

Année 2015

n° _____

**THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE**

PAR

NOM : NAKAD Prénoms : Lionel
Date et Lieu de naissance : Nîmes (Gard) le 01/06/1984

Présentée et soutenue publiquement le : 22 septembre 2015

Quels sont les motifs de consultation des personnes transgenres : revue systématique de la littérature.

Président de thèse : **Professeur** AUBERT Jean-Pierre
Directeur de thèse : **Docteur** GILLES DE LA LONDE Julie

DES de MEDECINE GENERALE

COMPOSITION DU JURY

Président du jury

Professeur Jean-Pierre Aubert
Département de Médecine Générale, Paris 7

Directeurs de thèse

Docteur Julie Gilles de la Londe
Département de Médecine Générale, Paris 7

Membres du jury

Professeur Elisabeth Rouveix
Service de Médecine Interne, Hôpital Ambroise Paré

Professeur Isabelle Aubin-Auger
Département de Médecine Générale, Paris 7

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Jean-Pierre Aubert, je vous remercie pour le grand honneur que vous m'accordez en acceptant de présider cette thèse. J'aimerais vous exprimer toute la gratitude que j'éprouve pour les nombreuses heures investies afin de développer le département de médecine générale et d'apporter aux étudiants une formation de qualité nous permettant d'avoir les outils nécessaires à notre futur métier.

Madame le Professeur Isabelle Aubin, je vous remercie d'avoir accepté de faire partie du jury de cette thèse. Tout comme le professeur Jean-Pierre Aubert, j'ai à cœur de vous exprimer le profond respect que j'ai face au dévouement dont vous faites part pour vos étudiants et pour le département de médecine générale au sein de la faculté de Paris Diderot.

Madame le Professeur Elisabeth Rouveix, je vous remercie d'avoir accepté de faire partie du jury de cette thèse. Cette présentation sera, je l'espère, l'occasion de discuter l'avenir de la recherche sur les populations transgenres.

Je tiens ensuite à exprimer ma plus grande gratitude à ma directrice de thèse, Julie, pour m'avoir proposé ce sujet passionnant. Pour la confiance qu'elle m'a accordé en acceptant d'encadrer ce travail, pour son aide si précieuse et pour le temps qu'elle a consacré à ce travail. J'ai été extrêmement sensible à ses encouragements et son soutien indéfectible. Je suis sincèrement heureux d'avoir pu réaliser ce travail avec toi, même si les circonstances n'ont pas toujours simplifié notre travail. Je suis très heureux de pouvoir te compter au rang de mes amis et de pouvoir échanger avec ta personnalité riche, forte et sensible.

Merci à ma famille pour m'avoir soutenue sur bien des aspects durant ces longues années étudiantes. Merci à mes parents et à mon frère dont je partage de nombreuses valeurs et qui m'ont toujours apporté un amour sain et réconfortant, qui aujourd'hui me donne la force d'avancer dans ma vie.

Merci à mes amis qui, malgré mon manque de temps, malgré la distance et malgré tout, sont toujours là et dont la présence reste toujours aussi réconfortante.

Un grand merci aussi à tous les médecins et co-internes, ceux que j'ai croisé et côtoyé pendant mes études, ceux qui ont pris le temps de me former, ceux qui m'ont marqué par leur

humanité et leurs compétences mises au service du patient pour assurer une médecine de qualité centrée sur les patients.

Enfin merci à toi petit Po pour ce que tu es et pour ton soutien.

SOMMAIRE

1. Introduction	10
1.1. Définition.....	10
1.1.1. Transsexualisme.....	10
1.1.2. Dysphorie de genre.....	10
1.1.3. Incongruité et non-conformité de genre	11
1.2. Démographie / Prévalence.....	11
1.3. Parcours de soins	12
1.3.1. L'étape diagnostique.....	12
1.3.2. Expérience en vie réelle	12
1.3.3. Hormono-substitution.....	12
1.3.4. Chirurgie de réassignation	12
1.3.5. Aspect juridico-administratif	13
1.3.6. Place du médecin généraliste	14
1.4. Objectif.....	15
2. Méthodologie.....	17
2.1. algorithmes de recherche	17
2.2. Critères d'exclusions	18
2.3. Sélection des articles.....	18
3. Résultats.....	20
3.1. Processus de sélection des articles.....	20
3.2. Lecture critique des articles.....	22
3.2.1. Caractéristiques des études	22
3.2.2. Caractéristiques des populations étudiés	24
3.2.3. Motifs de consultation	25
3.2.4. Représentation des problématiques spécifiques	26
4. Discussion.....	29
4.1. Caractéristiques et évolution de la recherche	29
4.2. Un univers centré sur les actes médicaux et les disciplines chirurgicales	30
4.3. Prise en compte des patients et de leurs attentes.....	31
4.4. Perspectives de recherche.....	31
4.5. Forces et faiblesses de l'étude	32
5. Conclusion.....	32
6. Bibliographie.....	61

LISTE DES FIGURES

Figure I : Présentation schématique du parcours de soins réalisé par l’HAS en Novembre 2009.

Figure II : Schéma récapitulatif de la sélection des articles.

Figure III : Nombre d’étude publié en fonction des années.

Figure IV : Répartition des différentes spécialités sur la totalité des études.

Figure V : Répartition du nombre de sujets étudiés.

Figure VI : Synthèse des motifs de consultations.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Concordance globale de la revue systématique.

Tableau 2 : Répartition des critères de définition au travers des études.

RÉSUMÉ

Contexte : Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) et de la World Professional Association for Transgender Health (WPATH) formalisent les modalités du parcours de soins des patients transgenres. Cette population est à risque augmenté (événements cardiovasculaires, infection par le VIH, maladie thromboembolique veineuse, suicide, précarité). Son parcours de soins, souvent erratique, s'articule autour de certaines disciplines spécifiques .

Objectifs : Décrire les motifs de consultation des personnes transgenres ; Décrire le parcours de soins de cette population.

Méthode : Revue systématique de la littérature à partir de PubMed. Critères de sélection : article original (en anglais ou français) concernant les patients transgenres spécifiquement (excluant la « communauté LGBT »), adultes, pris en charge par toutes spécialités, excluant le recrutement aléatoire hors parcours de soins. Sélection faite indépendamment par deux évaluateurs.

Résultats : Huit cent soixante douze articles ont été sélectionnés. Soixante quinze articles ont été analysés parce qu'ils décrivaient un suivi longitudinal au sein du parcours de soins. Les motifs de consultation les plus fréquents après lecture intégrale étaient : chirurgie de réassignation sexuelle (60%) et hormonothérapie (20%). Aucun article ne traitait des soins primaires. La majorité des études étaient hétérogènes sur les critères d'évaluation clinique et la durée du suivi. Le nombre de sujets était limité avec beaucoup de perdus de vue.

Conclusion : La synthèse de la littérature n'a pas permis de méta-analyse du fait de résultats trop hétérogènes. Aucune base de données cliniques recensant les motifs de consultation des patients transgenres n'a été retrouvée. Beaucoup d'articles d'opinion existaient sur la thématique transgenre. D'autres études avec des critères de jugements biopsychosociaux non centrées exclusivement sur la pathologie ou l'organe sont nécessaires. Le médecin généraliste pourrait être un acteur pertinent grâce à une approche globale intégrant la complexité. Sa place au sein du parcours de soins reste encore à définir.

Mots clefs : Dysphorie de genre, parcours de santé, études de suivi, revue de la littérature.

ABSTRACT

Context : The recommendations of the Haute Autorité de Santé (HAS) and the World Professional Association for Transgender Health (WPATH) formalize the healthcare pathway mode of the trans patients. This population is more confronted with risks (cardiovascular events, infection by HIV, thromboembolic disease, suicide, instability). Her/his healthcare pathway, often erratic, revolves around some specific disciplines.

