérus. Ces stratégies ont d'abord ciblé les professionnels de santé en 2018 sur le site e-cancer dans la section « réponse à vos questions » : « Les femmes devenues hommes ("female to male") sans chirurgie de réassignation sexuelle ont conservé leur col utérin : elles sont donc concernées par le dépistage du cancer du col de l'utérus.» (175). Mégenrant les hommes trans, cette réponse est la 1ère à énoncer sur le site officiel de L'INCa la nécessité de l'inclusion des hommes trans non opérés au dépistage du cancer du col de l'utérus. Plus récemment, en 2020, l'INCa s'est adressé directement aux hommes trans dans la section du site e-cancer « Êtes-vous concernée par le dépistage du cancer du col de l'utérus ? » en créant un onglet « Je suis trans » qui indique que « Si vous n'avez pas eu recours à l'hystérectomie complète (ablation de l'utérus et du col de l'utérus), le dépistage du cancer du col de l'utérus vous concerne toujours » (176). Restant marginales et approximatives, ces initiatives ouvrent la voie à une démocratisation des connaissances portant sur la santé trans.

4. Problématique et choix de notre étude

La santé sexuelle et reproductive fait partie des soins primaires et la littérature internationale s'accorde pour dire que les personnes transmasculines requièrent un suivi et des soins « gynécologiques » adaptés à leurs besoins (168,177,178).

Cependant, cette spécialité questionne les représentations du corps et des organes définis comme féminins pour des personnes qui s'identifient comme masculines ou non binaires. De plus, les besoins de chaque personne diffèrent, ce qui aboutit à une fluidité, à une variabilité, à une non binarité des transitions et des corps des personnes transmasculines (179,180).

Qui plus est, la plupart des praticiens ne sont pas formés à l'accueil des personnes trans (167), et, à ce jour, il n'existe pas de recommandations officielles concernant la santé sexuelle et reproductive des personnes transmasculines en France. En conséquence, les personnes trans sont susceptibles de subir des discriminations dans l'accès aux soins alors qu'un accueil bienveillant est corrélé à un meilleur suivi (48,181).

Tous ces éléments mènent, comme précédemment décrit aux Etats-Unis (48,182), à l'hypothèse d'un faible accès des personnes transmasculines à la prévention et aux soins de santé sexuelle et reproductive, malgré des besoins clairement identifiés.

A ce jour, il n'y a pas de données publiées sur l'accès aux soins et à la prévention des personnes transmasculines en France et nous ne connaissons pas leurs besoins et leurs attentes. L'objectif de cette étude est donc de décrire l'état actuel de la santé sexuelle et reproductive des personnes transmasculines françaises.

II. ARTICLE

“Gynaecological” primary care, sexual and reproductive health of Trans men and Transmasculine non binary persons, a french descriptive study

Abstract

Introduction : Sexual and reproductive health is a public health issue, however there is no French data on the transmasculine population despite identified needs and a low coverage rate described in the international literature.

Methods : The study “Trans men and Transmasculine nonbinary people use and access to prevention and sexual health care 2022” is a non-interventional, self-administrated, anonymous online survey targeting transmasculine adults living in France. Participants were recruited via social networks, LGBTQIA+ associations, the FPATH and a caregivers network. The objective was to analyze french transmasculine people access to sexual and reproductive health.

Results : 622 surveys were included, the participants were mostly young (25.2 years old), single (77%), students (40%), owners or tenants (73%) and living in large cities (47%). Among them, 77% had a cross-sex hormonal therapy, 41% a thoracic surgery and 6% a pelvic surgery. Only 26% of respondents had an up-to-date follow-up and 40% never had access to a “gynecological” consultation. None of the 6 participants concerned by organized breast cancer screening reported a mammography. Only a quarter of 25-65 year old (26%), concerned by secondary screening for cervical cancer, had at least one cervical test in their lifetime. While two thirds (64%) had an STD screening. Contraceptive coverage was 85% among those in need.

Conclusion: This study highlights the poor access to sexual and reproductive health of transmasculine people in France. It brings to light the urgent need for follow-up within this population, for the intensification of health professionals training and for the development of prevention programs. Other investigations, in particular qualitative, may further explore the issues related to primary gynaecological care of transmasculine persons.

Keywords: transmasculine, transmen, sexual and reproductive health, gynecology

1. Introduction

Despite the identification of specific needs (183), access to health care can still be a burdensome for the transgender population (184). Those difficulties may be even greater considering access to sexual and reproductive health (“gynaecologic” health), for the transmasculine population (167). Indeed, this specialty questions the representation of the body and organs defined as feminine for people who identify as male. Moreover every people needs may differ from one to another because of the fluidity, variability, non-binarity of transmasculine’s people transitions and bodies (168,178–180). Furthermore, most of the practitioners are not trained in welcoming trans people (167) and, to date, there is no official guidelines about transgender sexual and reproductive health in France. Therefore they might experience stigma and discrimination in access to care while an appropriate and benevolent one is correlated to a better follow-up.(48,170,181)

A poor access to sexual and reproductive health have already been described in the United States (48), but a broad analysis of the actual access to sexual and reproductive health, along with the feedbacks towards those care have never been reported. Moreover, there is no published data on the use and access to sexual and reproductive health care and prevention by transgender men in France, that may differ considering the varying health systems.

The aim of this study was then to analyze French transmasculine people access and feedbacks to sexual and reproductive health.

2. Methods

The survey “Trans men and Transmasculine non binary people use and access to prevention and sexual health care 2022” is an online, transversal, anonymous, auto-administrated, without financial incitation, voluntary based study destined to transmasculine people. It took place between January 26th 2022 and June 9th of 2022, through LimeSurvey (GNU GPL, licensed provided by Lyon 1 faculty).

a. Population

Participants were recruited through social network, LGBTQI+, trans-specific associative network and medical network including the French Professional Association for Transgender Health (FPATH). The inclusion criteria for participation were being a self-declared transmasculine person, being 18 years old or older and living in France. Unvalidated surveys were excluded.

b. Ethics

Informed consent was necessary to access the online survey. The latter collected no IP addresses and was declared to the national commission of informatics and freedom (CNIL n°2225017). The study followed the principles of the Helsinki declaration on human rights and ethical standards of research.

c. Questionnaire

Two main objectives were aimed by the study: measure the access to primary “gynaecological” care (proportion of transmasculine people with an up-to-date “gynecological” follow-up, follow-up frequency, feedbacks) and the demands concerning such care (main reasons for consultation about prevention and care, access to fertility preservation and parenthood). The survey was designed for this study by the authors after a first qualitative analysis of 5 interviews with transmasculine persons that identified the survey orientations. This phase underlined the need of an evaluation of the needs and demands along with an analysis of the access to care. The questionnaire was then developed by the authors and re-examined by FPATH professionals and by the Trans & Intersex association RITA, Grenoble.

It was divided into six parts: inclusion criteria, socio-demographic data, personal pathway, use and access to prevention and sexual health care, access to prevention, sexual and reproductive health. Estimated response time was 20 minutes. The studied population was self-determined, over 18, transmasculine people living in France.

d. Statistics

All statistical analyzes were performed using the R software environment (version 4.1.0 released on 2021-05-18, The R Foundation for Statistical Computing).

Descriptive and frequency analyses were used to describe basic characteristics of the sample and the main variables. Quantitative variables are summarized by mean, median and standard deviations. Qualitative variables are summarized by count and percentage. Then univariable analysis took into account the associations between socio-demographic and transition-related factors of the population and gynecological follow-up. The results were analyzed with a Chi2 test, or, if the expected numbers were too low, with a Fisher's exact test. Associations were considered significant if the probability p of the test of comparison was less than 0.05. Missing data (non-response to a question/invalid responses) were taken into account.

3. Results

a. General characteristics

In this study, 968 surveys were submitted and 622 were included for analysis (Figure 1). 339 were excluded for lack of consent (n=140), incomplete survey (n=190) or not meeting inclusion criteria (n=16).

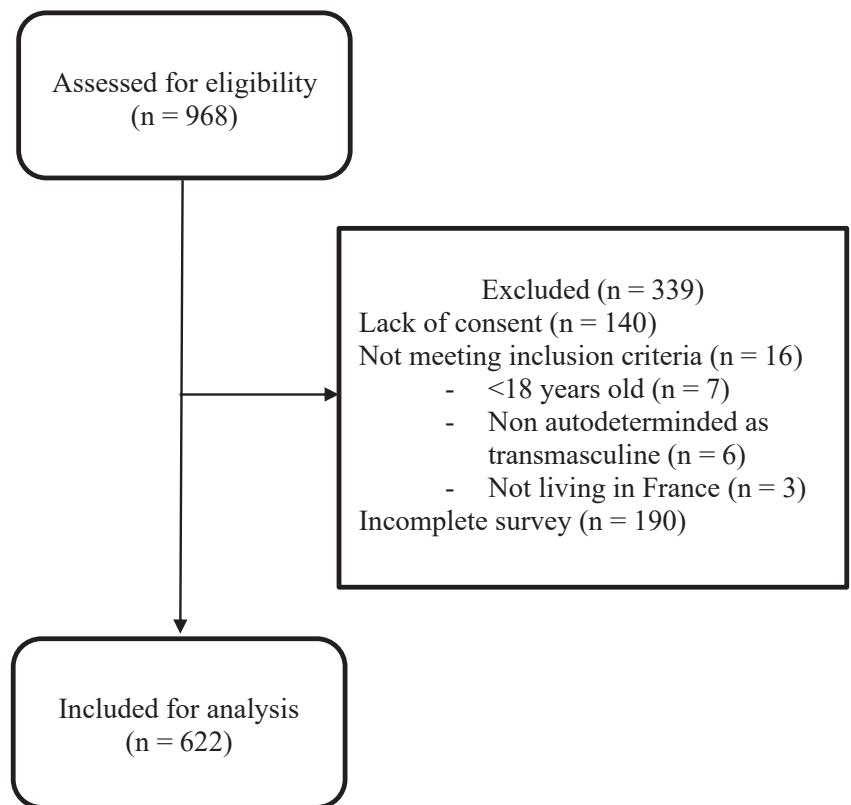


Figure 1. Flowchart

Mean (SD) age was 25.2 (6.6) years old (y/o). Most of the participants were single (77%), whereas 15% were on a concubinage and 6% married or in a civil partnership. They were mostly students (40%), employees (22%) or nonworking (15%) and holders of a long university degree (43%) or high school degree (36%). Responders were predominantly renters or owners (73%), in larges urbans areas (47%), medium urban areas (16%) or crown of a large urban area (15%). A large majority (81%) had their medical insurance covered by social security +/- mutual. In this population, 48% of responders had or were in process to change their gender civil status, the large majority used hormonal replacement therapy (77%), mostly using intramuscular androgens (97% of users), 41% had a torsoplasty and 6% a pelvic surgery (83% had a hysterectomy and 53% an ovariectomy). (Table 1)

Table 1. Population characteristics

	Population (n=629)
Median age, years old (SD)	25.2 (6.6)
Socio-professional category, n (%)	
Student	240 (40)
Farmer	1 (0)
Crafters, merchant, chief executive officers (CEOs)	33 (5)
Executives and higher intellectual professions	44 (7)
Intermediate professions	18 (3)
Employees	137 (22)
Workers	13 (2)
Retired	3 (0)
Non-working	95 (15)
Unanswered	8 (1)
Other	19 (3)
Highest degree, n (%)	
No diploma or certificate	7 (1)
Primary school diploma	35 (6)
Professional qualifications (CAP, BEP) or equivalent	24 (4)
Baccalaureate, professional certificate or equivalent	225 (36)
College diploma (≤ 2 level)	58 (9)
College diploma ($> + 2$ level)	269 (43)
Unanswered	1 (0)
Other	1 (0)
Living environment, n (%)	
Large urban area	292 (47)
Crown of a large urban area	93 (15)
Medium urban area	102 (16)
Small urban area	45 (7)
Isolated municipality - rural area	69 (11)
Unanswered	15 (2)
Other	6 (1)
Housing frame, n (%)	
Homeless / Squat / Truck	10 (2)
With friends / family	147 (23)
Renter / Owner	453 (73)
In a care or social structure	6 (1)
Unanswered	4 (1)
Other	2 (0)
Medical insurance (%)	
Social security +/- mutual	502 (81)
CMU / CMUc / ACS / CSS	99 (16)
AME	0 (0)
None	11 (2)
Unanswered	8 (2)
Other	2 (2)
Family situation, n (%)	
Married / Civil partnership	36 (6)
Concubinage	95 (15)
Single	477 (77)
Unanswered	11 (2)
Other	3 (0)
Gender changed in civil status, n (%)	

Yes - age (DS)	190 (31) – 24.8 (5.9)
No	320 (51)
Ongoing	106 (17)
Unanswered	6 (1)
Other	0 (0)
Hormonal replacement therapy use, n (%)	
Yes - starting age (SD)	476 (77) – 22.7 (5.2)
No	135 (22)
Unanswered	8 (1)
Other	3 (0)
Type of treatment, n (% of users)	
GnRH agonist	6 (1)
Macroprogestogen	12 (3)
Microprogestogen	11 (2)
Intramuscular androgen	463 (97)
Oral Androgen	12 (3)
Percutaneous androgen	16 (3)
Unanswerd	3 (1)
Other	2 (1)
Torsoplasty, n (%)	
Yes – age (SD)	257 (41) – 24.4 (5.4)
No	342 (55)
Unanswered	9 (4)
Pelvic surgery, n (%)	
Yes - age (SD)	36 (6) – 25.3 (4.1)
No	569 (91)
Unanswered	15 (3)
Type of surgery, n (% of operated)	
Phalloplasty	10 (28)
Metoidioplasty	6 (17)
Ovariectomy	19 (53)
Hysterectomy	30 (83)

b. Use and access to primary “gynaecological” care

Most responders (60%, n=373) had at least one sexual and reproductive health consultation in their life. This result was significantly associated in an univariable analysis with the age ($p<0.001$), the socio-professional category ($p<0.001$), and the fact to had a sexual activity ($p<0.01$), a contraception ($p<0.001$) or a pregnancy ($p<0.01$). Among the ones who had a consultation, 44% had it within the year, signifying that 26% of the whole population had an up-to-date “gynaecological” follow-up, 30% between 2 and 3 years and 25% more than 3 years ago (Figure 2). Having an up to date follow-up is significantly associated to consultations comfort level ($p<0.001$), accessibility level ($p=0.013$), civil status ($p<0.001$) and pelvic surgery status ($p<0.001$) but not to the age or the socio-professional category. Most responders, 57% among the ones who had consulted at least once, considered that they hadn’t a follow-up, that consultations were only motivated by a specific issue. Only 14% consulted every year and 17% every 2 to 3 years. Those consultations were realized by gynaecologists (62%), midwives (19%) and general practitioners (GPs) (19%). (Table 2)

Table 2. Sexual and reproductive health care follow up

	Population (n=629)
Gynaecology follow up, n (%)	
Yes	373 (60)
No	245 (39)
Unanswered	4 (1)
Last consultation, n (% among population)	
≤1 year	163 (26)
≤3 years	113 (18)
≥ 3 years	95 (15)
Other	2 (0)
Follow up frequency, n (% among the ones with a consult)	
Every year	54 (14)
Every 2-3 years	63 (17)
> 3 years	36 (10)
No follow up – consultation only if problem	214 (57)
Unanswered	5 (1)
Other	1 (0)
Practitioner, n (% among the responses)	
General practitioner	61 (14)
Gynecologist	269 (62)
Midwife	84 (19)
Other (emergencies, screening center ...)	20 (5)

In the population who had already consulted at least once in “gynecology”, almost the half did so without any problem (47%, n=183), they mostly wanted to access to routine check-up (25%), to contraception (18%) or to sexual transmitted diseases (STDs) and cervical cancer screenings (CCS) (16%) (Table 3). Meanwhile, the half (50%, n=196) consulted for a specific issue, mostly pelvic linked (51% of responses). (Figure 3)

Table 3. Reasons for consultation among population having consulted at least once

	Population (n = 373)
Motivations for consultation, n (% of responses)	
Check-up	183 (47)
Specific problem	196 (50)
Other	10 (3)
Unanswered	19
Motivations for check up, n (% of responses)	
HPV vaccine	17 (5)
CCS	58 (16)
BCS	11 (3)
STD screening	58 (16)
Access to contraception	68 (18)
Fertility preservation	3 (1)
Pregnancy project	4 (1)
Pregnancy or postpartum follow-up	5 (1)
Interrogations about transidentity	22 (6)
Interrogations about sexuality	18 (5)

Access to HIV pre-exposure prophylaxis	6 (2)
Routine check up	93 (25)
Unanswered	1 (0)
Other	5 (1)
Motivations for a specific problem, n (% of responses)	
Pelvic	146 (51)
Thoracic	21 (7)
Sexual	43 (15)
Abortion	8 (3)
STD	27 (9)
Cancer	3 (1)
Menopause	0 (0)
Hormonal replacement therapy	29 (10)
Surgical	4 (1)
Unanswered	1 (0)
Other	5 (2)

During those appointments, prevention measures were sometimes offered by practitioners: contraception (37% of cases), STDs screenings (36%) or CCS (30%) but in 30% of those, none was proposed (Table 4).

Regarding breast cancer secondary prevention (BCS), few had in their life a screening (20%), mostly by a chest palpation (72%). In an univariable analysis, the BCS was only influenced by the age ($p<0.001$) and not by other factors as having a torsoplasty ($p = 0.1$). Meanwhile BCS by mammography is influenced having a torsoplasty ($p<0.01$). The last checkup was for most of them more than 2 years ago (50%). In our cohort, only 6 responses corresponded to BCS targeted population of 50 to 75 y/o, among them, one had a chest surgery and two declared that they never had a BCS, the 3 others did not respond.

Concerning cervical cancer primary prevention, only 36% of responders of 35 y/o or less (who were concerned by the vaccination campaign) were fully vaccinated against HPV. The vaccination is linked to the age ($p<0.01$), the presence of oro-genital ($p<0.01$) and penetrative ($p<0.001$) intercours in an univariable analysis. About secondary prevention, most of the responders never had a screening (65%) while a quarter had at least a CCS in their life (28%), mostly up to date, realized less than 3 years ago (66%). Most of them didn't knew if they had a pap smear or an HPV test (58%), while 27% had a pap smear and 30% an HPV test, practice by the therapist (21%) or by themselves (9%). Within the targeted population, of 25 to 65 y/o, few had at least one CCS in their life (26%), among them, the majority was up to date with a test realized within the last 3 years (60%). Having at least one test is associated to the academic level ($p<0.001$), the housing frame ($p=0.039$), the use of a cross-sex hormonal therapy ($p<0.001$), the pertinence level given to sexual health ($p<0.001$) and the screening suggestion made by the practitioner ($p<0.001$) while being up to date is linked to the consultation comfort level ($p<0.01$).

c. Feedbacks about access to primary “gynaecological” care

Regarding feelings about sexual and reproductive health consultations, participants expressed their low comfort level with three quarter of responses ≤ 5 on a scale from 1 to 10 and a median response [IQR] at 3 [2-5]. Satisfaction level of the consultations was very disparate, the median response [IQR] being 5 [3-7]. Accessibility level was also disparate in the 1 to 10 scale, the median response [IQR] being 4.5 [3-7]. Whereas the pertinence of sexual and reproductive health follow up was expressed with a median response level [IQR] at 7 [4.75-8].

In an univariable analysis, having had at least a consult is linked to a better comfort level ($p<0.001$), accessibility level ($p<0.001$), satisfaction level ($p<0.001$) and to the belief of the pertinence of sexual and reproductive health care ($p<0.001$).

d. Use and access to sexual and reproductive health care.

In this study, a large majority of included participants declared being sexually active (90%). Regarding sexual partners, most of them declared a solitary sexuality (72%), intercourses with partners without pregnancy risk (66%) and with ones presenting pregnancy risk (59%). Sexual behaviors reported were diverse with a sexuality including masturbation (80%), orogenital sexuality (69%), penetrating genital intercourses (63%), non-penetrating ones (46%), anal sex (40%) and use of share sex toys (37%). Sexuality always excluding genitals concerned only 3% of them (Table 5).

Table 5. Sexual behavior

○	Population (n=622)
Sexually active, n (%)	
Yes	559 (90)
No	26 (4)
Unanswered	37 (6)
Partners, n (%)	
Person with potential pregnancy risk	367 (59)
Person without pregnancy risk	409 (66)
Solitary	449 (72)
Unanswered	68 (11)
Intercourse type, n (%)	
Orogenital	430 (69)
Non-penetrating genital intercourse	350 (56)
Penetrating genital intercourse	391 (63)
Anal	247 (40)
Use of shared sex toys	228 (37)
Always excluding genital area	21 (3)
Masturbation	496 (80)
Unanswered	63 (10)
Other	8 (1)

Regarding STDs prevention, most of the persons declared at least one screening in their life (64%). It is linked to the age ($p<0.001$), the sexual activity ($p<0.001$), the family situation ($p<0.001$) and every type of sexual activity except masturbation ($p=0.6$) and the one excluding genitals ($p=0.13$). The tests carried out were mostly serologies (HIV, hepatitis, syphilis) and chlamydia-gonococcus screening at least realized once for 83% of the responders who had a test, i.e. 53% of the whole population. Chlamydia-gonococcus screenings were mostly done by vaginal self-test (35%). For the responders of 25 y/o or less, more than one out of two had at least a chlamydia-gonococcus screening (56%). Concerning primary prevention, HIV pre-exposure was almost never used (3% of the survey's population), it is linked to anal sex ($p<0.001$), use of shared sex-toys ($p<0.001$), penetrative intercourses ($p<0.01$) and intercourses with persons assigned male at birth ($p<0.01$). (Table 6)

Table 6. STDs prevention methods

○	Population (n=622)
STDs screening, n (%)	
Yes	399 (64)
No	186 (30)
Unknown	7 (1)
Unanswered	30 (5)
Screening method, n (% among screened)	
HIV screening	331 (83)
HBV,HCV, syphilis screening	330 (83)
Chlamydia and gonococcus vaginal screening by practitioner	69 (17)
Chlamydia and gonococcus vaginal self test	140 (35)
Chlamydia and gonococcus urinal screening	124 (31)
HPV screening	97 (24)
Unknown	25 (6)
Unanswered	3 (1)
Other	6 (2)
HIV pre-exposure prophylaxis, n (%)	
Yes	19 (3)
No	471 (76)
Unanswered	132 (21)

Results regarding family planning showed a contraception use for almost the half (47%) of the responders. In the population having intercourse with partner.s presenting a pregnancy risk, the majority used a contraception (66%), while some of them declared having sexual behaviors without pregnancy risk (22%) and a few with pregnancy risk (11%). Suppressing the ones declaring no pregnancy risk, the contraception coverage reached 85%. Contraception methods are showed in Figure 4, they are dominated by condoms (69%) and followed by oestrogen-progestogen pills (46%). In this population, some responders also reported the use of an emergency contraception (24%). In the univariable analysis, the contraception use increases with the age ($p<0.01$), the sexual activity with

partner.s presenting pregnancy risk ($p<0.001$) and the absence of pregnancy ($p<0.01$). There is no significant difference concerning the socio-professional category or living environment.

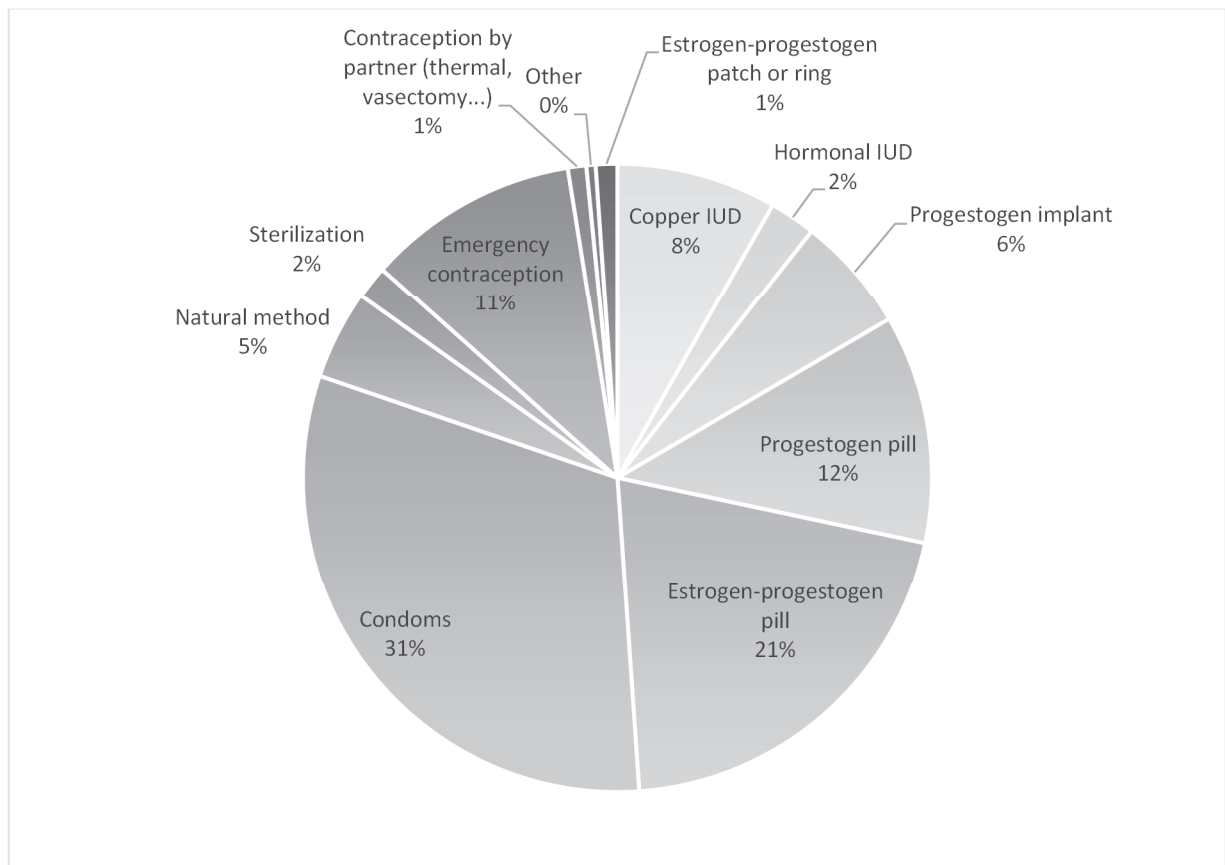


Figure 4. Contraceptive methods among users

In this survey, few responders already had a pregnancy (6%, $n = 36$), most of them only once (64%). Among pregnancies, the majority lead to an abortion (45%) while 32% went to term and 18% to a miscarriage. Concerning fertility preservation, it was mostly unwanted (51% of the responders) and almost never realized (1%). Nearly as much participants expressed a parenthood desire (44%) than the ones who did not (43%). The way to achieve to parenthood among the ones with a parenthood desire was often unknown (45% of the population) meanwhile the majority was willing a pregnancy carried by their partner (46%) or by themselves (24%). (Table 7)

Table 7 reproductive health description

○	Population (n=622)
Pregnancy, n (%)	
Yes	36 (6)
- Once	- 23 (4)
- More than once	- 13 (2)
No	550 (88°)
Unanswered	36 (6)

Pregnancies outcome, n (% among pregnancies)	
Carried to term	14 (32)
Miscarriage	8 (18)
Abortion	20 (45)
Therapeutic abortion	1 (2)
Ongoing	1 (2)
Unanswered	0 (0)
Fertility preservation, n (%)	
Proposed	141 (23)
Mentioned but not proposed	70 (11)
Unmentioned	239 (38)
Realized	4 (1)
Wanted but not realized	67 (11)
Unwanted	319 (51)
Thinking about	5 (1)
Unanswered	53 (9)
Other	7 (1)
Desire for parenthood, n (%)	
Yes	273 (44)
- carried by me	- 65 (10)
- carried by my partner	- 126 (20)
- gestation for others	- 37 (6)
- adoption	- 34 (5)
- thinking about the method	- 123 (20)
No	268 (43)
Unknown	31 (5)
Unanswered	40 (6)
Other	10 (2)

4. Discussion

The present study reported a low “gynecological” follow up rate among French transmasculine people. Indeed, just over a quarter of participants were considered up to date and less than a third declared having a regular check-up, while almost the half never had a consult.

Those results highlight a gap with the French cisgender women population who, being at once really distinct to the transmasculine one, might need the same sexual and reproductive follow up (167,178). The youth health barometer of 2010 shown that during the last year, 52,8% of the 15 to 30 years old cisgender woman had a “gynecological” check-up, twice more than in our survey. Besides, they were also much more likely to have had at least one consultation in their lifetime (91,6% of the 20 to 25 and 98,8% of the 26 to 30). Moreover, in the barometer, among the ones who already consulted, three quarter (75,3%) had their last visit within the year whereas in our study it was less than the half. However, in the two studies, the follow up was mostly done by gynaecologists (58,3 to 80,3% vs 62%) and then by GPs (and also midwives in our study) (185). This low follow up level might be explained, as described in previous qualitative studies, by many factors including the lack of knowledge regarding transmasculine sexual and reproductive health (167), medical transphobia, stigma and discrimination that might be encountered by transgender people during consults (170), the

embarrassment that may be caused by “gynaecological” care for some transmasculine people (173), and by the fact that somatic health issues are often concealed due to the medical psychiatric approach centered on the gender (186).

Regarding the consult’s motivations, our population was more disposed to consult for a specific problem meanwhile, in the literature, the cisfeminine one consulted more for prevention care such as routine check-up or contraception. This result shows the difficulty encountered by transmasculine people to consult for “gynecological” care, doing it mostly in last recourse. Nevertheless, in both populations, motivations to consult for a specific reason were dominated by pelvic issues (187).

Regarding breast cancer secondary prevention, few participants were concerned by the national screening campaign and only three answered to the question giving a non-analyzable screening rate result of 0% while the national participation rate was 48,6% in 2019 (188). Further studies may be designed to analyze specifically this population. BCS in our study weren’t linked to the screening campaign but still to the age and mammographies were associated to thoracic surgery.

About cervical cancer primary prevention, being a transmasculine person do not seem to impact negatively the vaccinal coverage, indeed a little more than a third of the population concerned by the national campaign was fully vaccinated. This result is far to reach the 60% objective of the “French Plan Cancer 2014-2019” but is higher than the 24% of the 2018 estimated vaccinated coverage in girls (189). Moreover, the vaccination schedule has been extended to the whole 11 to 19y/o population in 2021 (190) making gender less important in the vaccination decision.

Regarding cervical cancer secondary prevention, within the targeted population, only a quarter of transmasculine people of our population had at least one screening in their life. This number is really far from the national screening objective (80%) and from the one observed in the cisgender population between 2010 and 2014 (61%) (43). The low screening rate might be explained by the lack of official, ungendered recommendations and knowledge of physicians and trans people about the HPV and the CCS. It might also be negatively influence by the difficulty to encounter safe practitioners and the dysphoria centered on genitals (191). Surprisingly, in our study, the screening rate was more important in the under 25 population, out of any guidelines, reaching almost a third of the responders.

Almost all responders declared having a sexual activity, reporting diverse behaviors rarely excluding genitals. They also declared diverse sexual partners with various gender and solitary sexuality. This result goes against the absence of sexuality stereotype among transmen, but confirm the recent literature data (76).