Aim : Describe the consultation reasons of transgender patients. Describe disease management for this population.

Method : Systematic review of literature made from the Pubmed database. The article had to be original (English or French), only on transgender people (LGBT excluded), concerning adult, excluded the recruitment outside the care pathway.

Results : Eight hundred and seventy two articles were selected. Seventy five have been analyzed because they described a longitudinal follow in the care management. The full reading shows an over-representation rate of re-assignment (60%) and of hormone therapy (20%). No articles approach the primary care. The clinical endpoints and duration of follow-up were heterogeneous in the majority of studies. The number of subjects was limited and the lost to follow-up was important.

Conclusion : The literature synthesis couldn't lead to a meta analysis because of the heterogeneous results. No articles about the reasons for transgender patients consultations were found. Many opinion articles existed on the transgender topic. Other studies with biopsychosocial judgments criteria not centered exclusively on pathology or organ are needed. The GP might be a relevant actor through a comprehensive approach integrating complexity of the transgender patient. The GP care management role is yet to be defined.

Keys words : Gender dysphoria, disease management, follow-up studies, review literature.

Liste des abréviations:

ALD	Affection longue durée
AMM	Autorisation de mise sur le marché
ARV	Anti retro viraux
ATCD	Antécédents (médicaux)
BMI / IMC	Body masse index / Indice de masse corporelle
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CIM 10	Classification internationale des maladies dixième version
CO	Concordance observée
CT	Concordance théorique
CTA	Cricothyroid approximation
DMO	Densité minérale osseuse
DSM-5	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
FdRCV	Facteurs de risques cardio-vasculaire
FtM	Femme à homme (Female to Male)
HAS	Haute autorité de santé
IM	Intra musculaire
LAVA	Laser-assisted voice assignment
LRG	Laser reduction glottoplasty (chirurgie de réduction de la glotte par laser)
MtF	Homme à femme (Male to Female)
SOPK	Syndrome des ovaires poly kystiques
SRS	Sexe reassignment surgery (chirurgie de réassignation sexuelle)
TA	Tension artérielle
TG	Triglycérides
TV	Toucher vaginal
TVP	Thrombose veineuse profonde
WPATH	World Professional Association for Transgender Health

I. Introduction

I.1. DÉFINITION

La sémantique des termes utilisés pour définir une personne avec une « non-conformité » de genre suscite de nombreuses polémiques, car de nombreux enjeux se dissimulent derrière les termes utilisés. Les termes de *dysphorie de genre*, de *transsexualisme*, de *personnes transgenres*, d'*incongruité* et de *non-conformité de genre* renvoient à des notions parfois communes mais aussi à des différences qui dépendent de la signification donnée par chacun. Il nous paraît donc nécessaire d'éclairer notre travail en explicitant certains de ces termes. Nous faisons le choix d'utiliser le terme *transgenre*.

I.1.1. Transsexualisme

D'après la version 10 de la classification internationale des maladies (CIM10)(1) le transsexualisme est décrit comme « le désir de vivre et d'être accepté en tant que personne appartenant au sexe opposé. Ce désir s'accompagne habituellement d'un sentiment de malaise ou d'inadaptation envers son propre sexe anatomique et du souhait de subir une intervention chirurgicale et/ou un traitement hormonal afin de rendre son corps aussi conforme que possible au sexe désiré ».

Du point de vue de la Cours européenne des droits de l'homme(2): « On entend par transsexuels les personnes qui, tout en appartenant physiquement à un sexe, ont le sentiment d'appartenir à un autre ; elles essaient souvent d'accéder à une identité plus cohérente et moins équivoque en se soumettant à des soins médicaux et à des interventions chirurgicales afin d'adapter leurs caractères physiques à leur caractère psychique. Les transsexuels ainsi opérés forment un groupe assez bien déterminé et déterminable ».

Cependant ces définitions peuvent mener à réduire le transsexualisme à la réassignation sexuelle, qui sont pourtant deux notions bien distinctes.

I.1.2. Dysphorie de genre

D'après le DSM-5 (2013)(3), on parle de dysphorie de genre, lorsqu'il existe une différence marquée entre le sexe exprimé ou expérimenté d'un individu et le genre que les autres individus lui attribuent, et si cette différence se maintient pendant au moins six mois . En outre , chez les enfants, le désir d'appartenir au genre opposé doit être présent et verbalisé. Cette condition doit entraîner une souffrance cliniquement significative ou une altération dans les domaines sociaux, professionnels et autres avec des répercussions sur le fonctionnement de l'individu.

La dysphorie de genre est très polymorphe , allant d'un désir d'être considéré du genre opposé à celui de modifier totalement ses caractères sexuels anatomiques.

Le DSM-5 confère en plus, un statut particulier aux individus post-transition qui vivent à plein temps dans le genre revendiqué (avec ou sans sanction juridique du changement de sexe). Cette particularité a pour objectif de garantir l'accès au traitement pour les personnes qui

continuent de subir l'hormonothérapie, les chirurgies, la psychothérapie pour soutenir leur transition.

Le DSM-5 contrairement aux versions précédentes, vise à éviter la stigmatisation et veut assurer les soins cliniques pour les personnes qui présentent une non-conformité de genre. Il supprime le caractère pathologique et psychiatrique (trouble mental) en remplaçant le terme de *trouble de l'identité de genre* par *dysphorie de genre*. L'élément essentiel de la dysphorie de genre est la présence d'une souffrance cliniquement significative associée à la condition.

1.1.3. Incongruité et non-conformité de genre

Dans un travail publié récemment dans *Archives of sexual behavior* (4), Van Caenegem met en avant la prévalence de l'incongruité de genre et de la non-conformité de genre. La notion de non-conformité de genre renvoie à l'idée selon laquelle un individu est déterminé socialement et culturellement par son genre.

Ici, on différencie donc cette notion, de la dysphorie de genre (qui comprend également un facteur de détresse) et qui nécessitera plus souvent un soutien médical. Aujourd'hui, la plupart des données sur la non-conformité se concentrent sur la dysphorie de genre ou sur le nombre de changements de sexe juridique. Dans la population étudiée par Van Caenegem E., l'ambivalence sexuelle est présente chez 2,2% des hommes et 1,9% des participantes féminines, alors qu'une incongruité de genre a été trouvée chez 0,7% des hommes et 0,6% des femmes. L'auteur cherche à montrer la diversité des « genres » et sortir de la notion binaire « homme-femme » communément admise.

1.2. DÉMOGRAPHIE / PRÉVALENCE

En 2015, Arcelus J & al (5) ont publié une revue systématique des études de prévalence sur les transsexuels. Les conclusions de cette méta-analyse retrouvent une prévalence de 4,6 transsexuels pour 100.000 individus ; 6,8 pour les femmes trans (MtF) et 2,6 pour les hommes trans (FtM). Cependant il faut nuancer ces résultats : d'une part, l'étude est limitée par la forte hétérogénéité méthodologique des études incluses ; d'autre part, le niveau de tolérance de la société, le système de santé, la législation concernant les droits des personnes transgenres et l'intérêt académique dans ce domaine influenceraient ces chiffres. Le nombre de rapports issus des pays en voie de développement est limité. Cela signe l'absence d'étude épidémiologique entreprise ou bien l'absence de services cliniques disponibles, avec les conséquences qui en découlent.

L'analyse temporelle réalisée dans cette même étude, montre une augmentation de la prévalence au cours des 50 dernières années. Cette augmentation est multifactorielle: la visibilité accrue des personnes transgenres dans les médias, la grande disponibilité de l'information sur Internet à propos de transsexualisme, participent à la « dé-stigmatisation » de cette population spécifique.