STDs screenings was the sexual health pole having the more follow-up rate with almost two third of the population declaring at least one test. Those screenings were equally divided between blood tests and chlamydia-gonococcus tests. In the under 25 population, the most at risk (192), a little more than the half had at least a test. While, in the cisgender women population, targeted by the national campaign, 13,6% had a screening in 2021.(193). Those data are not comparable, not being in the same time scale, but they still show a substantial screening rate in our population.

In our study, the persons concerned had an acceptable contraception coverage, almost reaching the one described in the french ciswomen population in 2016 (92%). And, unlike the barometer's data, in the analysis, we didn't acknowledge a significative difference linked to social status or living environment. Contraception methods between these two groups are led by pills (37% vs 33,2%), they are followed by condoms in our group (36% vs 15,5%) and by IUD in the cisgender one (12% vs 25,6%) resulting in a lower contraception effectiveness. Indeed, condoms are TIER 3 while IUD are TIER 1.(194,195) Among the pills, oestrogen-progestogen ones are overrepresented, this result goes in contradiction with the literature saying that those pills are little used by transmasculine people due to oestrogens (40). The under representation of IUD was expected, it might be explained by the invasiveness of the insertion.(45). Moreover, a quarter of responders also reported the use of an emergency contraception, in the 2016 barometer, 6,2% of the cisgender women interrogated declared at least one use during the year (196).

Transmasculine people are equally susceptible as the cisgender ones to have a parenthood desire (158–160). In our study, almost the half of the population expressed a parenthood desire, among them, one out of two want it to be carried by their partner while a quarter declared wanted to carry the pregnancy and almost the half not knowing yet how to achieve it. A quarter of them are also interested by GPA or adoption, this last result was not included in the questionnaire propositions and might have been underestimated. In our population almost a tenth had a pregnancy, a third of them more than once. Most had an abortion or a miscarriage while a bit more than the third carried pregnancy to term. Regarding the whole population, transmasculine people are less at risk to have an abortion with less than 1 out of 20 of our responders who declared having had an abortion for 2 out of 5 cisgender woman (197). Meanwhile, our result presents an overrepresentation of abortions among pregnancies for transmasculine people, the ratio being 3 out 10 in France in 2019 (125). It might be partially linked to the poor access to sexual and reproductive health in our population, reducing the chances to obtain an efficient contraception.

Fertility preservation was offered in only a quarter and not mentioned by therapists in more than a third of the cases. It was almost never realized, even when it was wanted. As described in the international literature, this low rate might be explained by the procedure heaviness including oestrogenic treatments (106). It might also be caused by the current absence of possible use of the

gametes after a civil change status. This ban having been confirmed by the State Council in 2022 after the revision of the bioethical law.

As regards of feedbacks, transmasculine people expressed their knowledge of the pertinence of sexual and reproductive health follow up but they also reported a low comfort level about those consults. Meanwhile, consultations levels of satisfaction and accessibility were very scattered among the responders. All those parameters seem to improve when the responder had a consult. This improvement might be linked to personal interest and knowledge regarding sexual and reproductive health, but it also might show that the fear linked to “gynaecological” care might be subdued after a first consult, reinforcing the importance of an adapted and benevolent attention to achieve a better follow up among transmasculine people.

The results reported herein may have been affected by several limitations. The questionnaire distribution via the internet may have restrain our sample of older transmasculine persons, even if we used multiple distribution channels to increase the profile diversity in terms of ages, socio-economic levels, residence place and transitioning pathways. Our population is indeed very young, leading to some difficulties to analyze aspects as BCS. The quantitative retrospective design of the study produced results that reflect the current follow-up state but do not provide access to its causes, and information collected might be subject to recall bias. Despite guaranteeing complete anonymity, some of our questions were very intimate and social barriers and modesty might have influenced the answers. Questions relatives to sexuality were indeed the less answered in the study.

Notwithstanding those limitations, this first quantitative study describing specifically French transmasculine people sexual and reproductive health demonstrated strengths and contributed significantly to the knowledge in this understudied population. We reported a very large sample of transmasculine persons, also illustrating the interest of the population. The questionnaire used was developed after a qualitative phase and with the implication of specialized health professionals and an association of the concerned population, attempting to explore the needs and demands along with an analysis of the access to care.

5. Conclusion

These results highlight the low access to sexual and reproductive health among transmen and nonbinary transmasculine people. They should alert primary care professionals about the urgent need of follow-up in this population and might also have important implications to develop professionals’ education and promote prevention programs targeting the transgender population. They should also be completed by further studies, such the FOREST one (a qualitative study exploring health and sexuality of French transmasculine individuals which is currently in progress) (198), to understand the stakes related to this health domain and highlight follow up motivations and obstacles.

III.DISCUSSION

Cette étude fait preuve du faible taux de suivi des personnes transmasculines françaises en santé sexuelle et reproductive. En effet, seul un quart des participants est considéré comme présentant un suivi à jour, moins d'un tiers a déclaré avoir un suivi régulier et presque la moitié n'a jamais eu de consultation de « gynécologie ».

1. Forces de l'étude

Cette première étude quantitative créée spécifiquement pour décrire la santé sexuelle et reproductive des personnes transmasculines en France présente des forces et contribue significativement à l'approfondissement des connaissances concernant les soins primaires de cette population sous étudiée. En effet, nous avons atteint une large population avec un nombre important de réponses, le plus élevé en France concernant la population transmasculine. Ce résultat fait part de la légitimité de cette étude et de l'intérêt majeur porté à cette question par les personnes concernées. De plus, le questionnaire utilisé a été développé après une première étude qualitative, avec l'implication de professionnel.le.s de santé spécialistes du sujet et de l'association trans RITA dans le but d'explorer l'accès au soin mais aussi le ressenti par rapport à ces consultations.

2. Limites de l'étude

Les résultats de notre étude ont été affectés par plusieurs limites. Tout d'abord, la diffusion via internet du questionnaire peut avoir restreint son accès à certaines personnes, notamment les plus âgées, même si nous avons utilisé de multiples canaux de diffusions pour augmenter la diversité en terme d'âges, de lieux de vie, de niveaux socio-économiques et de schémas de transition. Malgré ces mesures, les participants étaient majoritairement jeunes, rendant difficile l'analyse des mesures concernant la prévention secondaire du cancer du sein. Par ailleurs, cette étude est quantitative et rétrospective, elle reflète l'état du suivi actuel mais ne peut pas donner accès aux facteurs l'influençant et elle est sujette à un biais de mémorisation. Enfin, certaines questions touchaient à l'intime et, malgré un anonymat garanti, elles ont pu être influencées par de la gêne et des barrières sociales. En effet, les questions relatives à la sexualité ont eu le taux de non réponse le plus élevé de l'étude.

3. Recours et accès à la prévention et aux soins de santé sexuelle et reproductive

a. Le suivi

Le taux de suivi retrouvé dans cette étude montre un écart avec la population de femme cis. Population qui, étant à la fois distincte de la population transmasculine, peut nécessiter un suivi similaire en terme de santé sexuelle et reproductive (167,178). Dans ces deux populations, le suivi est majoritairement réalisé par des gynécologues puis par des médecins généralistes ou sage-femmes (187).

Le baromètre santé 2010 (185) rapporte un suivi « gynécologique » dans l'année de 52,8% au sein de la population de femmes cis âgées de 15 à 30 ans, soit deux fois plus que dans notre étude. Elles étaient également plus susceptibles d'avoir eu au moins une consultation au cours de leur vie (91,6% de 20 à 25ans et 98,8% de 25 à 30ans). Pour celles ayant déjà consulté, elles étaient plus à jour dans leur suivi que les personnes transmasculines, les trois quart ayant eu une consultation dans l'année. Une autre étude observationnelle de 2020 rapporte quant à elle un suivi régulier déclaré de 87% chez les jeunes filles de 15 à 25ans (187).

Concernant les motifs de consultations, notre population était plus encline à consulter dans le cadre d'un problème spécifique alors que les études menées en population cis retrouvaient des motifs de consultation majoritairement en lien avec des mesures de prévention telles que la contraception ou un contrôle de routine (187,199). Ces résultats mettent en lumière la difficulté des personnes transmasculines à consulter en « gynécologie », le faisant qu'en dernier recours. En cas de consultation pour une raison spécifique, les motifs retrouvés étaient similaires dans les deux populations. Ils étaient dominés par des problèmes pelviens, notamment liés aux menstruations ou aux infections (187).

Ce faible taux de suivi peut être expliqué par différents facteurs décrits dans des études qualitatives dont le faible niveau de connaissances concernant la santé sexuelle et reproductive des personnes trans (167), la transphobie médicale, les stigmas et discriminations trop souvent rencontrés dans les structures de soin (170), la gêne et la peur que peuvent engendrer des soins « gynécologiques » pour certaines personnes transmasculines (173) ainsi que l'approche médicale centrée sur le versant psychiatrique qui a tendance à occulter les problématiques de santé somatique (186). Ceci résonne avec le suivi des populations présentant une affection chronique qui, malgré un accès régulier au monde médical, présentent un moindre recours au dépistage « gynécologique » (200).

b. Prévention du cancer du sein

Concernant la prévention secondaire du cancer du sein, très peu de participants à notre étude étaient âgés de 50 à 74ans et étaient concernés par les mesures de dépistage organisé. Seuls 3 ont répondu à la question donnant un taux de participation peu analysable de 0%. En 2019, le taux de participation dans la population cis était de 48,6% pour un objectif fixé à 65% par le plan cancer (188). De nouvelles études pourraient être conçues pour étudier plus spécifiquement cette population. Du fait de ce faible taux de participation, la prévention secondaire du cancer du sein n'est pas liée au dépistage organisé, elle est toutefois corrélée à l'âge et la réalisation de mammographies est associée à la réalisation d'une chirurgie thoracique.

c. Prévention du cancer du col de l'utérus

Concernant la prévention primaire du cancer du col de l'utérus, la transmasculinité ne semble pas impacter négativement la couverture vaccinale. En effet, un peu plus d'un tiers de notre population présentait un schéma vaccinal complet. Ce résultat est loin d'atteindre l'objectif de 60% du plan cancer 2014-2019 mais il dépasse le taux estimé dans la population cis féminine en 2018 de 24% (189). De plus, les recommandations de vaccination ont été étendues à toute la population de 11 à 19ans en 2021, rendant la décision vaccinale moins en lien avec le genre.

Concernant la prévention secondaire, au sein de la population cible de 25 à 65ans, seul un quart des participants a bénéficié d'au moins un acte de dépistage au cours de sa vie. Ce résultat est loin d'atteindre l'objectif national de 80% et celui retrouvé en population cis entre 2010 et 2014 de 61% (43). Le faible taux de dépistage pourrait être expliqué par l'absence de recommandations officielles non genrées, le manque de connaissances des professionnels et la difficulté de trouver des praticien.ne.s « safe ». Il pourrait également être négativement impacté par la dysphorie centrée sur les organes génitaux (191). De plus, de manière surprenante, dans notre étude, le taux de dépistage était plus élevé dans la population des moins de 25ans, atteignant un tiers des réponses, hors de toute recommandations.

d. Sexualité

Au sein de notre étude, quasi tous les participants ont déclaré avoir une sexualité active. Ils ont rapporté des pratiques sexuelles diverses, un nombre très faible excluant les organes génitaux. Ils ont aussi fait part de partenaires de genres divers et de sexualité solitaire. Ces résultats vont à l'encontre des stéréotypes considérant que les personnes transmasculines n'ont pas de sexualité, ou que celle-ci exclue systématiquement les organes génitaux et confirment les données récentes de la littérature (81).

e. Infections sexuellement transmissibles

Le dépistage des IST est le pôle de santé sexuelle et reproductive présentant le plus grand accès avec près de deux tiers des participants ayant eu au moins un test au cours de leur vie. Le dépistage était divisé de façon équitable entre les sérologies (VIH, hépatites) et la PCR Chlamydia-gonocoque. Dans la population des moins de 25ans, la plus à risque (193), plus de la moitié a déjà bénéficié d'un dépistage. Au sein de la population de femmes cis de moins de 25ans, 13,6% ont eu un dépistage en 2021 (193). Ces données ne sont pas comparables, n'étant pas sur la même échelle de temps, elles témoignent toutefois d'un taux substantiel de dépistage dans la population transmasculine.

f. Contraception

Dans notre panel, les personnes concernées avaient un taux de couverture contraceptive proche de celui des femmes cis françaises (92%) décrit en 2016 dans le baromètre santé. Cependant contrairement à ce qui avait été décrit dans le baromètre, l'analyse univariée n'a pas retrouvé de lien

entre l'utilisation d'une contraception et le statut social ou le lieu de vie. Dans les deux études, les pilules étaient les plus utilisées, elles étaient suivies dans notre population par les préservatifs et par les stérilets chez les femmes cis. Ce résultat traduit d'une contraception moins efficace, déjà décrite dans la littérature, de la population transmasculine (78). En effet, les préservatifs sont classés TIER 3 tandis que les stérilets sont TIER 1 (194,195). Au sein des pilules, les œstro-progestatives étaient surreprésentées, contredisant les données de la littérature qui décrivent une faible utilisation de ces pilules par les personnes transmasculines du fait de leur teneur en œstrogènes (40). Cette différence pourrait être due à un moindre rejet des œstrogènes par notre population ou à un défaut de considération des spécificités trans de la part des professionnels prescripteurs. La sous représentation des stérilets était quant à elle attendue, elle peut être expliquée par le caractère invasif de la pose (45).

D'autre part, un quart des participants à l'étude ont rapporté l'utilisation d'une contraception d'urgence. Dans le baromètre 2016, 6,2% des femmes cis interrogées avaient également déclaré la prise d'une contraception d'urgence (196). Ces données n'étant pas sur la même échelle de temps ne sont pas comparables.

g. Santé reproductive

La littérature décrit que les personnes transmasculines sont tout autant susceptibles d'avoir un désir de parentalité que les personnes cis (158–160). Dans notre étude, environ la moitié des participants a décrit un désir de parentalité. Parmi eux, un sur deux envisageait une grossesse portée par leur partenaire, un quart désirait la porter eux-mêmes et environ la moitié questionnait les moyens pour y accéder. Un quart se déclarait également intéressé par la GPA ou par l'adoption, ce dernier résultat n'était pas dans les propositions de réponse et peut avoir été sous-estimé.

Dans notre population, environ un dixième des répondants a eu une grossesse. Un tiers d'entre eux en a eu plusieurs. Près de la moitié ont eu recours à un avortement tandis qu'un tiers ont mené la grossesse à terme. En ce qui concerne l'intégralité de la population, les personnes transmasculines sont moins à risque d'avoir recours à un avortement ($<1/20$) que les femmes cis ($2/5$) (197). Cependant, nos résultats présentent une surreprésentation des avortements parmi les grossesses en comparaison avec la population de femmes cis ($3/10$ en 2019) (125). Ce résultat pourrait être en partie lié au faible accès aux consultations de santé sexuelle et reproductive, réduisant les chances d'obtenir une contraception efficace.

L'accès à la préservation de fertilité a été offert à seulement un quart de notre population tandis qu'il n'a pas été mentionné dans plus d'un tiers des cas. De plus, même lorsque la préservation était désirée, elle n'était quasiment jamais réalisée. Des taux similaires sont décrits dans la littérature, ils sont expliqués par la lourdeur des procédures nécessitant l'arrêt de l'hormonothérapie et l'utilisation de traitement augmentant l'imprégnation oestrogénique (106). En France, la faible préservation de

fertilité peut aussi être due à l'absence de réutilisation possible des gamètes lorsqu'un changement de mention de genre a été effectué à l'état civil. Cette exclusion a été confirmée par le Conseil d'Etat en 2022 à la suite de la révision de la loi de bioéthique.

h. Retours sur la santé sexuelle et reproductive

Concernant la santé sexuelle et reproductive, les personnes transmasculines ont exprimé la pertinence d'une prise en charge mais ils ont aussi fait part d'un faible niveau de confort concernant ces consultations. Les taux de satisfaction et l'accessibilité au soin présentaient une grande diversité interpersonnelle. Dans l'analyse univariée, l'ensemble de ces paramètres étaient améliorés par le fait d'avoir déjà eu au moins une consultation. Cette amélioration pourrait être liée à un intérêt personnel concernant les soins en santé sexuelle et reproductive mais elle peut aussi montrer que la crainte liée à ces soins peut être atténuée. Ce résultat témoigne de l'importance de soins bienveillants et adaptés afin d'atteindre un meilleur niveau de suivi dans la population transmasculine.

IV. CONCLUSION

La santé sexuelle et reproductive est un enjeu de santé publique incluant des mesures de prévention primaire et secondaire (planification familiale, dépistages) ainsi que la prise en charge de pathologies exprimées. Son importance envers les personnes trans a été soulignée dans la stratégie nationale de santé sexuelle dont l'agenda politique porte sur 2017-2030.

La littérature internationale témoigne d'un faible suivi « gynécologique » des personnes transmasculines. Toutefois, il n'existait pas de données en population française. Nous avons donc mené une étude quantitative afin d'analyser la santé sexuelle et reproductive des personnes transmasculines en France : « Trans men and Transmasculine non binary people use and access to prevention and sexual health care 2022 ».

Les résultats portant sur l'analyse de plus de 600 questionnaires autoadministrés concordent avec la littérature et mettent en lumière la faible accessibilité à la santé sexuelle et reproductive des personnes transmasculines en France. Ils témoignent d'une adhérence minimale aux programmes de dépistage malgré des besoins identifiés et exprimés ; les consultations étant majoritairement motivées par la présence de pathologies patentes. De plus, ils décrivent un fort niveau d'inconfort en lien avec ce type de consultations.

Les inégalités de recours aux soins pouvant entraîner des inégalités de pronostic, nos résultats doivent alerter sur le besoin urgent de suivi au sein de cette population. Ils doivent également être à l'origine d'une intensification de la recherche, de la formation des professionnels de santé et du développement de programmes de prévention inclusifs.

V. BIBLIOGRAPHIE

1. Lexique_trans.pdf [Internet]. [cited 2021 Jan 23]. Available from: https://documentation.planning-familial.org/GED_SKH/198881391606/Lexique_trans.pdf
2. Lexique – OUtans – Association féministe d'autosupport trans à Paris [Internet]. [cited 2022 Aug 25]. Available from: <https://outans.org/ressources/lexique-outansien/>
3. Deutsch MB. Making It Count: Improving Estimates of the Size of Transgender and Gender Nonconforming Populations. *LGBT Health*. 2016 Jun 1;3(3):181–5.
4. fiche_respect_des_droits_trans_dilcrah.pdf [Internet]. [cited 2022 Jul 6]. Available from: https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2019/11/fiche_respect_des_droits_trans_dilcrah.pdf
5. Haute Autorité de Santé - Sexe, genre et santé - Rapport d'analyse prospective 2020 [Internet]. [cited 2022 Aug 25]. Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3223570/fr/sexe-genre-et-sante-rapport-d-analyse-prospective-2020
6. Winter S, Diamond M, Green J, Karasic D, Reed T, Whittle S, et al. Transgender people: health at the margins of society. *Lancet Lond Engl*. 2016 Jul 23;388(10042):390–400.
7. rapport_transsexualisme.pdf [Internet]. [cited 2021 Oct 25]. Available from: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-12/rapport_transsexualisme.pdf
8. Suivi gynécologique et obstétrical - FNCGM [Internet]. [cited 2021 Nov 22]. Available from: <https://fncgm.com/nos-specificites/suivi-gynecologique-et-obstetrical.html>
9. Khalifa MA, Toyama A, Klein ME, Santiago V. Histologic Features of Hysterectomy Specimens From Female-Male Transgender Individuals. *Int J Gynecol Pathol Off J Int Soc Gynecol Pathol*. 2019 Nov;38(6):520–7.
10. Grynberg M, Fanchin R, Dubost G, Colau JC, Brémont-Weil C, Frydman R, 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.
11. Asseler JD, Caanen MR, Verhoeven MO, Huirne JAF, Goddijn M, van Dulmen-den Broeder E, et al. Endometrial thickness assessed by transvaginal ultrasound in transmasculine people taking testosterone compared with cisgender women. *Reprod Biomed Online*. 2022 Jun 22;S1472-6483(22)00425-4.
12. Lin LH, Hernandez A, Marcus A, Deng FM, Adler E. Histologic Findings in Gynecologic Tissue From Transmasculine Individuals Undergoing Gender-Affirming Surgery. *Arch Pathol Lab Med*. 2022 Jun 1;146(6):742–8.
13. Loverro G, Resta L, Dellino M, Edoardo DN, Cascarano MA, Loverro M, et al. Uterine and ovarian changes during testosterone administration in young female-to-male transsexuals. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2016 Oct;55(5):686–91.
14. Grimstad FW, Fowler KG, New EP, Ferrando CA, Pollard RR, Chapman G, et al. Uterine pathology in transmasculine persons on testosterone: a retrospective multicenter case series. *Am J Obstet Gynecol*. 2019 Mar;220(3):257.e1–257.e7.
15. Grimstad FW, Fowler KG, New EP, Ferrando CA, Pollard RR, Chapman G, et al. Ovarian Histopathology in Transmasculine Persons on Testosterone: A Multicenter Case Series. *J Sex Med*. 2020 Sep;17(9):1807–18.
16. Spinder T, Spijkstra JJ, van den Tweel JG, Burger CW, van Kessel H, Hompes PG, et al. The effects of long term testosterone administration on pulsatile luteinizing hormone secretion and on ovarian histology in eugonadal female to male transsexual subjects. *J Clin Endocrinol Metab*. 1989 Jul;69(1):151–7.
17. Carswell JM, Roberts SA. Induction and Maintenance of Amenorrhea in Transmasculine and Nonbinary Adolescents. *Transgender Health*. 2017;2(1):195–201.
18. van Trotsenburg M. Gynecological Aspects of Transgender Healthcare. *Int J Transgenderism*. 2009 Nov 30;11:238–46.
19. Forsberg JG. A morphologist's approach to the vagina — age-related changes and estrogen sensitivity. *Maturitas*. 1995 Dec 1;22:S7–15.
20. Mendling W. Vaginal Microbiota. *Adv Exp Med Biol*. 2016;902:83–93.
21. Winston McPherson G, Long T, Salipante SJ, Rongitsch JA, Hoffman NG, Stephens K, et al. The Vaginal Microbiome of Transgender Men. *Clin Chem*. 2019 Jan;65(1):199–207.
22. Traish AM, Kim SW, Stankovic M, Goldstein I, Kim NN. Testosterone increases blood flow and expression of androgen and estrogen receptors in the rat vagina. *J Sex Med*. 2007 May;4(3):609–19.
23. Management of symptomatic vulvovaginal atrophy: 2013 position statement of The North American Menopause Society. *Menopause N Y N*. 2013 Sep;20(9):888–902; quiz 903–4.
24. Gandhi J, Chen A, Dagur G, Suh Y, Smith N, Cali B, et al. Genitourinary syndrome of menopause: an overview of clinical manifestations, pathophysiology, etiology, evaluation, and management. *Am J Obstet Gynecol*. 2016 Dec;215(6):704–11.
25. Torous VF, Schnitt SJ. Histopathologic findings in breast surgical specimens from patients undergoing female-to-male gender reassignment surgery. *Mod Pathol Off J U S Can Acad Pathol Inc*. 2019 Mar;32(3):346–53.
26. Baker GM, Guzman-Arocho YD, Bret-Mounet VC, Torous VF, Schnitt SJ, Tobias AM, et al. Testosterone therapy and breast histopathological features in transgender individuals. *Mod Pathol Off J U S Can Acad Pathol Inc*. 2020 Sep 16;
27. Hernandez A, Schwartz CJ, Warfield D, Thomas KM, Bluebond-Langner R, Ozerdem U, et al. Pathologic Evaluation of Breast Tissue From Transmasculine Individuals Undergoing Gender-Affirming Chest Masculinization. *Arch Pathol Lab Med*. 2019 Dec 9;
28. Le cancer du col de l'utérus : points clés - Cancer du col de l'utérus [Internet]. [cited 2021 Aug 13]. Available from: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-col-de-l-uterus/Points-cles>
29. Labanca T, Mañero I, Pannunzio M. Transgender patients: considerations for routine gynecologic care and cancer screening. *Int J Gynecol Cancer [Internet]*. 2020 Dec 1 [cited 2020 Dec 16];30(12). Available from: <https://ijgc.bmj.com/content/30/12/1990>
30. Stewart T, Lee YA, Damiano EA. Do Transgender and Gender Diverse Individuals Receive Adequate Gynecologic Care? An Analysis of a Rural Academic Center. *Transgender Health*. 2020 Mar 1;5(1):50–8.
31. Sehnal B, Rozsypal H, Nipčová M, Sláma J. [The prevalence, incidence, persistence and transmission ways of human papillomavirus infection (HPV)]. *Epidemiol Mikrobiol Imunol Cas Spolecnosti Epidemiol Mikrobiol Ceske Lek Spolecnosti JE Purkyne*. 2017 Fall;66(4):198–209.
32. Modes de transmission des HPV [Internet]. Santé.fr. 2016 [cited 2021 Jan 10]. Available from: <https://sante.fr/modes-de-transmission-des-hpv-0>

33. El-Zein M, Coutlée F, Tellier PP, Roger M, Franco EL, Burchell AN, et al. Human Papillomavirus Infection and Transmission Among Couples Through Heterosexual Activity (HITCH) Cohort Study: Protocol Describing Design, Methods, and Research Goals. *JMIR Res Protoc*. 2019 Jan 16;8(1):e11284.
34. Kero K, Rautava J. HPV Infections in Heterosexual Couples: Mechanisms and Covariates of Virus Transmission. *Acta Cytol*. 2019;63(2):143–7.
35. Simitsidellis I, Esnal-Zuffiaure A, Kelepouri O, O'Flaherty E, Gibson DA, Saunders PTK. Selective androgen receptor modulators (SARMs) have specific impacts on the mouse uterus. *J Endocrinol*. 2019 Sep;242(3):227–39.
36. Graham SV. The human papillomavirus replication cycle, and its links to cancer progression: a comprehensive review. *Clin Sci Lond Engl* 1979. 2017 Sep 1;131(17):2201–21.
37. Dépistage du cancer du col de l'utérus : le test HPV-HR recommandé chez les femmes de plus de 30 ans [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cited 2021 Jan 17]. Available from: 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
38. Braun H, Nash R, Tangpricha V, Brockman J, Ward K, Goodman M. Cancer in Transgender People: Evidence and Methodological Considerations. *Epidemiol Rev*. 2017 Jan 1;39(1):93–107.
39. de Blok CJM, Dreijerink KMA, den Heijer M. Cancer Risk in Transgender People. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2019 Jun;48(2):441–52.
40. Schwartz AR, Russell K, Gray BA. Approaches to Vaginal Bleeding and Contraceptive Counseling in Transgender and Gender Nonbinary Patients. *Obstet Gynecol*. 2019 Jul;134(1):81–90.
41. Dhillon N, Oliffe JL, Kelly MT, Krist J. Bridging Barriers to Cervical Cancer Screening in Transgender Men: A Scoping Review. *Am J Mens Health*. 2020 Jun;14(3):1557988320925691.
42. Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. [cited 2021 Nov 22]. Available from: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2017/2-3/2017_2-3_1.html
43. Inca. Institut National du Cancer - Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus [Internet]. INCA. [cited 2021 Nov 23]. Available from: <https://depistagecoluterus.e-cancer.fr/>
44. P M, C P, G A, S L, C D, S N, et al. [Is it necessary to make screening pap smears after hysterectomy?] [Internet]. Vol. 31, *Gynecologie, obstetrique & fertilité. Gynecol Obstet Fertil*; 2003 [cited 2020 Dec 16]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14563606/>
45. Hodax JK, Wagner J, Sackett-Taylor AC, Rafferty J, Forcier M. Medical Options for Care of Gender Diverse and Transgender Youth. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2020 Feb;33(1):3–9.
46. Agénor M, Cottrill AA, Kay E, Janiak E, Gordon AR, Potter J. Contraceptive Beliefs, Decision Making and Care Experiences Among Transmasculine Young Adults: A Qualitative Analysis. *Perspect Sex Reprod Health*. 2020 Mar;52(1):7–14.
47. 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. *GBT Health*. 2017 Aug;4(4):252–9.
48. James S, Herman J, Rankin S, Keisling M, Mottet L, Anafi M. The Report of the 2015 U.S. Transgender Survey. 2016 [cited 2021 Feb 10]; Available from: <https://ncvc.dspacedirect.org/handle/20.500.11990/1299>
49. Potter J, Peitzmeier SM, Bernstein I, Reisner SL, Alizaga NM, Agénor M, et al. Cervical Cancer Screening for Patients on the Female-to-Male Spectrum: a Narrative Review and Guide for Clinicians. *J Gen Intern Med*. 2015 Dec;30(12):1857–64.
50. Patel JM, Dolitsky S, Bachman GA, Buckley de Meritens A. Gynecologic cancer screening in the transgender male population and its current challenges. *Maturitas*. 2019 Nov;129:40–4.
51. Cuzick J. Human papillomavirus testing for primary cervical cancer screening. *JAMA*. 2000 Jan 5;283(1):108–9.
52. 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*. 2020 Mar 1;5(1):10–7.
53. Reisner SL, Deutsch MB, Peitzmeier SM, White Hughto JM, Cavanaugh T, Pardee DJ, et al. Comparing self- and provider-collected swabbing for HPV DNA testing in female-to-male transgender adult patients: a mixed-methods biobehavioral study protocol. *BMC Infect Dis*. 2017 Jun 23;17(1):444.
54. 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.
55. Wright TC, Denny L, Kuhn L, Pollack A, Lorincz A. HPV DNA testing of self-collected vaginal samples compared with cytologic screening to detect cervical cancer. *JAMA*. 2000 Jan 5;283(1):81–6.
56. 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*. 2018 Jun;29(3):281–7.
57. Le cancer du sein : points clés - Cancer du sein [Internet]. [cited 2022 Jul 7]. Available from: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Les-points-cles>
58. Stone JP, Hartley RL, Temple-Oberle C. Breast cancer in transgender patients: A systematic review. Part 2: Female to Male. *Eur J Surg Oncol J Eur Soc Surg Oncol Br Assoc Surg Oncol*. 2018 Oct;44(10):1463–8.
59. Nikolić D, Granić M, Ivanović N, Zdravković D, Nikolić A, Stanimirović V, et al. Breast cancer and its impact in male transsexuals. *Breast Cancer Res Treat*. 2018 Oct;171(3):565–9.
60. 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*. 2019 May 14;365:11652.
61. Katayama Y, Motoki T, Watanabe S, Miho S, Kimata Y, Matsuoka J, et al. A very rare case of breast cancer in a female-to-male transsexual. *Breast Cancer Tokyo Jpn*. 2016 Nov;23(6):939–44.
62. Lauby-Secretan B, Scoccianti C, Loomis D, Benbrahim-Tallaa L, Bouvard V, Bianchini F, et al. Breast-cancer screening--viewpoint of the IARC Working Group. *N Engl J Med*. 2015 Jun 11;372(24):2353–8.
63. Fledderus AC, Gout HA, Ogilvie AC, van Loenen DKG. Breast malignancy in female-to-male transsexuals: systematic review, case report, and recommendations for screening. *Breast Edinb Scotl*. 2020 Oct;53:92–100.
64. Callander D, Cook T, Read P, Hellard ME, Fairley CK, Kaldor JM, et al. Sexually transmissible infections among transgender men and women attending Australian sexual health clinics. *Med J Aust*. 2019 Nov;211(9):406–11.