1.3. PARCOURS DE SOINS

L'HAS a rédigé en novembre 2009 un document(6) sur la situation actuelle, les perspectives d'évolution et la prise en charge médicale du transsexualisme en France. Ce rapport se réfère aux standards de la World professional Association for Transgender Health (WPATH). Plusieurs étapes (successives ou simultanées) sont décrites : l'établissement du diagnostic, l'accompagnement psychologique, l'expérience en vie réelle, l'hormono-substitution et la chirurgie de réassignation.

1.3.1.L'étape diagnostique

C'est la première phase. Le but de cette étape n'est pas d'assimiler les personnes transgenres à des malades mentaux mais de confirmer la non conformité de genre et la souffrance induite tout en éliminant une éventuelle pathologie confondante.

Cette étape permet de s'assurer de la volonté du patient à s'engager dans les étapes suivantes. Elle doit être la plus courte possible et s'adapter au cas par cas afin de limiter d'éventuelles souffrances liées à la dysphorie de genre.

1.3.2.Expérience en vie réelle

L'objectif de cette phase est d'apprécier les conséquences du changement de rôle social. La durée de cette phase est variable .Sa mise en route est initiée par la personne accompagnée par l'équipe médicale. La pertinence de cette étape reste très discutée parmi les personnes transgenres et les professionnels de santé.

1.3.3.Hormono-substitution

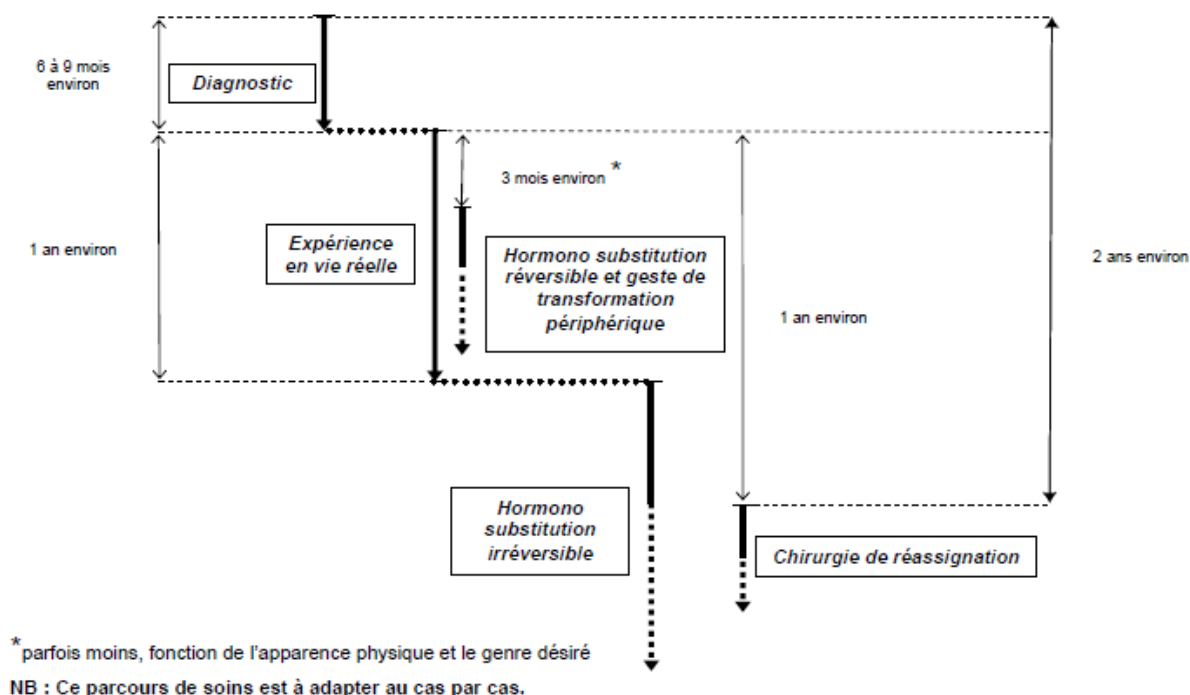
Il existe 2 phases de traitement : la première consiste à bloquer les stéroïdes sexuels du sexe génétique (dévirilisation ou déféminisation) et la deuxième à introduire l'hormone du sexe désiré, entraînant des modifications irréversibles.

L'hormonothérapie de substitution nécessite de fins ajustements, prenant en compte d'éventuels effets indésirables et complications (risque thromboembolique et hyperprolactinémie sous estrogène, gestion du risque cardio-vasculaire et syndrome métabolique sous testostérone). Au cours de cette phase , le médecin généraliste peut avoir un rôle à jouer dans la demande d'entente préalable auprès de la sécurité sociale et le renouvellement des ordonnances hospitalières.

1.3.4.Chirurgie de réassignation

La chirurgie vient compléter le processus de transformation. Elle consiste en l'ablation des organes sexuels attribués et la création de nouveaux organes génitaux correspondant au genre ressenti. Elle associe une chirurgie ablative et reconstructive, simultanément ou successivement. Cependant, certaines personnes (voire la majorité) ne souhaitent pas obtenir leur réassignation sexuelle.

Figure 1 : Présentation schématique du parcours de soins réalisé par l'HAS en Novembre 2009



I.3.5. Aspect juridico-administratif

Du point de vu législatif, la France est le premier pays à avoir « dé-pathologisé » la dysphorie de genre. Cependant, le changement d'état civil n'est attribué qu'après réassignation sexuelle.

De nombreux problèmes subsistent aujourd'hui encore dans la prise en charge des personnes transgenres : la variabilité de traitement selon la juridiction, la nécessité de recourir à une expertise médicale pour l'obtention de nouveaux papiers d'identité (carte nationale d'identité, état-civil, numéro de sécurité sociale), les démarches administratives lentes et complexes, le non-remboursement de certains actes par la CPAM.

La prise en charge financière des soins prévus dans le parcours de soins n'est pas clairement définie. Le remboursement de la chirurgie « périphérique », les interventions à but esthétique, le remboursement de l'hormono-substitution hors-AMM, l'absence de tarification de la

chirurgie de réassignation dans la CCAM sont problématiques et varient selon les caisses. La mise en ALD peut être mal vécue, ressentie comme stigmatisante, puisqu'elle fait partie des « affections psychiatriques de longue durée ».

I.3.6. Place du médecin généraliste

I.3.6.1. Rôle et compétence du médecin généraliste

La revue **exercer** a publié en 2013(7) un article définissant le rôle de la médecine générale. Cette définition intervient non pas comme une description exhaustive d'un métier complexe et multiple, mais plutôt comme un ensemble de grands principes résumés en 6 grandes compétences qui orientent la perception du rôle et de la place des médecins généralistes d'aujourd'hui. Elle permettra de mieux définir la place éventuelle du médecin généraliste dans la prise en charge des personnes transgenres.

I.3.6.1.1. Approche globale et complexité

Cette première compétence se définit par la capacité de mettre en œuvre une démarche décisionnelle centrée sur le patient selon un modèle global de santé (EBM selon le modèle de Engel), quel que soit le type de recours aux soins dans l'exercice de la médecine générale."

I.3.6.1.2. Éducation en santé dépistage, prévention individuelle et communautaire

Cette compétence concerne l'accompagnement du patient dans une démarche autonome visant à maintenir et améliorer sa santé, prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux dans le respect de son propre cheminement, en intégrant les notions d'éducation et de prévention.

I.3.6.1.3. Premier recours et urgences

Cette troisième compétence concerne la capacité du médecin à gérer avec la personne les problèmes de santé indifférenciés, non sélectionnés, programmés ou non, selon les données actuelles de la science, le contexte et les possibilités de la personne, quels que soient son âge, son sexe, ou toute autre caractéristique, en organisant une accessibilité (proximité, disponibilité, coût optimal).

I.3.6.1.4. Continuité, suivi et coordination des soins

La quatrième compétence se focalise sur la continuité, le suivi, la coordination des soins autour du patient. Cette compétence vise à assurer la continuité des soins et la coordination des problèmes de santé du patient engagé dans une relation de suivi et d'accompagnement.

I.3.6.1.5. Approche centrée patient, relation et communication

Cette compétence se définit comme la capacité à construire une relation avec le patient et son entourage, les différents intervenants de santé ainsi que les institutionnels, en utilisant dans les différents contextes les habiletés communicationnelles adéquates, dans l'intérêt des patients.

1.3.6.1.6. Professionnalisme

La dernière compétence se définit comme la capacité à assurer l'engagement envers la société et à répondre à ses attentes, à développer une activité professionnelle en privilégiant le bien-être des personnes par une pratique éthique et déontologique, à améliorer ses compétences par une pratique réflexive dans le cadre d'une médecine fondée sur des faits probants et à assumer la responsabilité des décisions prises avec le patient.

1.3.6.1.7. Approche globale biopsychosociale (8)

Enfin nous voulions définir l'approche globale qui ne fait pas partie des 6 grandes compétences que nous avons abordées ci-dessus. Le modèle biopsychosocial permet de globaliser la conception biomédicale des médecins : positiviste, matérialiste, scientifique, objective et la conception profane subjective du patient. La médecine scientifique est une pratique médicale qui doit être une « médecine de la personne en sa totalité » avec l'objectif de lui permettre de se comprendre, d'intégrer toutes les dimensions de la situation-problème. Elle permet de prendre le problème dans toute son ampleur et ne le limite pas à sa dimension biomédicale.

1.3.6.2. Médecine générale et transsexualisme

A notre connaissance, aucune étude française ne concerne la prise en charge des patients transgenres en médecine générale. Le rapport réalisé par l'HAS en 2009 est exclusivement rédigé par des spécialistes d'organes (endocrinologues, psychiatres, chirurgiens) sans la participation de médecins généralistes.

Pourtant, le parcours de soins complexe de ces patients laisse penser que les médecins généralistes pourraient avoir une place dans le suivi et la coordination des soins. Les réseaux de soins qui se limitent aux structures spécialisées posent des problèmes de disponibilité temporelle et géographique des équipes.

De plus l'approche globale biopsychosociale qui caractérise la médecine générale pourrait permettre de porter un regard différent sur les difficultés d'accompagnement de ces patients.

Snelgrove J.W.(9) dans une étude qualitative analysant les réactions de 13 médecins généralistes confrontés à des patients transgenres au Canada , montre le manque de connaissances et le déficit d'informations quant à la prise en charge de ces patients. Il évoque aussi les problématiques éthiques sous-jacentes et l'incertitude quant à la satisfaction des patients avec les prises en charges actuelles.

Notre travail s'inscrit donc dans la continuité de ce raisonnement : en explorant le parcours de soins des personnes transgenres nous avons voulu mieux définir les motifs de recours aux soins de cette population spécifique et faire émerger les problématiques inhérentes au parcours de soins de ces personnes constituant un élément initial de l'amélioration des pratiques professionnelles.

1.4. OBJECTIFS

L'objectif principal de ce travail de recherche est de faire l'état de l'art concernant les motifs de consultation des personnes transgenres. L'objectif secondaire est de mieux comprendre le parcours de soins de cette population spécifique.

2. Méthodologie

Il s'agissait d'effectuer une revue systématique de la littérature. Une base de donnée a été interrogée (Pub Med). Tous les résumés d'articles ont été lus afin de déterminer les études correspondant aux critères d'inclusion et d'exclusion. Quand un doute existait, une lecture du contenu de l'article était réalisée. La bibliographie des études incluses était examinée afin d'inclure d'autres références pertinentes. Nous avons tenté de respecter au mieux la liste des critères PRISMA.

2.1. ALGORITHME DE RECHERCHE

L'objectif de notre algorithme de recherche était de retenir les articles originaux pertinents relatifs à notre question de recherche. L'article devait donc renseigner le motif de consultation des patients transgenres ou du moins renseigner des éléments du parcours de soins de ces patients.

A l'aide de l'outil *Cismef*, qui permet de construire et traduire une équation de recherche en français sur *PUBMED* (<http://cispro.chu-rouen.fr/querybuilder/>), nous avons établi un listing des termes *MeSH* (Cf. annexe 1) correspondant. Puis, à partir de ces derniers nous avons réalisé une première phase de recherche et nous avons alors comparé les résultats de ces recherches afin d'évaluer la pertinence et l'apport de chacun des termes.

Deux types de termes de recherche ont été associés entre eux grâce à des opérateurs booléens. L'algorithme de recherche ainsi obtenu pour *Pub Med* était le suivant :

**(("Health Knowledge, Attitudes, Practice"[Mesh] OR "Disease Management"[Mesh] OR "Diagnosis"[Mesh] OR "Health Services"[Mesh])
AND
("Sex Reassignment Procedures"[Mesh] OR "Transgendered Persons"[Mesh] OR "Transsexualism"[Mesh]))**

La base de données a été explorée depuis sa création jusqu'à la date limite de recueil des données fixée au 20 juin 2015. Aucun filtre n'a été imposé à cette étape de la recherche. Tous les articles originaux ont été retenus, quelle que soit la langue de rédaction.

Les autres bases de données de la littérature grise n'ont pas été exploitées car après une recherche rapide, il ne semblait pas y avoir de texte d'intérêt majeur supplémentaire ou du moins pertinent dans le cadre de notre recherche. Cela s'explique par la nature de notre recherche et par l'absence de bases de données pertinentes, dans la recherche de données sur le transsexualisme.

2.2. CRITÈRES D'EXCLUSION

Un ensemble de critères d'exclusion ont été ensuite définis afin de ne garder que les articles les plus pertinents pour notre recherche. Les articles ont donc été exclus selon les critères suivants, par ordre de décroissance.

- articles écrits dans d'autres langues que le français ou l'anglais .
- articles non originaux (incluant les commentaires d'articles, les éditoriaux de revues, les articles d'opinion)
- études concernant les personnes transgenres au sein de la collectivité LGBT et non pas comme une population spécifique. Ce choix se justifie par notre volonté de ne pas confondre l'identité de genre avec l'orientation sexuelle.
- études concernant la problématique de la prise en charge des enfants. Le diagnostic à cet âge pose des questions éthiques et terminologiques qui semblent trop complexes et qui devraient donc faire l'objet de travaux spécifiques
- études incluant des personnes transgenres en dehors de leur parcours de soins c'est à dire incluses aléatoirement par démarchage au sein des communautés ou par questionnaires
- articles dont le texte intégral était payant ou non disponible

2.3. SÉLECTION DES ARTICLES

De façon indépendante, deux lecteurs (le thésard et la directrice de thèse) ont lu l'ensemble des titres et abstracts sélectionnés via le moteur de recherche Pub Med et ont réalisé une première sélection en fonction des critères d'exclusion définis plus haut.

En cas de désaccord sur la sélection d'un article, une discussion entre les deux lecteurs permettait de trancher. Si le désaccord persistait, la lecture intégrale de l'article était effectuée. Si le désaccord persistait encore, un troisième lecteur, expérimenté et expert de la méthode de revue systématique tranchait.