65. SPF. Enquête nationale de prévalence de l'infection à Chlamydia trachomatis (volet NatChla de l'enquête CSF 2006). À quelles personnes proposer un dépistage ? [Internet]. [cited 2021 Nov 22]. Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/chlamydiae/enquete-nationale-de-prevalence-de-l-infection-a-chlamydia-trachomatis-volet-natchla-de-l-enquete-csf-2006--a-quelles-personnes-proposer-un-depis>
66. IST : la HAS recommande un dépistage systématique de l'infection à Chlamydia trachomatis chez les jeunes femmes [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cited 2021 Feb 25]. Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2879454/fr/ist-la-has-recommande-un-depistage-systematique-de-l-infection-a-chlamydia-trachomatis-chez-les-jeunes-femmes
67. Pitasi MA, Kerani RP, Kohn R, Murphy RD, Pathela P, Schumacher CM, et al. Chlamydia, Gonorrhea, and Human Immunodeficiency Virus Infection Among Transgender Women and Transgender Men Attending Clinics that Provide Sexually Transmitted Disease Services in Six US Cities: Results From the Sexually Transmitted Disease Surveillance Network. *Sex Transm Dis*. 2019 Feb;46(2):112–7.
68. Prévenir les infections à Chlamydia : dépistage et préservatif [Internet]. [cited 2021 Oct 25]. Available from: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/infection-chlamydia/prevention-depistage-preservatif>
69. La Prep : Deux modes d'emploi [Internet]. vih.org. [cited 2022 Aug 23]. Available from: <https://vih.org/20151124/la-prep-deux-modes-demploi/>
70. La PrEP, mode d'emploi [Internet]. Sidaction. [cited 2022 Aug 23]. Available from: <https://www.sidaction.org/actualites/la-prep-mode-demploi-572>
71. 8 questions sur la PrEP pour les gars [Internet]. CATIE - La source canadienne de renseignements sur le VIH et l'hépatite C. 2021 [cited 2022 Aug 23]. Available from: <https://www.catie.ca/fr/client-publication/8-questions-sur-la-prep-pour-les-gars>
72. Infection VIH – La prophylaxie préexposition avec Truvada® [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cited 2022 Aug 23]. Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974267/fr/infection-vih-la-prophylaxie-preexposition-avec-truvada
73. Golub SA, Fikslin RA, Starbuck L, Klein A. High Rates of PrEP Eligibility but Low Rates of PrEP Access Among a National Sample of Transmasculine Individuals. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1999. 2019 Sep 1;82(1):e1–7.
74. Vaccinations contre l'hépatite [Internet]. [cited 2022 Aug 23]. Available from: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F723>
75. Jessica L. Prise en charge thérapeutique, curative et préventive des infections sexuellement transmissibles (IST). 2022;8.
76. Kanj RV, Conard LAE, Corathers SD, Trotman GE. Hormonal contraceptive choices in a clinic-based series of transgender adolescents and young adults. *Int J Transgenderism*. 2019;20(4):413–20.
77. Esparza LA, Terasaka T, Lawson MA, Kauffman AS. Androgen Suppresses In Vivo and In Vitro LH Pulse Secretion and Neural Kiss1 and Tac2 Gene Expression in Female Mice. *Endocrinology*. 2020 Dec 1;161(12).
78. Light A, Wang LF, Zeymo A, Gomez-Lobo V. Family planning and contraception use in transgender men. *Contraception*. 2018 Oct;98(4):266–9.
79. Schubert FD, Carey JM. Data unclear on pregnancy risk in transmasculine individuals on testosterone. *Am J Obstet Gynecol*. 2020 Apr;222(4):393–4.
80. Gomez AM, Đỗ L, Ratliff GA, Crego PI, Hastings J. Contraceptive Beliefs, Needs, and Care Experiences Among Transgender and Nonbinary Young Adults. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med*. 2020 Oct;67(4):597–602.
81. Cipres D, Seidman D, Cloniger C, Nova C, O'Shea A, Obedin-Maliver J. Contraceptive use and pregnancy intentions among transgender men presenting to a clinic for sex workers and their families in San Francisco. *Contraception*. 2017 Feb;95(2):186–9.
82. Fix L, Durden M, Obedin-Maliver J, Moseson H, Hastings J, Stoeffler A, et al. Stakeholder Perceptions and Experiences Regarding Access to Contraception and Abortion for Transgender, Non-Binary, and Gender-Expansive Individuals Assigned Female at Birth in the U.S. *Arch Sex Behav*. 2020 Oct;49(7):2683–702.
83. Cocchetti C, Ristori J, Romani A, Maggi M, Fisher AD. Hormonal Treatment Strategies Tailored to Non-Binary Transgender Individuals. *J Clin Med*. 2020 May 26;9(6).
84. Contraceptive-Failure-Rates.pdf [Internet]. [cited 2021 Nov 22]. Available from: <http://www.contraceptivetechnology.org/wp-content/uploads/2013/09/Contraceptive-Failure-Rates.pdf>
85. Krempasky C, Harris M, Abern L, Grimstad F. Contraception across the transmasculine spectrum. *Am J Obstet Gynecol*. 2020 Feb;222(2):134–43.
86. Boudreau D, Mukerjee R. Contraception Care for Transmasculine Individuals on Testosterone Therapy. *J Midwifery Womens Health*. 2019 Jul;64(4):395–402.
87. Francis A, Jasani S, Bachmann G. Contraceptive challenges and the transgender individual. *Womens Midlife Health*. 2018;4:12.
88. Bentsianov S, Gordon L, Goldman A, Jacobs A, Steever J. Use of Copper Intrauterine Device in Transgender Male Adolescents. *Contraception*. 2018 Jul;98(1):74–5.
89. LOI n° 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique - Dossiers législatifs - Légifrance [Internet]. [cited 2021 Nov 22]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000038811571/>
90. Techniques de préservation de la fertilité · Inserm, La science pour la santé [Internet]. Inserm. [cited 2022 Aug 11]. Available from: <https://www.inserm.fr/dossier/techniques-preservation-fertilite/>
91. Blakemore JK, Quinn GP, Fino ME. A Discussion of Options, Outcomes, and Future Recommendations for Fertility Preservation for Transmasculine Individuals. *Urol Clin North Am*. 2019 Nov;46(4):495–503.
92. Cheng PJ, Pastuszak AW, Myers JB, Goodwin IA, Hotaling JM. Fertility concerns of the transgender patient. *Transl Androl Urol*. 2019 Jun;8(3):209–18.
93. Feigerlová E, Pascal V, Ganne-Devonec MO, Klein M, Guerci B. Fertility desires and reproductive needs of transgender people: Challenges and considerations for clinical practice. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2019 Jul;91(1):10–21.
94. Lierman S, Tilleman K, Braeckmans K, Peynshaert K, Weyers S, T'Sjoen G, et al. Fertility preservation for trans men: frozen-thawed in vitro matured oocytes collected at the time of ovarian tissue processing exhibit normal meiotic spindles. *J Assist Reprod Genet*. 2017 Nov;34(11):1449–56.
95. Cooper HC, Long J, Aye T. Fertility preservation in transgender and non-binary adolescents and young adults. *PloS One*. 2022;17(3):e0265043.
96. Ainsworth AJ, Allyse M, Khan Z. Fertility Preservation for Transgender Individuals: A Review. *Mayo Clin Proc*. 2020 Apr;95(4):784–92.
97. Sterling J, Garcia MM. Fertility preservation options for transgender individuals. *Transl Androl Urol*. 2020 Mar;9(Suppl 2):S215–26.

98. Moravek MB. Fertility preservation options for transgender and gender-nonconforming individuals. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2019 Jun;31(3):170–6.
99. Armuand G, Dhejne C, Olofsson JI, Rodriguez-Wallberg KA. Transgender men's experiences of fertility preservation: a qualitative study. *Hum Reprod Oxf Engl*. 2017 Feb;32(2):383–90.
100. Amir H, Yaish I, Samara N, Hasson J, Groutz A, Azem F. Ovarian stimulation outcomes among transgender men compared with fertile cisgender women. *J Assist Reprod Genet*. 2020 Oct;37(10):2463–72.
101. Amir H, Oren A, Klochendler Frishman E, Sapir O, Shufaro Y, Segev Becker A, et al. Oocyte retrieval outcomes among adolescent transgender males. *J Assist Reprod Genet*. 2020 Jul;37(7):1737–44.
102. Adeleye AJ, Cedars MI, Smith J, Mok-Lin E. Ovarian stimulation for fertility preservation or family building in a cohort of transgender men. *J Assist Reprod Genet*. 2019 Oct;36(10):2155–61.
103. De Roo C, Lierman S, Tilleman K, Peynshaert K, Braeckmans K, Caanen M, et al. Ovarian tissue cryopreservation in female-to-male transgender people: insights into ovarian histology and physiology after prolonged androgen treatment. *Reprod Biomed Online*. 2017 Jun;34(6):557–66.
104. Marschalek J, Pietrowski D, Dekan S, Marschalek ML, Brandstetter M, Ott J. Markers of vitality in ovaries of transmen after long-term androgen treatment: a prospective cohort study. *Mol Med Camb Mass*. 2020 Sep 5;26(1):83.
105. Leung A, Sakkas D, Pang S, Thornton K, Resekova N. Assisted reproductive technology outcomes in female-to-male transgender patients compared with cisgender patients: a new frontier in reproductive medicine. *Fertil Steril*. 2019 Nov;112(5):858–65.
106. Auer MK, Fuss J, Nieder TO, Briken P, Biedermann SV, Stalla GK, et al. Desire to Have Children Among Transgender People in Germany: A Cross-Sectional Multi-Center Study. *J Sex Med*. 2018 May;15(5):757–67.
107. Defreyne J, Van Schuylenbergh J, Motmans J, Tilleman KL, T'Sjoen GGR. Parental desire and fertility preservation in assigned female at birth transgender people living in Belgium. *Fertil Steril*. 2020 Jan;113(1):149–157.e2.
108. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 2005 Sep;34(5):513.
109. Shim JY, Laufer MR, Grimstad FW. Dysmenorrhea and Endometriosis in Transgender Adolescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2020 Oct;33(5):524–8.
110. Ferrando CA. Endometriosis in transmasculine individuals. *Reprod Fertil*. 2022 Apr 20;3(2):C7–10.
111. Deneris A. PALM-COEIN Nomenclature for Abnormal Uterine Bleeding. *J Midwifery Womens Health*. 2016 May;61(3):376–9.
112. Munro MG, Critchley HOD, Broder MS, Fraser IS, FIGO Working Group on Menstrual Disorders. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nonpregnant women of reproductive age. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet*. 2011 Apr;113(1):3–13.
113. Nakamura A, Watanabe M, Sugimoto M, Sako T, Mahmood S, Kaku H, et al. Dose-response analysis of testosterone replacement therapy in patients with female to male gender identity disorder. *Endocr J*. 2013;60(3):275–81.
114. Defreyne J, Vanwonderghem Y, Collet S, Iwamoto SJ, Wiepjes CM, Fisher AD, et al. Vaginal bleeding and spotting in transgender men after initiation of testosterone therapy: A prospective cohort study (ENIGI). *Int J Transgender Health*. 2020 Feb 12;21(2):163–75.
115. DESOGESTREL BIOGARAN [Internet]. VIDAL. [cited 2021 May 4]. Available from: <https://www.vidal.fr/medicaments/gammes/desogestrel-biogaran-56894.html>
116. DECAPEPTYL LP 3 mg pdre/solv p susp inj LP IM [Internet]. VIDAL. [cited 2021 May 4]. Available from: <https://www.vidal.fr/medicaments/decapeptyl-lp-3-mg-pdre-solv-p-susp-inj-lp-im-4811.html>
117. Abnoun S, Combaud V, Martin L, Descamps P. Consultation gynéco-dermatologique de pathologie vulvaire. *Mise Au Point*. 2017;6.
118. Standards of Care - WPATH World Professional Association for Transgender Health [Internet]. [cited 2020 Dec 16]. Available from: <https://www.wpath.org/publications/soc>
119. Van Gerwen OT, Jani A, Long DM, Austin EL, Musgrove K, Muzny CA. Prevalence of Sexually Transmitted Infections and Human Immunodeficiency Virus in Transgender Persons: A Systematic Review. *Transgender Health*. 2020 Jun 1;5(2):90–103.
120. Reisner SL, Murchison GR. A global research synthesis of HIV and STI biobehavioural risks in female-to-male transgender adults. *Glob Public Health*. 2016 Sep;11(7–8):866–87.
121. Stephens SC, Bernstein KT, Philip SS. Male to female and female to male transgender persons have different sexual risk behaviors yet similar rates of STDs and HIV. *AIDS Behav*. 2011 Apr;15(3):683–6.
122. Clark H, Babu AS, Wiewel EW, Opoku J, Crepez N. Diagnosed HIV Infection in Transgender Adults and Adolescents: Results from the National HIV Surveillance System, 2009–2014. *AIDS Behav*. 2017 Sep;21(9):2774–83.
123. IST : la HAS recommande un dépistage systématique de l'infection à Chlamydia trachomatis chez les jeunes femmes [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cited 2021 Aug 13]. Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2879454/fr/ist-la-has-recommande-un-depistage-systematique-de-l-infection-a-chlamydia-trachomatis-chez-les-jeunes-femmes
124. Pilly E, Épaillard O, Le Berre R, Chirouze C, Collège des universitaires de maladies infectieuses et tropicales (France). ECN.Pilly 2020: maladies infectieuses et tropicales : prépa. ECN, tous les items d'infectiologie. 2019.
125. DRESS, 2020 [Internet]. [cited 2021 Nov 22]. Available from: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-02/ER%201163.pdf>
126. Moseson H, Fix L, Ragosta S, Forsberg H, Hastings J, Stoeffler A, et al. Abortion experiences and preferences of transgender, nonbinary, and gender-expansive people in the United States. *Am J Obstet Gynecol*. 2020 Sep 25;
127. Sein-Bénin_Imprim.pdf [Internet]. [cited 2021 Nov 22]. Available from: https://formagyn.fr/wp-content/uploads/2019/01/Sein-B%20C3%A9nin_Imprim.pdf
128. Jarrett BA, Corbet AL, Gardner IH, Weinand JD, Peitzmeier SM. Chest Binding and Care Seeking Among Transmasculine Adults: A Cross-Sectional Study. *Transgender Health*. 2018 Dec 14;3(1):170–8.
129. Surveillance de la mortalité par cause médicale en France : les dernières évolutions / Surveillance of mortality by medical cause in France: latest trends. :40.
130. Taylor ET, Bryson MK. Cancer's Margins: Trans* and Gender Nonconforming People's Access to Knowledge, Experiences of Cancer Health, and Decision-Making. *LGBT Health*. 2016 Feb;3(1):79–89.
131. Cathcart-Rake EJ. Cancer in Sexual and Gender Minority Patients: Are We Addressing Their Needs? *Curr Oncol Rep*. 2018 Sep 13;20(11):85.

132. McFarlane T, Zajac JD, Cheung AS. Gender-affirming hormone therapy and the risk of sex hormone-dependent tumours in transgender individuals-A systematic review. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2018 Dec;89(6):700–11.
133. Traish AM, Gooren LJ. Safety of Physiological Testosterone Therapy in Women: Lessons from Female-to-Male Transsexuals (FMT) Treated with Pharmacological Testosterone Therapy. *J Sex Med*. 2010 Nov 1;7(11):3758–64.
134. Facteurs de risque de cancer de l'endomètre | Cancer et environnement [Internet]. [cited 2021 Aug 13]. Available from: <https://www.cancer-environnement.fr/415-Cancer-de-lendomètre.ce.aspx>
135. Facteurs de risque - Cancer de l'endomètre [Internet]. [cited 2021 Aug 13]. Available from: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-de-l-endometre/Facteurs-de-risque>
136. O'Connor RM, Scott ME, Bakkar R, Rimel BJ. A case of endometrial intraepithelial neoplasia in a transgender man on testosterone therapy. *Gynecol Oncol Rep*. 2022 Aug;42:101031.
137. Urban RR, Teng NNH, Kapp DS. Gynecologic malignancies in female-to-male transgender patients: the need of original gender surveillance. *Am J Obstet Gynecol*. 2011 May 1;204(5):e9–12.
138. Cancer de l'ovaire : les points clés - Cancer de l'ovaire [Internet]. [cited 2021 Aug 13]. Available from: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-de-l-ovaire/Les-points-clés>
139. Facteurs de risque de cancer des ovaires, tumeurs des ovaires | Cancer et environnement [Internet]. [cited 2021 Aug 13]. Available from: <https://www.cancer-environnement.fr/220-Cancer-de-lovaire.ce.aspx>
140. Mizushima T, Miyamoto H. The Role of Androgen Receptor Signaling in Ovarian Cancer. *Cells*. 2019 Feb 19;8(2).
141. Zhu H, Zhu X, Zheng L, Hu X, Sun L, Zhu X. The role of the androgen receptor in ovarian cancer carcinogenesis and its clinical implications. *Oncotarget*. 2017 Apr 25;8(17):29395–405.
142. Park BY, Grisham RN, den Hollander B, Thapi D, Berman T, de Stanchina E, et al. Tumor Inhibition by Enzalutamide in a Xenograft Model of Ovarian Cancer. *Cancer Invest*. 2016 Nov 25;34(10):517–20.
143. Elattar A, Warburton KG, Mukhopadhyay A, Freer RM, Shaheen F, Cross P, et al. Androgen receptor expression is a biological marker for androgen sensitivity in high grade serous epithelial ovarian cancer. *Gynecol Oncol*. 2012 Jan;124(1):142–7.
144. Trabert B, Michels KA, Anderson GL, Brinton LA, Falk RT, Geczik AM, et al. Circulating androgens and postmenopausal ovarian cancer risk in the Women's Health Initiative Observational Study. *Int J Cancer*. 2019 Oct 15;145(8):2051–60.
145. Deng Y, Wang J, Wang L, Du Y. Androgen receptor gene CAG repeat polymorphism and ovarian cancer risk: A meta-analysis. *Biosci Trends*. 2017 May 23;11(2):193–201.
146. Ovarian and endometrial cancer considerations in transgender men | Transgender Care [Internet]. [cited 2020 Dec 26]. Available from: <https://transcare.ucsf.edu/guidelines/ovarian-cancer>
147. Barry JA, Azizia MM, Hardiman PJ. Risk of endometrial, ovarian and breast cancer in women with polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update*. 2014 Oct;20(5):748–58.
148. Dizon DS, Tejada-Berges T, Koelliker S, Steinhoff M, Granai CO. Ovarian cancer associated with testosterone supplementation in a female-to-male transsexual patient. *Gynecol Obstet Invest*. 2006;62(4):226–8.
149. Hage JJ, Dekker JJ, Karim RB, Verheijen RH, Bloemena E. Ovarian cancer in female-to-male transsexuals: report of two cases. *Gynecol Oncol*. 2000 Mar;76(3):413–5.
150. Shao T, Grossbard ML, Klein P. Breast cancer in female-to-male transsexuals: two cases with a review of physiology and management. *Clin Breast Cancer*. 2011 Dec;11(6):417–9.
151. Gooren LJ, van Trotsenburg MAA, Giltay EJ, van Diest PJ. Breast cancer development in transsexual subjects receiving cross-sex hormone treatment. *J Sex Med*. 2013 Dec;10(12):3129–34.
152. Stenzel AE, Moysich KB, Ferrando CA, Starbuck KD. Clinical needs for transgender men in the gynecologic oncology setting. *Gynecol Oncol*. 2020 Dec;159(3):899–905.
153. Ceres M, Quinn GP, Loscalzo M, Rice D. Cancer Screening Considerations and Cancer Screening Uptake for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Persons. *Semin Oncol Nurs*. 2018 Feb;34(1):37–51.
154. Jacoby A, Rifkin W, Zhao LC, Bluebond-Langner R. Incidence of Cancer and Premalignant Lesions in Surgical Specimens of Transgender Patients. *Plast Reconstr Surg*. 2021 Jan 1;147(1):194–8.
155. Berner AM, Hughes DJ, Tharmalingam H, Baker T, Heyworth B, Banerjee S, et al. An evaluation of self-perceived knowledge, attitudes and behaviours of UK oncologists about LGBTQ+ patients with cancer. *ESMO Open*. 2020 Nov;5(6).
156. Bilan démographique 2019 – Bilan démographique 2019 | Insee [Internet]. [cited 2021 Nov 22]. Available from: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4281618?sommaire=1912926>
157. Rochebrochard É de L. 1 enfant sur 30 conçu par assistance médicale à la procréation en France. *Popul Soc*. 2018;556(6):1–4.
158. Neblett MF, Hipp HS. Fertility Considerations in Transgender Persons. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2019 Jun;48(2):391–402.
159. Tasker F, Gato J. Gender Identity and Future Thinking About Parenthood: A Qualitative Analysis of Focus Group Data With Transgender and Non-binary People in the United Kingdom. *Front Psychol*. 2020;11:865.
160. Wierckx K, Van Caenegem E, Pennings G, Elaut E, Dedeker D, Van de Peer F, et al. Reproductive wish in transsexual men. *Hum Reprod Oxf Engl*. 2012 Feb;27(2):483–7.
161. Besse M, Lampe NM, Mann ES. Experiences with Achieving Pregnancy and Giving Birth Among Transgender Men: A Narrative Literature Review. *Yale J Biol Med*. 2020 Sep;93(4):517–28.
162. Mayhew AC, Gomez-Lobo V. Fertility Options for the Transgender and Gender Nonbinary Patient. *J Clin Endocrinol Metab*. 2020 Oct 1;105(10).
163. Obedin-Maliver J, Makadon HJ. Transgender men and pregnancy. *Obstet Med*. 2016 Mar;9(1):4–8.
164. MacDonald T, Noel-Weiss J, West D, Walks M, Biener M, Kibbe A, et al. Transmasculine individuals' experiences with lactation, chestfeeding, and gender identity: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016 May 16;16:106.
165. accessibilite_soins.pdf [Internet]. [cited 2021 Nov 23]. Available from: http://epe.cirad.fr/fr2/doc/accessibilite_soins.pdf
166. Forzy L. Accès aux soins et pratiques de recours. :66.
167. Pulice-Farrow L, Gonzalez KA, Lindley L. 'None of my providers have the slightest clue what to do with me': Transmasculine individuals' experiences with gynecological healthcare providers. *Int J Transgender Health*. 2021 Oct 2;22(4):381–93.
168. Obedin-Maliver J, de Haan G. Gynecologic Care for Transgender Adults. *Curr Obstet Gynecol Rep*. 2017 Jun 1;6(2):140–8.
169. Hidalgo A. QUELS ENJEUX DE SANTÉ ? :12.
170. Chrysalide, 2011 [Internet]. [cited 2021 Nov 24]. Available from: <https://chrysalide-asso.fr/wp-content/uploads/2019/10/santetrans2011.pdf>

171. SPF. La première consultation gynécologique [Internet]. [cited 2022 Sep 8]. Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/la-premiere-consultation-gynecologique>
172. Démographie inquiétante des gynécologues médicaux en France - Sénat [Internet]. [cited 2022 Sep 8]. Available from: <https://www.senat.fr/questions/base/2021/qSEQ210824116.html>
173. Gelly M. Une gynécologie au masculin? : de l'accessibilité des soins en gynécologie pour les hommes trans à Montréal. 2018;184.
174. Arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage des cancers.
175. Les réponses à vos questions - Dépistage du cancer du col de l'utérus [Internet]. [cited 2021 Nov 25]. Available from: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus/Les-reponses-a-vos-questions#collapse-faq-294742>
176. Êtes-vous concernée par le dépistage du cancer du col de l'utérus ? - Dépistage du cancer du col de l'utérus [Internet]. [cited 2021 Nov 25]. Available from: <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus/etes-vous-concernee#toc-je-suis-trans>
177. 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*. 2018 Dec;61(4):674–86.
178. Deutsch MB. Guidelines for the Primary and Gender-Affirming Care of Transgender and Gender Nonbinary People | Gender Affirming Health Program [Internet]. 2016 [cited 2022 Jul 9]. Available from: <https://transcare.ucsf.edu/guidelines>
179. OUTrans [Internet]. [cited 2022 Jul 9]. Available from: https://outrans.org/wp-content/uploads/2017/09/OUTrans_Hormones_et_parours_trans.pdf
180. Barrientos Delgado J, Saiz JL, Guzmán-González M, Bahamondes J, Gómez F, Castro MC, et al. Sociodemographic Characteristics, Gender Identification, and Gender Affirmation Pathways in Transgender People: A Survey Study in Chile. *Arch Sex Behav*. 2021 Nov;50(8):3505–16.
181. Asklov K, Ekenger R, Berterö C. Transmasculine Persons' Experiences of Encounters with Health Care Professionals Within Reproductive, Perinatal, and Sexual Health in Sweden: A Qualitative Interview Study. *Transgender Health*. 2021 Dec;6(6):325–31.
182. McRee AL, Gower AL, Reiter PL. Preventive healthcare services use among transgender young adults. *Int J Transgenderism*. 2018 Oct 2;19(4):417–23.
183. 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*. 2018 Dec;61(4):674–86.
184. 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*. 2016 Jul 23;388(10042):412–36.
185. François B, Richard JB. Les comportements de santé des jeunes : analyse du Baromètre santé 2010. 2013.
186. Meidani A, Alessandrin A. Cancers et transidentités : une nouvelle “ population à risques ” ? *Sci Soc Santé*. 2017 Mar;35(1):41–63.
187. Burelli S, Occhiminuti H, Chamorey E, Maccagnan S, Delotte J, Prax J, et al. Principaux motifs de la première consultation gynécologique chez les jeunes femmes françaises de 15 à 25 ans. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique*. 2021 Jun 1;69:S43.
188. SPF. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2018-2019 et évolution depuis 2005 [Internet]. 2019 [cited 2021 Nov 22]. Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein/articles/taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-2018-2019-et-evolution-depuis-2005>
189. HAS, 2019 [Internet]. [cited 2021 Nov 23]. Available from: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-12/fiche_synthese_de_la_recommandation_vaccinale_vaccination_contre_les_papillomavirus_chez_les_garcons.pdf
190. SPF. Les infections à Papillomavirus humains (HPV) [Internet]. 2021 [cited 2022 Sep 7]. Available from: <https://vaccination-info-service.fr/Les-maladies-et-leurs-vaccins/Les-Infections-a-Papillomavirus-humains-HPV>
191. Ponsay VG de. Le dépistage du cancer du col utérin chez les personnes transmasculines. 2021 Nov 30;158.
192. HAS, 2018 [Internet]. [cited 2022 Jul 12]. Available from: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/synthese_reevaluation_de_la_strategie_de_depistage_des_infections_a_chlamydia_trachomatis.pdf
193. SPF. Chlamydiae [Internet]. 2022 [cited 2022 Jul 12]. Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/chlamydiae>
194. CDC. U.S. Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use, 2013: adapted from the World Health Organization selected practice recommendations for contraceptive use, 2nd edition. *MMWR Recomm Rep Morb Mortal Wkly Rep Recomm Rep*. 2013;62(RR-05):1–60.
195. Hatcher R. Contraceptive Technology 21st Edition [Internet]. Managing Contraception. [cited 2020 Dec 26]. Available from: <https://managingcontraception.com/contraceptive-technology-21st-edition/>
196. SPF. Les Françaises et la contraception : premières données du Baromètre santé 2016 [Internet]. 2017 [cited 2021 Nov 22]. Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/liste-des-actualites/les-francaises-et-la-contraception-premieres-donnees-du-barometre-sante-2016>
197. Vigoureux S. Épidémiologie de l'interruption volontaire de grossesse en France. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 2016 Oct 1;45.
198. Mabire X, Robin-Radier S, OUTrans NGO, Ferraz D, Preau M, FOREST research group. FOREST protocol: a qualitative study exploring health and sexuality of transmasculine individuals in France. *BMJ Open*. 2021 Nov 30;11(11):e052748.
199. GYNÉCOLOGIE ET SANTÉ DES FEMMES. L'offre de soins 6. Prise en charge gynécologique [Internet]. [cited 2021 Nov 23]. Available from: http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_06.htm
200. Constantinou P, Dray-Spira R, Menvielle G. Maladies chroniques et inégalités sociales de dépistage des cancers gynécologiques en France. In 2013. p. S316.

VI. ANNEXES

1. Annexe 1: Questionnaire

Recours et accès à la prévention et aux soins de santé sexuelle des hommes trans

Mon projet de thèse de gynécologie médicale a pour but d'approfondir les connaissances sur le recours et l'accès à la prévention et aux soins classiquement dits de « gynécologie » des hommes trans, majeurs, vivant en France. Par le biais d'un questionnaire, l'enquête à venir a pour objectif de décrire votre suivi afin de faire un état des lieux de la situation actuelle et de permettre de réfléchir à des pistes pour améliorer votre santé sexuelle. Vous trouverez, sur la page suivante, la lettre d'information qui accompagne le questionnaire. Elle est à valider en bas de page si vous consentez à participer à cette étude.

Le questionnaire, qui est strictement anonyme, se déroule en 6 sections :

1. Critères d'inclusions
2. Informations socio-démographiques
3. Parcours personnel
4. Recours à la prévention et aux soins en santé sexuelle
5. Accès à la prévention
6. Sexualité et santé reproductive

Avant de débiter : Seules les 3 premières questions sont à réponse obligatoire car elles vérifient que vous êtes bien concerné.e.x par ce questionnaire.

Si vous ne souhaitez pas répondre à certaines questions, vous pouvez cocher la case « Je ne souhaite pas répondre ». Il est aussi possible de « passer » la question sans y répondre, mais il est préférable, pour la qualité des résultats, que vous cochiez au moins une case par question.

En vous remerciant et vous souhaitant un bon questionnaire!

Il y a 53 questions dans ce questionnaire.

Juliette CUQ (interne à Lyon) sous la direction du Dr Paul Neuville

Formulaire d'information et de recueil de non opposition

Voici les conditions générales et le contexte de l'étude ainsi que la lettre d'information aux participants.

Le recueil de non opposition est à valider en bas de la page pour accéder au questionnaire.

Information à l'attention du participant

Vous êtes invité à participer à une recherche dont la promotrice est Juliette Cuq, interne en gynécologie médicale à Lyon.

Cette recherche, intitulée recours et accès à la prévention et aux soins en santé sexuelle des hommes trans est dirigée par le Dr Paul Neville.

Il s'agit d'un travail de recherche indépendant, non rémunéré et qui n'est en lien avec aucune structure spécifique. Il a été relu et des corrections ont été apportées par l'association RITA de Grenoble.

Ce document a pour but de vous fournir les informations nécessaires à votre décision de participer ou non à cette étude.

Nous vous remercions de le lire attentivement.

N'hésitez pas à poser des questions à l'investigatrice si vous souhaitez plus d'informations.

Accord de participation

Votre participation à cette recherche est entièrement volontaire. Si vous ne souhaitez pas y participer, vous en avez tout à fait la possibilité.

Si vous décidez de participer, sachez que vous pourrez retirer à tout moment votre accord de participation à la recherche, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice.

A la fin de cette lettre d'information, vous serez invité à donner votre accord pour participer à l'enquête en cliquant sur la proposition « Je souhaite participer à l'enquête. »

Objectif de la recherche

Le but de cette enquête est de réaliser un état des lieux concernant le recours à la prévention et aux soins dits « gynécologiques » des hommes trans, hommes transgenres, personnes transmasculines.

Ceci permettra d'attirer l'attention de la communauté médicale sur ce sujet, afin d'améliorer l'accueil et l'accompagnement des personnes transmasculines par le corps médical.

Modalités de participation

Cette recherche est réalisée conformément aux principes éthiques de la déclaration de Helsinki et le registre a fait l'objet d'une déclaration CNIL (n°2225017).