Une seconde sélection était ensuite réalisée à partir des textes intégraux notamment sur la partie « matériel et méthodes ». Cette seconde phase a permis d'affiner la sélection des articles. De manière secondaire nous avons cherché si l'article renseignait bien le suivi des patients transgenres c'est à dire les études descriptives longitudinales et non pas transversales. Pour le processus final, seuls les articles définissant les motifs de consultation des patients transgenres ont été retenus. Les critères suivants ont été définis pour l'analyse systématique des dossiers inspirés des échelles COREQ, STROBE:

- Auteur
- Année de publication
- Pays
- Discipline étudiée

- Type d'étude
- Nombre de sujets participant à l'étude
- L'âge des sujets
- Motifs de consultations
- La réponse à l'objectif
- Le suivi des patients
- Caractéristiques des populations
- Perception de la globalité biopsychosociale et prise en compte des attentes des patients

3. Résultats

3.1. PROCESSUS DE SÉLECTION DES ARTICLES

La recherche initiale a permis d'obtenir 872 articles retrouvés dans Pub Med. Après lecture des résumés, le premier chercheur a gardé 123 articles. Le second a sélectionné 119 articles. Les 2 investigateurs ont sélectionné d'emblée 91 articles ne répondant à aucun des 4 critères d'exclusion. Parmi les 60 articles en litige, 54 ont été retenus pour la lecture intégrale de l'article afin de trancher et 6 ont été exclus.

La concordance entre les chercheurs, mesurée par le score Kappa de Cohen était de 71,21% (Cf. annexe 2).

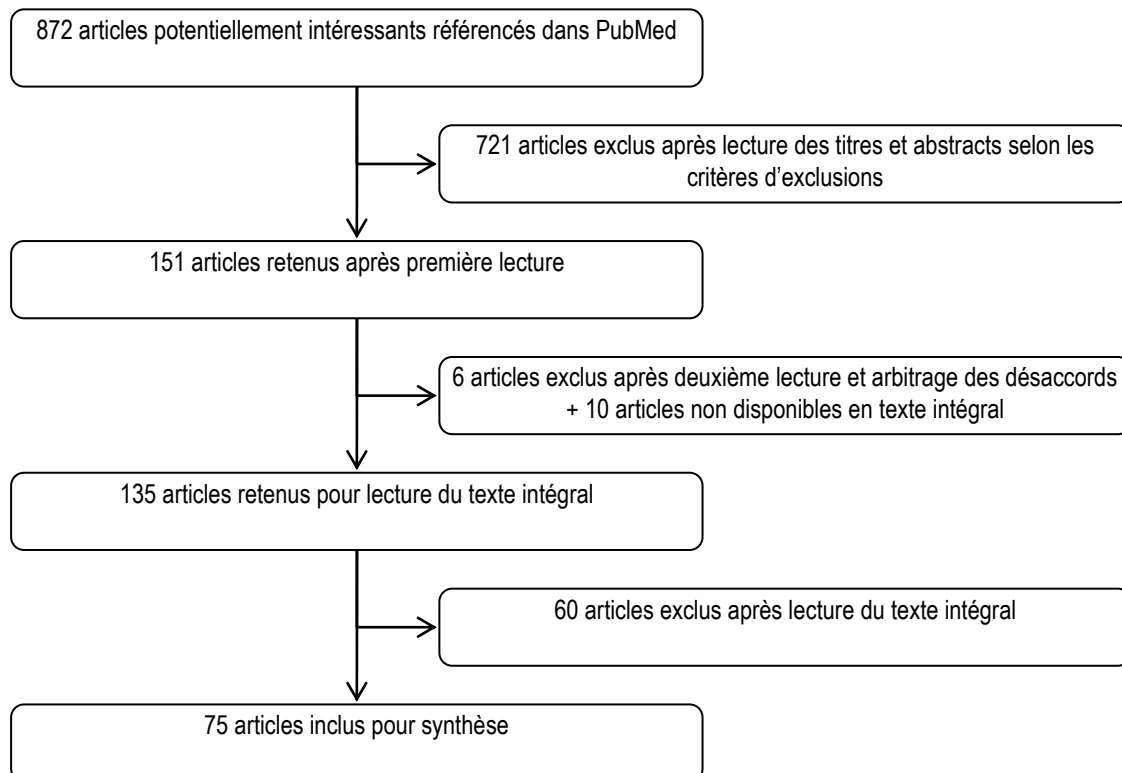
Tableau 2: Concordance globale de la revue systématique

		Lecteur 2		
		inclus	Non inclus	Total
Lecteur 1	inclus	91	32	123
	Non inclus	28	721	749
	Total	119	753	872

Parmi les 721 articles exclus sur le titre ou le résumé, 95 répondaient au premier critère d'exclusion, 168 au second critère, 149 au troisième critère, 33 au quatrième critère et 276 au cinquième critère.

Ainsi 145 articles ont été sélectionnés parmi lesquels 10 articles n'ont pas pu être récupérés dans leur forme intégrale. Pour tous les autres (135 articles), une nouvelle sélection a été effectuée à partir du texte intégral et en particulier de la partie « matériel et méthodes ». 60 articles qui répondaient finalement à un des 5 critères d'exclusion ont été écartés ainsi que 75 articles qui ne présentaient pas les critères d'inclusion. Les 75 articles restants ont été lus intégralement et ont été inclus pour répondre à notre objectif principal (figure 1).

Figure II : Schéma récapitulatif de la sélection des articles.



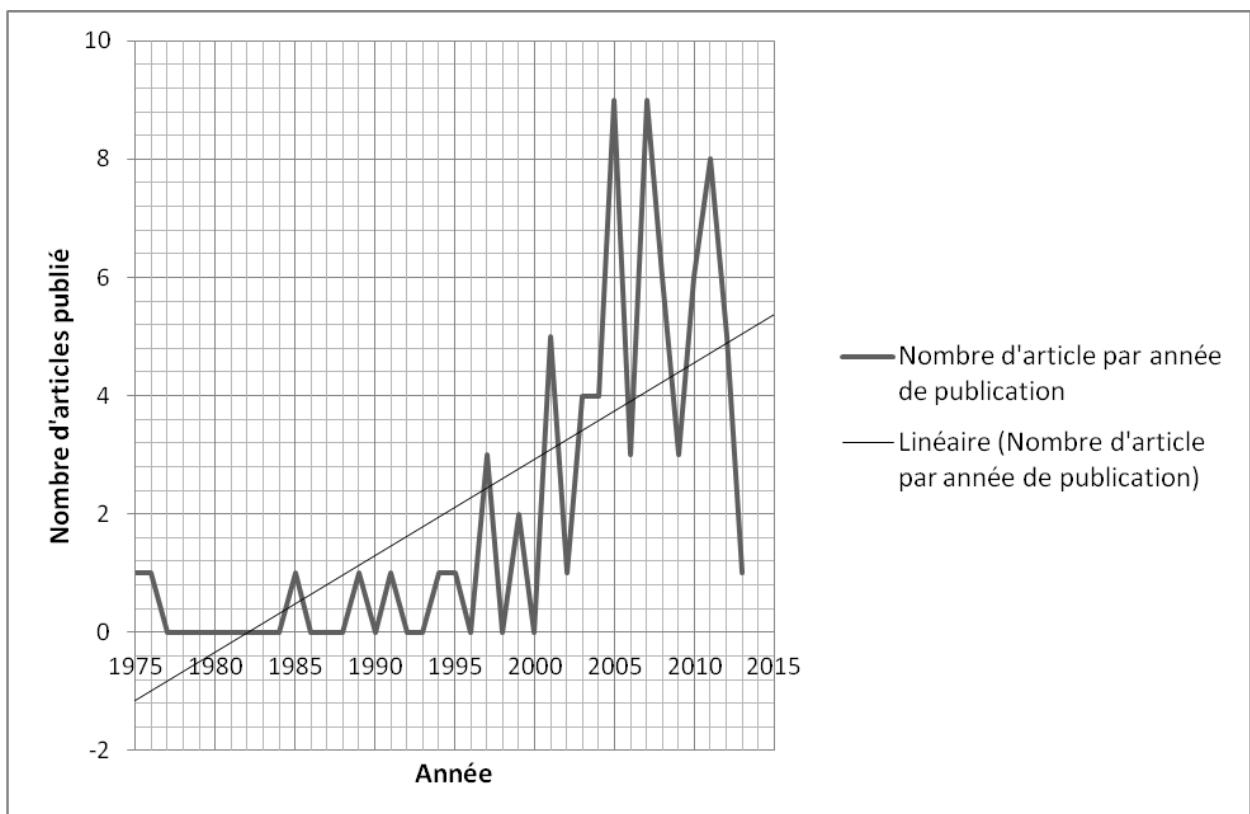
3.2. LECTURE CRITIQUE DES ARTICLES

3.2.1. Caractéristiques des études

3.2.1.1. Temporalité

Le nombre d'études concernant les personnes transgenres augmente progressivement et linéairement avec le temps (graphique I). La première étude retenue pour nos travaux datait de 1977.

Figure III : Nombre d'études publiées en fonction des années



1.1.1.1. Répartition géographique

Sur l'ensemble des études analysées, la majorité sont issues de pays Européens (78%). Pour les études restantes, 14% ont été réalisées en Amérique du nord, 7% en Asie et 1% en Océanie. Aucune étude n'a été retrouvée sur le continent Africain. (Cf. Annexe 3).

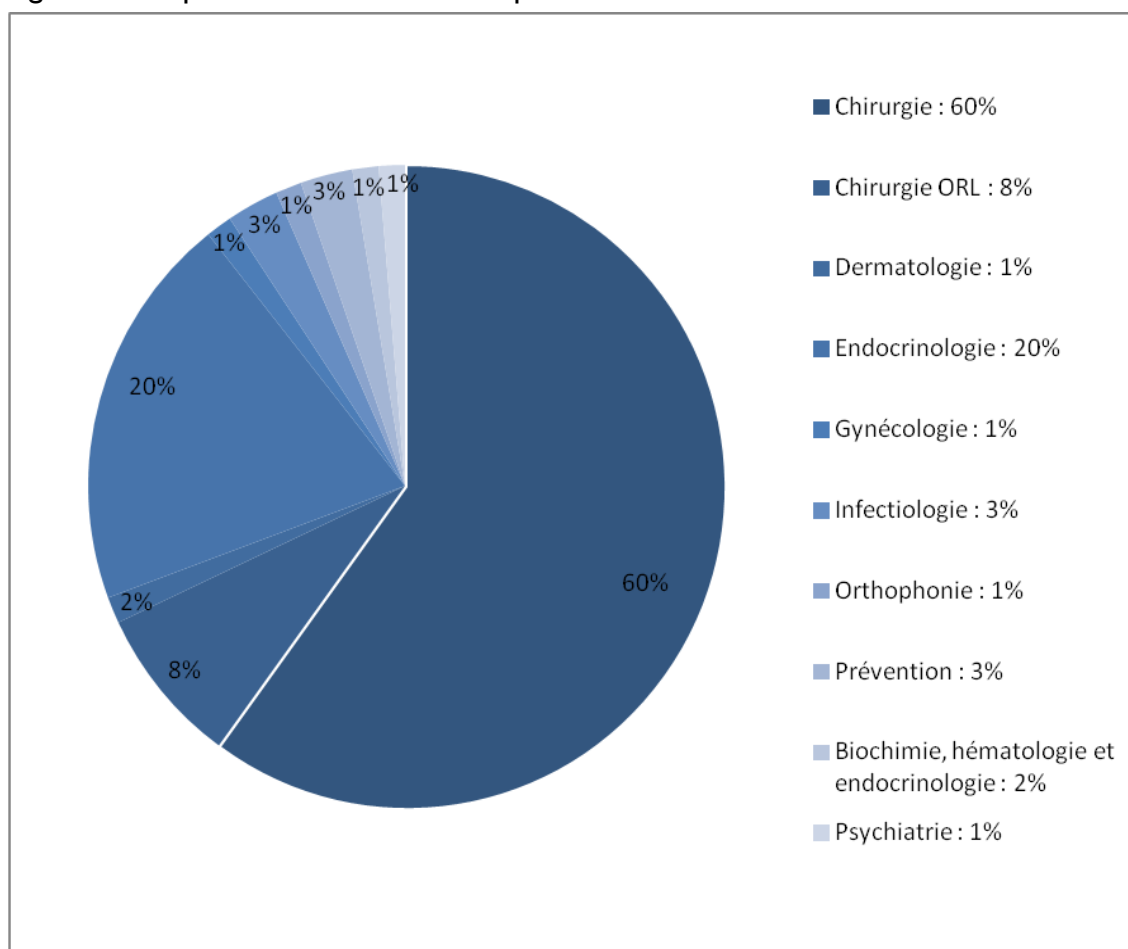
Au total sur les 75 études analysées, 9 études sont réalisées en Allemagne, 1 en Autriche, 16 en Belgique, 3 en France, 1 en Grèce, 7 en Italie, 1 en Norvège, 7 aux Pays-Bas, 2 en Pologne, 1 en République Tchèque, 8 au Royaume-Uni, 3 en Serbie, 2 en Suède, 3 en Suisse, 2 en Turquie, 1 en Yougoslavie, 1 en Chine, 1 en Corée, 3 au Japon, 1 en Australie, 1 au Canada, 10 aux Etats-Unis.

On constate donc une forte prédominance des pays occidentaux dans cette répartition.

1.1.1.2. Disciplines concernées

La figure 3 synthétise l'ensemble des spécialités concernées dans cette revue de la littérature. On constate une forte prédominance de la chirurgie avec 51 études (dont 6 de chirurgie ORL) sur les 75 analysées, suivie par l'endocrinologie avec 15 études. Le reste des études se répartit entre différentes disciplines : une étude en biochimie et hématologie de laboratoire, une en dermatologie, une en gynécologie, deux études en infectiologie, une en orthophonie, deux études de prévention et une étude en psychiatrie.

Figure IV : Répartition des différentes spécialités sur la totalité des études



3.2.1.4. Types d'études et niveau de preuve

Sur l'ensemble des articles analysés, la majorité sont des études de cohorte : 46 cohortes prospectives et 25 cohortes rétrospectives. Trois articles sont des études cas-témoins et une est comparative non randomisée. Ces types sont de faible niveau de preuve.

3.2.1.5. Objectifs des études

La majorité des études évaluent l'efficacité ou la tolérance d'une intervention thérapeutique. Certaines études prennent en compte la satisfaction des patients.

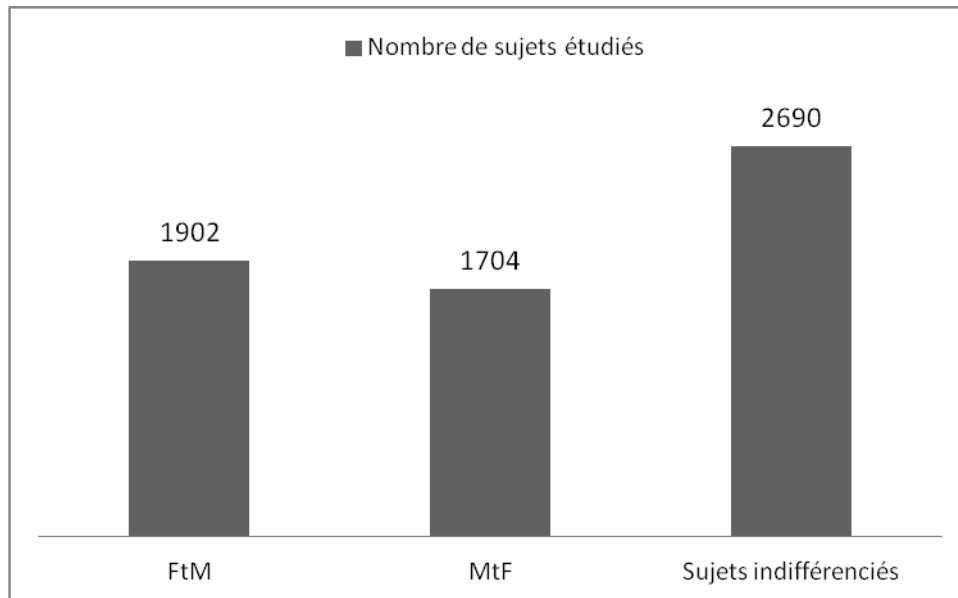
3.2.2. Caractéristiques des populations étudiées

3.2.2.1. Nombre de sujets

Au total, 6296 sujets ont été recensés au travers des différents travaux répertoriés.