La participation à cette étude se fait par le biais d'un questionnaire anonyme en ligne dont les questions vont porter sur votre statut socio-démographique, votre parcours de transition, ainsi que sur votre éventuel suivi en terme de santé sexuelle.

L'enquête étant totalement anonyme dès le recueil des données, aucun questionnaire renseigné ne pourra être rattaché à une personne. Une fois le questionnaire envoyé il ne vous sera donc pas possible d'accéder aux informations transmises. Au cours du questionnaire certaines questions peuvent aborder des sujets intimes, aucune réponse n'est obligatoire (hormis celles conditionnant votre inclusion à l'étude).

Nous vous invitons également à contacter l'investigatrice à l'adresse email suivante : juliette.cuq@etu.univ-lyon1.fr si vous avez des remarques à faire sur certaines questions ou le questionnaire en général.

En écrivant par email, il y a une possibilité que vous soyez identifiable par l'investigatrice, mais en aucun cas cela ne compromet l'anonymat de vos réponses à l'enquête.

Le temps nécessaire de réponse est estimé à 20 minutes.

Suites à l'étude

La soutenance de la thèse aura lieu fin 2022, les résultats seront par la suite en accès libre et partagés avec les différentes associations trans, trans-friendly et de santé trans qu'ils aient ou non participé au recueil des données de cette étude.

Si vous souhaitez être informé des résultats globaux de la recherche à l'issue de celle-ci, manifestez-vous auprès de l'investigatrice en l'informant de votre demande à l'adresse email : juliette.cuq@etu.univ-lyon1.fr

Recueil de non opposition à participer à l'enquête, j'ai lu la lettre d'information ci-dessus et:

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Je souhaite participer à l'enquête

Critères d'inclusion à l'étude

Cette enquête s'adresse spécifiquement aux personnes majeures, vivant en France, se déclarant comme homme trans, homme transgenre, personne transmasculine.

Avez-vous 18 ans ou plus ? *

- Oui
- Non

Vous considérez-vous comme un homme transgenre, homme trans, personne transmasculine? *

- Oui
- Non

Vivez-vous en France actuellement ? *

- Oui
- Non

Vous avez répondu « Non » à une de ces 3 questions, cette enquête ne vous est pas destinée, elle s'adresse aux personnes transmasculines, majeures et vivant en France, vous n'aurez donc pas accès à la suite du questionnaire.

Si vous avez des questions, souhaitez des informations supplémentaires sur ce projet, ou souhaitez être informé.e.x des résultats de l'enquête, nous vous invitons à nous en faire part à l'adresse email suivante : juliette.cuq@etu.univ-lyon1.fr
En vous remerciant de l'intérêt que vous avez porté à ce projet.

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

----- Scenario 1 -----

La réponse était 'Non' à la question '4 [Q3]' (Vivez-vous en France actuellement ?)

----- ou Scenario 2 -----

La réponse était 'Non' à la question '3 [Q2]' (Vous considérez-vous comme un homme transgenre, homme trans, personne transmasculine?)

----- ou Scenario 3 -----

La réponse était 'Non' à la question '2 [Q1]' (Avez-vous 18 ans ou plus ?)

Veuillez écrire votre réponse ici :

Informations socio-démographiques et personnelles

Avant d'aborder le sujet de votre santé sexuelle, nous aimerions mieux vous connaître. Les questions qui suivent ont pour but de mieux comprendre qui vous êtes et comment vous vivez. Elles ne sont pas identifiantes.

Quel âge avez-vous?

Veuillez écrire votre réponse ici :

Quelle est votre catégorie socio-professionnelle (nomenclature INSEE 2003) ? Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Etudiants
- Agriculteurs exploitants
- Artisans, commerçants et chefs d'entreprise

- Cadres et professions intellectuelles supérieures
- Professions intermédiaires
- Employés
- Ouvriers
- Retraités
- Sans activité professionnelle
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre

Quel est votre plus haut diplôme obtenu? Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Aucun diplôme ou certificat d'études primaires
- Brevet des collèges
- CAP, BEP ou équivalent
- Baccalauréat, brevet professionnel ou équivalent
- Diplôme du supérieur court (niveau bac + 2)
- Diplôme du supérieur long (supérieur à bac + 2)
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre

Quel est votre milieu de vie? <https://www.insee.fr/fr/statistiques/graphique/1281191/carte.jpg> Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- grande aire urbaine
- couronne d'une grande aire urbaine
- aire urbaine moyenne
- petite aire urbaine
- commune isolée - zone rurale
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre

Quel est votre cadre de logement actuel? Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Sans logement / Squat / Camion
- Chez des ami.e.x / de la famille
- Locataire / Propriétaire
- Dans une structure de soins ou sociale
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre

De quelle couverture sociale bénéficiez-vous? Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Sécurité sociale +/- mutuelle
- CMU / CMUc / ACS / CSS
- AME
- Aucune
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre

Quelle est votre situation familiale à l'état civil? Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Marié / Pacsé
- Concubinage
- Célibataire
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre

Parcours personnel

Avant d'aborder le sujet de votre santé sexuelle, nous aimerions mieux vous connaître. Les questions qui suivent ont pour but de mieux comprendre quel est votre parcours de transition. Elles ne sont pas identifiantes.

Avez-vous effectué un changement d'état civil ? Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non
- En cours
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre

A quel âge l'avez vous effectué? Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '13 [Q11]' (Avez-vous effectué un changement d'état civil ?)
Veuillez écrire votre réponse ici :

Durant votre parcours, avez-vous eu une hormonothérapie? Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre

Vous avez suivi une hormonothérapie, à quel âge l'avez-vous débutée? Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies : La réponse était 'Oui' à la question '15 [Q12]' (Durant votre parcours, avez-vous eu une hormonothérapie?) Veuillez écrire votre réponse ici :

Quel.s traitement.s avez-vous eu ? Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '15 [Q12]' (Durant votre parcours, avez-vous eu une hormonothérapie?)

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Agoniste GnRH (ENANTONE, DÉCAPEPTYL....)
- Macroprogestatif (LUTERAN, LUTENYL, SURGESTONE...)
- Microprogestatif (DESOGESTREL...)
- Androgène intra-musculaire (ANDROTARDYL, NEBIDO....)
- Androgène per os (PANTESTONE)
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre:

Durant votre parcours, avez-vous eu une torsoplastie (mammectomie)? Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non
- Je ne souhaite pas répondre

A quel âge a-t-elle été réalisée? Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '18 [Q13]' (Durant votre parcours, avez-vous eu une torsoplastie masculinisante ?)

Veuillez écrire votre réponse ici :

Durant votre parcours, avez-vous eu une prise en charge chirurgicale génitale ? Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre

Quelle chirurgie avez-vous eu? Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '20 [Q14]' (Durant votre parcours, avez-vous eu une prise en charge chirurgicale génitale ?) Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Phalloplastie (construction d'un pénis avec un lambeau) +/- scrotoplastie
- Métaoïdioplastie (construction d'un pénis à partir du dickclit) +/- scrotoplastie
- Annexeomie (ablation des ovaires)
- Hystérectomie (ablation de l'utérus)
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre:

A quel âge avez-vous eu l'hystérectomie? Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était à la question '21 [Q14b]' (Quelle chirurgie avez-vous eu?) Veuillez écrire votre réponse ici :

Recours à la prévention et aux soins en santé sexuelle

Les questions qui suivent sont relatives à votre santé sexuelle de manière générale. Ce suivi peut comprendre différents examens de prévention tels que des dépistages (pour les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) ou les cancers du sein et du col de l'utérus) ainsi que des prises en charge plus spécifiques telles que la contraception ou le suivi de pathologies concernant la poitrine ou les organes génitaux.

Il peut être effectué par votre médecin traitant, un.e sage-femme ou un.e gynécologue.

Avez-vous déjà consulté pour une consultation de "gynécologie" ? Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non
- Je ne souhaite pas répondre

A quand remonte votre dernière consultation ? Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies : La réponse était 'Oui' à la question '23 [Q15]' (Avez-vous déjà consulté pour une consultation de "gynécologie" ?) Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Dans l'année
- Dans les 3 ans
- Il y a plus de 3 ans
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre

La/les consultation.s a/ont été réalisée.s auprès de : Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies : La réponse était 'Oui' à la question '23 [Q15]' (Avez-vous déjà consulté pour une consultation de "gynécologie" ?) Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Votre médecin traitant
- Un.e gynécologue
- Un.e sage-femme
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre:

Quelle est la fréquence de votre suivi en « gynécologie » ? Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies : La réponse était 'Oui' à la question '23 [Q15]' (Avez-vous déjà consulté pour une consultation de "gynécologie" ?) Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Tous les ans
- Tous les 2-3ans
- Supérieur à 3ans
- Consultation seulement en cas de problème
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre

Avez-vous déjà consulté en "gynécologie"... Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies: La réponse était 'Oui' à la question '23 [Q15]' (Avez-vous déjà consulté pour une consultation de "gynécologie"?) Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ... en dehors de tout problème ?
- ... pour une plainte, une gêne des organes génitaux ou de la poitrine?
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre:

Vous avez déjà consulté sans présenter de plainte particulière, quelle.s étaient votre/vos intention.s ? Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies : La réponse était à la question '27 [Q15e]' (Avez-vous déjà consulté en "gynécologie"...) Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Être vacciné contre le papillomavirus (GARDASIL, CERVARIX)
- Participer au dépistage du cancer du col de l'utérus (frottis ou test HPV)
- Participer au dépistage du cancer du sein
- Effectuer un dépistage pour les infection sexuellement transmissibles
- Obtenir une contraception
- Un projet de préservation de gamètes
- Un désir de grossesse
- Réaliser un suivi de grossesse ou du post partum
- Questions relatives à la transidentité (binder, hormonothérapie, chirurgie ...)
- Questions relatives à la sexualité
- Accéder à une PrEP (prophylaxie pré-exposition au VIH)
- Effectuer un contrôle de routine
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre:

Vous avez consulté pour une plainte « gynécologique », de quoi s'agissait-il ? Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies : La réponse était à la question '27 [Q15e]' (Avez-vous déjà consulté en "gynécologie"...) Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Un motif d'ordre pelvien (règles douloureuses, abondantes, irrégulières, syndrome des ovaires polykystiques, mycose, infection urinaire, endométriose, kyste ovarien, fibrome...)
- Un motif d'ordre mammaire (douleurs, écoulements, infection, tuméfaction, binder, allaitement...)
- Un motif liée à la sexualité (douleurs, vaginisme, trouble de l'orgasme...)
- Une demande d'interruption volontaire de grossesse
- Une infection sexuellement transmissible

- Un motif d'ordre cancérologique (cancer du sein, cancer de l'endomètre, frottis anormal, anomalie pré cancéreuse du col de l'utérus, cancer du col de l'utérus, cancer ovarien, tumeur borderline de l'ovaire...)
- Un motif concernant la ménopause
- Un problème lié à l'hormonothérapie (sècheresse, douleurs, saignements ...)
- Un problème lié à la chirurgie (douleurs, cicatrisation...)
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre:

Il y a-t-il eu un diagnostic posé? Si oui, lequel ? Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies : La réponse était à la question '27 [Q15e]' (Avez-vous déjà consulté en "gynécologie"...) Veuillez écrire votre réponse ici :

Lors de la consultation, vous a-t-on proposé : Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies : La réponse était 'Oui' à la question '23 [Q15]' (Avez-vous déjà consulté pour une consultation de "gynécologie" ?) Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- D'être vacciné contre le papillomavirus (GARDASIL, CERVARIX)
- De participer au dépistage du cancer du col de l'utérus (frottis ou test HPV)
- De participer au dépistage du cancer du sein
- D'effectuer un dépistage pour les infections sexuellement transmissibles
- D'obtenir une contraception
- D'accéder à une PrEP (prophylaxie pré-exposition au VIH)
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre:

Sur une échelle de 1 à 10, où placeriez-vous votre niveau de confort moyen lors de votre/vos consultation.s en lien avec la santé sexuelle? Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10

Sur une échelle de 1 à 10, quel a été votre niveau de satisfaction moyen lors de votre/vos consultation.s de santé sexuelle? Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10

Sur une échelle de 1 à 10, quel a été pour vous le niveau moyen de facilité pour accéder à des soins de santé sexuelle? Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10

Sur une échelle de 1 à 10, à quel niveau pensez-vous qu'un suivi « gynécologique » régulier est nécessaire? Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10

Accès à la prévention en santé sexuelle

Les questions qui suivent sont relatives aux mesures de prévention préconisées en France actuellement. Elles concernent le cancer du sein et le cancer du col de l'utérus.

Avez-vous déjà eu un examen de dépistage pour le cancer du sein ? Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre

De quel.s examen.s s'agissait-il? Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '36 [Q16]' (Avez-vous déjà eu un examen de dépistage pour le cancer du sein ?) Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Palpation de la poitrine
- Echographie
- Mammographie
- Je ne souhaite pas répondre

Le dernier examen a été réalisé... Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '36 [Q16]' (Avez-vous déjà eu un examen de dépistage pour le cancer du sein ?) Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Il y a moins de 2 ans
- Il y a 2 ans ou plus
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre

Avez-vous été vacciné contre le papillomavirus (GARDASIL° ou CERVARIX°) en prévention du cancer du col de l'utérus ? Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre

Avez-vous déjà eu un frottis avec analyse cytologique ou test HPV pour le dépistage du cancer du col de l'utérus? Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Oui, un frottis cytologique
- Oui, un frottis avec test HPV réalisé par le/la praticien.ne
- Oui, un test HPV en auto-prélèvement
- Oui, mais je ne sais pas si c'était un frottis cytologique ou test HPV
- Non
- Je ne sais pas
- Je ne suis pas concerné par cet examen (< 25ans ou hystérectomie avant 25ans)
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre:

Le dernier frottis cytologique ou avec test HPV a été réalisé...

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

----- Scenario 1 -----

La réponse était à la question '40 [Q18]' (Avez-vous déjà eu un frottis avec analyse cytologique ou test HPV pour le dépistage du cancer du col de l'utérus?)

----- ou Scenario 2 -----

La réponse était à la question '40 [Q18]' (Avez-vous déjà eu un frottis avec analyse cytologique ou test HPV pour le dépistage du cancer du col de l'utérus?)

----- ou Scenario 3 -----

La réponse était à la question '40 [Q18]' (Avez-vous déjà eu un frottis avec analyse cytologique ou test HPV pour le dépistage du cancer du col de l'utérus?)

----- ou Scenario 4 -----

La réponse était à la question '40 [Q18]' (Avez-vous déjà eu un frottis avec analyse cytologique ou test HPV pour le dépistage du cancer du col de l'utérus?)

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Il y a moins d'un an
- Il y a moins de 3 ans
- Il y a plus de 3 ans
- Je ne me souviens pas
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre

Santé sexuelle et reproductive

Cette section porte sur votre santé sexuelle et reproductive, certaines questions peuvent paraître intimes et ne sont en aucun cas obligatoires.

Elles visent à recueillir des informations importantes quant à la pertinence de certains examens et prises en charges telles que la contraception ou la réalisation d'examen de dépistage du cancer du col de l'utérus.

Avez-vous été sexuellement actif (quel que soit le type d'activité sexuelle, y compris solitaire) au cours de votre vie ?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non
- Je ne souhaite pas répondre

Vous avez déjà eu des rapports, ceux-ci ont-ils eu lieu Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies : La réponse était 'Oui' à la question '42 [Q19]' (Avez-vous été sexuellement actif (quel que soit le type d'activité sexuelle, y compris solitaire) au cours de votre vie ?) Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Avec des personnes non productrices de sperme
- Avec des personnes productrices de sperme
- Sexualité solitaire
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre:

Quel type de rapports pratiquez-vous? Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '42 [Q19]' (Avez-vous été sexuellement actif (quel que soit le type d'activité sexuelle, y compris solitaire) au cours de votre vie ?) Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Rapports oro-génitaux
- Rapports génitaux non pénétrants, Tribadisme
- Rapports génitaux pénétrants
- Rapports anaux
- Utilisation de sex-toys partagés
- Rapports excluant votre sphère génitale
- Masturbation
- Ne souhaite pas répondre
- Autre:

Avez-vous déjà eu un dépistage pour les infections sexuellement transmissibles ? Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non
- Je ne sais pas
- Je ne souhaite pas répondre

De quel.s examen.s s'agissait-il? Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies : La réponse était 'Oui' à la question '45 [Q20]' (Avez-vous déjà eu un dépistage pour les infections sexuellement transmissibles ?) Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Bilan sanguin pour sérologies VIH
- Bilan sanguin pour sérologies VHB, VHC (hépatites) et syphilis
- Prélèvement vaginal par un.e professionnel.le pour Chlamydia et gonocoque
- Auto prélèvement pour Chlamydia et gonocoque
- Analyse d'urine pour Chlamydia et gonocoque
- Dépistage d'HPV (papillomavirus)
- Je ne sais pas
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre:

Avez vous déjà bénéficié d'une PrEP (prophylaxie pré-exposition au VIH) ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

----- Scenario 1 -----

La réponse était à la question '43 [Q19b]' (Vous avez déjà eu des rapports, ceux-ci ont-ils eu lieu)

----- ou Scenario 2 -----

La réponse était à la question '43 [Q19b]' (Vous avez déjà eu des rapports, ceux-ci ont-ils eu lieu)

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non
- Je ne souhaite pas répondre

Utilisez-vous actuellement ou avez-vous utilisé dans votre vie une méthode à visée contraceptive ? Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non car non nécessaire (pas de rapport à risque)
- Non mais présence de rapports à risque
- Je ne souhaite pas répondre

Quel.s moyen.s de contraception avez-vous utilisé? Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies : La réponse était 'Oui' à la question '48 [Q21]' (Utilisez-vous actuellement ou avez-vous utilisé dans votre vie une méthode à visée contraceptive ?) Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Stérilet au cuivre
- Stérilet hormonal
- Implant progestatif dans le bras (NEXPLANON°)
- Pilule progestative (DESOGESTREL°, DIENOGEST°...)
- Pilule oestro-progestative (LEELOO°, OPTILOVA°, MINIDRIL°...)
- Préservatifs
- Méthode naturelle
- Contraception définitive (ligature des trompes, hystérectomie)
- Contraception d'urgence (NORLEVO°, ELLAONE°, Dispositif intra-utérin)
- Contraception par votre partenaire (thermique, vasectomie...)
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre:

Avez-vous déjà eu des grossesses ? Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui, une fois
- Oui, plusieurs fois
- Non
- Je ne souhaite pas répondre

Comment la/les grossesse.s s'est/se sont déroulée.s?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

----- Scenario 1 -----

La réponse était 'Oui, une fois' à la question '50 [Q22]' (Avez-vous déjà eu des grossesses ?)

----- ou Scenario 2 -----

La réponse était 'Oui, plusieurs fois' à la question '50 [Q22]' (Avez-vous déjà eu des grossesses ?)

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- La/les grossesse.s ont été menées à terme
- J'ai fait une/des fausse.s couche.s
- J'ai réalisé un/des avortement.s (IVG)
- J'ai eu une/des interruption.s thérapeutique.s de grossesse (IMG)
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre:

Concernant la préservation de gamètes ? Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Elle vous a été proposée
- Elle vous a été évoquée mais non proposée
- Elle ne vous a pas été évoquée
- Elle est désirée et réalisée
- Elle est désirée mais non réalisée
- Elle n'est pas désirée
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre:

Avez-vous un désir de parentalité dans le futur ? Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Non
- Oui, grossesse.s portée.s par moi
- Oui, grossesse.s portée.s par mon/ma partenaire
- Oui, grossesse.s par gestation pour autrui (GPA)
- Oui, mais je ne sais pas encore par quel moyen
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre:

Le questionnaire est terminé, nous vous remercions infiniment pour le temps et l'énergie que vous avez consacrés à nous répondre.

Si vous souhaitez ajouter quelque chose ou nous faire part de remarques, n'hésitez pas à nous contacter par mail.

Nous vous remercions encore pour votre investissement.

N'hésitez pas à partager le lien du questionnaire auprès de votre entourage.

Les résultats de cette enquête seront disponibles après la soutenance de la thèse qui aura lieu fin 2022.

Si vous souhaitez recevoir les résultats par email, vous pourrez nous en informer en écrivant à l'adresse email suivante : juliette.cuq@etu.univ-lyon1.fr

Envoyer votre questionnaire.

Merci d'avoir complété ce questionnaire

2. Annexe 2 : Tables et figures des résultats

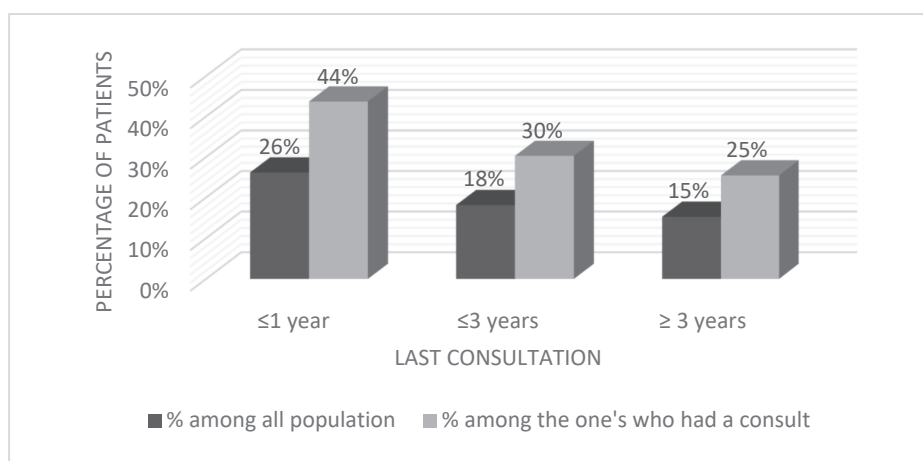


Figure 2. Time since last consultation

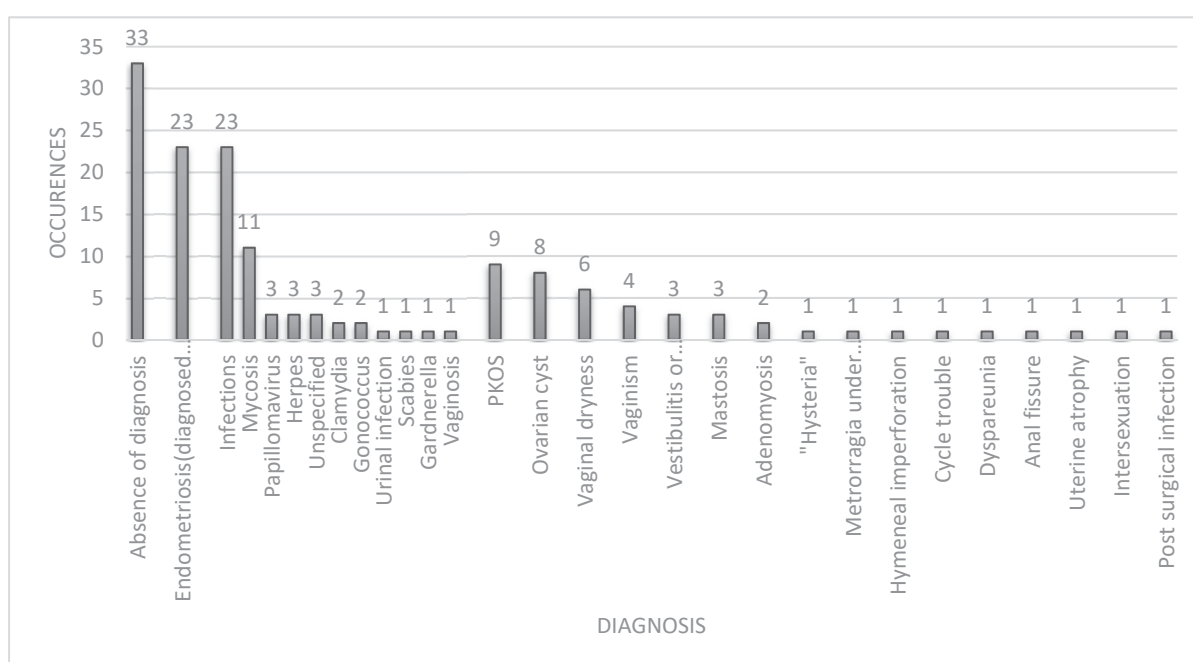


Figure 3. Diagnosis occurrences

Table 4. Screening proposed by the practitioner during consultations

	Population (n=373)
Screening type, n (%)	
HPV vaccine	67 (18)
Cervical cancer screening	113 (30)
Breast cancer screening	39 (10)
STDs screening	134 (36)
Assess to contraception	138 (37)
Access to HIV pre-exposure prophylaxis	15 (4)
None of the other proposals	111 (30)
Unanswered	1 (0)
Other	15 (4)

3. Annexe 3 : Conclusions signées



CUQ Juliette

CONCLUSIONS

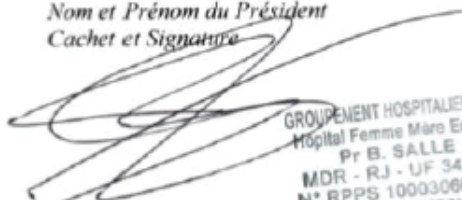
La santé sexuelle et reproductive est un enjeu de santé publique incluant des mesures de prévention primaire et secondaire (planning familial, dépistages) ainsi que la prise en charge de pathologies exprimées. Son importance envers les personnes trans a été soulignée dans la stratégie nationale de santé sexuelle dont l'agenda politique porte sur 2017-2030.

La littérature internationale témoigne d'un faible suivi « gynécologique » des personnes transmasculines. Toutefois, il n'existait pas de données en population française. Nous avons donc mené une étude quantitative afin d'analyser la santé sexuelle et reproductive des personnes transmasculines en France : « Trans men and Transmasculine non binary people use and access to prevention and sexual health care 2022 ».

Les résultats portant sur l'analyse de plus de 600 questionnaires autoadministrés concordent avec la littérature et mettent en lumière la faible accessibilité à la santé sexuelle et reproductive des personnes transmasculines en France. Ils témoignent d'une adhérence minimale aux programmes de dépistage malgré des besoins identifiés et exprimés ; les consultations étant majoritairement motivées par la présence de pathologies patentées. De plus, ils décrivent un fort niveau d'inconfort en lien avec ce type de consultations.

Les inégalités de recours aux soins pouvant entraîner des inégalités de pronostic, nos résultats doivent alerter sur le besoin urgent de suivi au sein de cette population. Ils doivent également être à l'origine d'une intensification de la recherche, de la formation des professionnels de santé et du développement de programmes de prévention inclusifs.

Le Président de la thèse,
Nom et Prénom du Président
Cachet et Signature


GROUPEMENT HOSPITALIER EST
Hôpital Femme Mère Enfant
Pr B. SALLE
MDR - RJ - UF 34262
N° RPPS 10003066221
50, Bd Pinel - 69577 BRON Cedex

Vu :
Pour le Président de l'Université,
Le Doyen de la Faculté de Médecine Lyon Est



Professeur Gilles RODE
Vu et permis d'imprimer
Lyon, le 05 SEPTEMBRE 2022

Faculté de Médecine Lyon Est
<http://lyon-est.univ-lyon1.fr/> • téléphone : 33 (0)4 78 77 70 00

ACCOMPAGNER
CRÉER
PARTAGER

CUQ Juliette

“Gynaecological” primary care, sexual and reproductive health of Trans men and Transmasculine non binary persons, a french descriptive survey

RESUME :

Introduction : La santé sexuelle et reproductive est un enjeu de santé publique, il n'existe cependant pas de données françaises concernant la population transmasculine malgré des besoins identifiés et un faible taux de couverture décrit dans la littérature internationale.

Méthodes : L'étude « Trans men and Transmasculine non binary people use and access to prevention and sexual health care 2022 » est une étude non interventionnelle, transversale ciblant les personnes trans masculines, majeures, vivant en France. Elle a été menée via un questionnaire en ligne autoadministré et anonyme entre janvier et juin 2022. Les participants étaient recrutés via les réseaux sociaux, des associations LGBTQIA+, la FPATH et un réseau de soignants. L'objectif était d'analyser le recours et l'accès à la santé sexuelle et reproductive des personnes transmasculines en France.

Résultats : 622 questionnaires ont été inclus pour analyse, les participants étaient majoritairement jeunes (25,2 ans), célibataires (77%), étudiants (40%), propriétaires ou locataires (73%) et vivant dans de grandes villes (47%). Parmi eux, 77% avaient eu recours à une hormonothérapie, 41% à une chirurgie thoracique et 6% à une chirurgie pelvienne. Seuls 26% des répondants ont un suivi à jour et 40% n'ont jamais eu accès à une consultation de « gynécologie ». Aucun des 6 participants concernés par le dépistage organisé du cancer du sein n'a rapporté une mammographique. Seul un quart des 25-65ans (26%), concernés par le dépistage secondaire du cancer du col de l'utérus, ont eu au moins un examen de dépistage cervical dans leur vie. Tandis que deux tiers (64%) avaient déjà bénéficié d'un dépistage des IST. La couverture contraceptive était quant à elle de 85% chez les personnes en ayant besoin.

Conclusions : Cette étude met en lumière le faible accès à la santé sexuelle et reproductive des personnes transmasculines en France. Elle doit alerter sur le besoin urgent de suivi au sein de cette population et être à l'origine d'une intensification de la formation des professionnels de santé et du développement de programmes de prévention à destination des personnes trans. Elle doit également être complétée par d'autres investigations pour confirmer ses résultats et comprendre les enjeux liés à cette spécialité afin de mettre en lumière les motivations et obstacles liés à un suivi adapté.

MOTS CLES : santé sexuelle et reproductive, gynécologie, personnes transmasculines, hommes trans

ABSTRACT

Introduction : Sexual and reproductive health is a public health issue, however there is no French data on the transmasculine population despite identified needs and a low coverage rate described in the international literature.

Methods : The study “Trans men and Transmasculine nonbinary people use and access to prevention and sexual health care 2022” is a non-interventional, self-administrated, anonymous online survey targeting transmasculine adults living in France. Participants were recruited via social networks, LGBTQIA+ associations, the FPATH and a caregivers network. The objective was to analyze french transmasculine people access to sexual and reproductive health.

Results : 622 surveys were included, the participants were mostly young (25.2 years old), single (77%), students (40%), owners or tenants (73%) and living in large cities (47%). Among them, 77% had a cross-sex hormonal therapy, 41% a thoracic surgery and 6% a pelvic surgery. Only 26% of respondents had an up-to-date follow-up and 40% never had access to a “gynecological” consultation. None of the 6 participants involved in organized breast cancer screening reported a mammography. Only a quarter of 25-65 year old (26%), concerned by secondary screening for cervical cancer, had at least one cervical test in their lifetime. While two thirds (64%) had an STD screening. Contraceptive coverage was 85% among those in need.

Conclusions: This study highlights the poor access to sexual and reproductive health of transmasculine people in France. It brings to light the urgent need for follow-up within this population, for the intensification of health professionals training and for the development of prevention programs. Other investigations, in particular qualitative, may further explore the issues related to primary gynaecological care of transmasculine persons.

KEY WORDS : sexual health, gynecology, transmen, transmasculine people

<u>JURY :</u>	Président :	Monsieur le Professeur SALLE Bruno
	Membres :	Monsieur le Professeur LEJEUNE Hervé
		Madame la Professeure LASSET Christine
		Madame la Docteur ORIOLE Séverine
		Monsieur le Docteur NEUVILLE Paul

DATE DE SOUTENANCE : 11 octobre 2022

ADRESSE POSTALE DE L'AUTEUR : Bec d'auque, St Martin de Mours
81800 RABASTENS

VOTRE EMAIL : juliette.cuq93@gmail.com