Le nombre moyen de sujets par étude est de 78,7 avec un minimum de 3 sujets et un maximum de 579 sujets. Les données concernent 1704 MtF, 1902 FtM et 2690 individus. (Cf. Figure 4)

Figure V : Répartition du nombre de sujets étudiés :



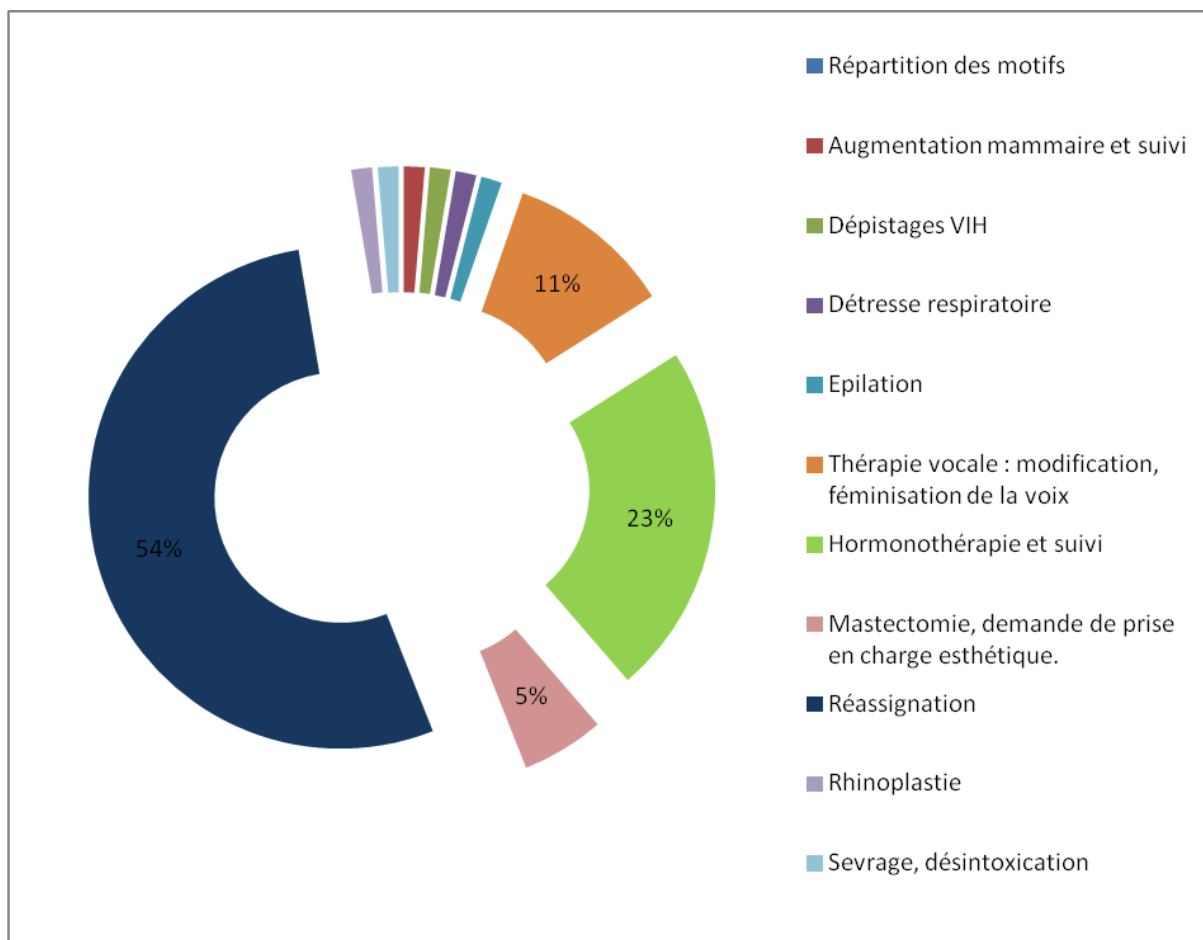
3.2.2.2. Âges des populations

L'âge moyen des populations étudiées est de 34,23 ans ($\pm 6,03$). La moyenne d'âge varie en fonction des études avec une moyenne minimale à 24,83 ans et une maximale à 57 ans. Le patient inclus le plus jeune a 15 ans et le plus vieux 76 ans. L'étude incluant le patient le plus vieux est une étude sur l'évaluation de la prise en charge chirurgicale des prolapsus de néo vagin chez les patients MtF.

3.2.3. Motifs des consultations

45 études concernent la réassignation sexuelle et 17 concernent l'hormono-substitution. La figure 5 synthétise l'ensemble des motifs de consultation et met en évidence la forte proportion des études en chirurgie et endocrinologie.

Figure VI : Synthèse des motifs de consultations.



3.2.4.Représentation des problématiques spécifiques

3.2.4.1. Critères d'évaluation en recherche clinique : biomédical versus biopsychosocial

Le tableau 3 met en évidence la réponse aux questions de recherche posées dans les différentes études. Les objectifs sont très variables selon les études. Trois disciplines émergent significativement en terme de représentativité de publication : la chirurgie, l'endocrinologie, la thérapie vocale.

Les auteurs évaluent des interventions qui font partie du parcours de soins. Les effets secondaires, la tolérance, les complications et le niveau de satisfaction sont la plupart du temps évalués.

- 34 études (n° 1, 3, 4, 6, 8, 9, 11, 13, 16, 17, 18, 19, 22, 24, 28, 31, 34, 39, 40, 41, 42, 47, 48, 51, 53, 58, 64, 68, 69, 71, 72, 73, 74, 75) utilisent des critères de jugement biomédicaux : les modifications du bilan hépatique sous testostérone(10), ou le lien entre troubles urinaires et présence de tissus érectiles dans un néo phallus.

- 29 études (n° 5, 7, 10, 12, 20, 23, 26, 27, 29, 30, 32, 33, 35, 43, 44, 45, 46, 49, 50, 54, 55, 57, 59, 60, 61, 62, 65, 66, 70) utilisent des critères d'évaluation combinés, associant d'une part des paramètres biomédicaux et d'autre part la satisfaction du patient. Par exemple l'association entre troubles urinaires post réassignation et troubles de l'humeur(11), ou encore la possibilité d'avoir des rapports sexuels après réassignation(12), l'évaluation du niveau de satisfaction associée à la réassignation(13).

- 12 études (n° 2, 14, 15, 21, 25, 36, 37, 38, 52, 56, 63, 67) utilisent des critères d'évaluation qui prennent en compte le patient de façon plus globale. Par exemple, l'étude de Nelson L. (14) évalue l'impact de la réassignation sur la confiance en soi, sur les relations personnelles, l'interaction sociale, le travail et les loisirs. Un autre travail de Sevelius J.M.(15) évalue les liens entre l'âge, la limitation des consommations d'alcools, l'existence d'une relation stable, l'affirmation du genre et une meilleure observance thérapeutique aux antis retro viraux (ARV).

3.2.4.2. Suivi des patients

18 études ne décrivent pas le suivi des patients et 57 présentent des données hétérogènes en termes de mode et durée de suivi. La durée du suivi varie entre 3 mois et 474 mois. Les informations sur le suivi sont souvent maigres et ne précisent souvent que la durée d'exposition aux traitements hormonaux ou la durée de suivi post-opératoire. Le nombre de perdus de vue est rarement précisée.

3.2.4.3. Description de la population étudiée

Le nombre de caractéristiques décrivant la population étudiée est souvent faible. 47 études ne précisent que l'âge. Les caractéristiques permettant de décrire la population sont les suivantes (tableau 2) :

Tableau 2 : Répartition des critères de définition au travers des études

Caractérisation de la population	Nombres d'étude contenant le critère
IMC / Poids	15
Ethnie	5
Statut virologique (VIH, VHC)	4
Trouble psychiatrique ou trouble de l'humeur	9
Orientation et comportement sexuel	5
Addiction (alcool, tabac, autres)	5
Facteur de risque cardio-vasculaire	3
Milieu social / professionnel	9
Biomédical (biologie hormonale, DMO...)	7
Autres	3

Enfin une dernière analyse a cherché à évaluer si ces études envisagent la prise en charge des patients transgenres avec une approche centrée-patient. Dans le tableau 3, nous avons recherché si ces études abordent la complexité de l'individu transgenre.

Nous avons ensuite divisé les études en 3 groupes. Le premier groupe d'études qui ne sont pas « centrées-patients ». Le deuxième groupe d'études qui envisage l'individu selon des critères d'évaluation plus complexes autour des attentes et de la satisfaction des patients. Une catégorie intermédiaire pour laquelle nous avons jugé que l'intérêt porté aux patients n'était que partiellement développé.

- Au total 35 études (3, 4, 6, 8, 9, 11, 12, 16, 17, 18, 19, 24, 28, 30, 31, 34, 40, 41, 44, 45, 47, 48, 50, 51, 53, 58, 59, 62, 64, 69, 70, 71, 72, 73, 74) n'abordent pas l'individu dans sa dimension complexe ou selon des caractéristiques biopsychosociales.

- 19 études (2, 7, 13, 14, 20, 21, 32, 35, 36, 37, 38, 52, 54, 55, 56, 61, 63, 65, 67) ont développé une démarche originale centrée sur le patient et ses intérêts.

- 21 études (1, 5, 10, 15, 22, 23, 25, 26, 27, 29, 33, 39, 42, 43, 46, 49, 57, 60, 66, 68, 75) ne montrent qu'un intérêt limité pour cette démarche. Par exemple les études qui évaluent le niveau de satisfaction des patients post réassignation avec un questionnaire à choix multiples avec seulement 3 possibilités (Bon résultats, résultats satisfaisants, ou résultats insatisfaisants) ont été classées dans le groupe 3. Nous avons en effet considéré que la prise en compte des attentes du patient n'était que très partielle.

4. Discussion

A notre connaissance, il s'agit du premier travail étudiant les motifs de consultation des personnes transgenres. Les résultats de la littérature montrent que la grande majorité des motifs de consultation sont réunis autour de deux disciplines : la chirurgie (60% des articles) et l'endocrinologie (20% des articles).

La phase de sélection des articles a permis de mettre en évidence le très grand nombre d'articles d'opinion dans la littérature scientifique concernant la thématique transgenre. Cette information peut être considérée comme un résultat en soi. En effet, dans ce domaine, l'état de l'art contient plus souvent des avis d'experts que des données robustes issues d'études cliniques.

Cette diversité des avis à travers la littérature est peut être le témoin de la diversité des représentations sociales et des législations entre les différents pays du monde. Un exemple marquant de cet aspect sociétal est la grande disparité de traitement de ces individus sur le plan juridique comme nous l'avons précisé en introduction.

4.1. CARACTÉRISTIQUES ET ÉVOLUTION DE LA RECHERCHE

Le nombre de travaux scientifiques centrés sur la population transgenre semble en augmentation ces dernières années. Cette constatation est en accord avec la revue d' Arcelus J (5) et peut s'expliquer par l'augmentation du nombre de personnes présentant une dysphorie de genre comme le montre les dernières études épidémiologiques.

Cette augmentation peut aussi être liée aux modifications sociétales et a permis une libéralisation des pratiques médicales et l'acceptation du rôle de la médecine par une majorité d'acteurs confrontés à ces questions.

Il n'en reste pas moins que cette augmentation récente des études est aussi le reflet de l'inexpérience médicale face à des problématiques souvent mal comprises et pour lesquelles les niveaux d'exigences doivent toujours être mis en perspective avec la souffrance de ces personnes.

La répartition géographique des études amène elle aussi plusieurs questions.

La prédominance des études issues des pays occidentaux est frappante (Cf. Annexe 3) et peut amener une réflexion sur les facteurs influençant ce résultat. L'intérêt marqué pour cette problématique dépendrait donc de facteurs sociétaux et culturels comme nous l'avons déjà évoqué en introduction et toujours en accord avec les travaux d' Arcelus J. (5).

Nous sommes ainsi invités à porter une attention particulière à la condition de cette population, à la perception que les sociétés ont de ces personnes et inversement au regard qu'elles portent sur la société. Ainsi dans sa thèse Gilles de la Londe J. (16) évoque le ressenti des personnes transgenres face à une "société normative". Dans cette étude qualitative, des personnes transgenres interrogées rapportent leurs difficultés face à la « norme », naturelle et supérieure d'une société binaire « homme-femme ». Cette « exclusion sociale » trop souvent présente doit sensibiliser les médecins et amener une attention particulière afin qu'aujourd'hui

elle ne soit plus liée à une exclusion médicale inacceptable et en contradiction avec les valeurs de notre métier.

La population transgenre est faiblement prévalente. Le recrutement pour les études cliniques est donc plus difficile. Dans les 75 études sélectionnées la moyenne du nombre de participants est seulement de 78. Ce facteur est important à considérer car il conditionne les types d'études réalisées et explique le manque de puissance des travaux. Le niveau de preuve qu'apportent des études de cohortes est faible et de nouveaux travaux sont nécessaires.

D'autre part, nous avons voulu analyser les critères de définition des populations étudiées afin de discuter du regard que portent les chercheurs sur la population transgenre.

En effet il est étonnant de constater que le critère le plus souvent retrouvé pour caractériser la population trans est le poids ou l'IMC. Il n'existe pas aujourd'hui de critère de surveillance pertinent pour l'évaluation et le suivi de cette population. Cette carence et l'hétérogénéité des données recueillies empêchent d'obtenir des données comparables entre les études.

Ce problème devrait être une des priorités dans la recherche afin que les futurs travaux, harmonisés, puissent enfin être comparés.

Cela pourrait enfin amener à promouvoir une évaluation systématique et validée de la satisfaction des patients et avoir un retour pertinent sur le bénéfice des prises en charge.

4.2. UN UNIVERS CENTRÉ SUR LES ACTES MÉDICAUX ET LES DISCIPLINES CHIRURGICALES

Les études présentées dans cette revue traitent dans la grande majorité de problèmes chirurgicaux et endocriniens en lien avec les motifs de consultation que nous avons mis en évidence. Hors , d'après les travaux de Vujovic S.(17), 18% de la population étudiée n'a pas recours à la chirurgie. Nous pensons que cette discordance entre les problématiques rencontrées et la répartition des études pourrait être le reflet d'une vision centrée sur les problématiques biomédicales pures et serait liée aux perceptions spécifiques des médecins spécialistes. Il paraît donc important d'évaluer les attentes de cette population afin de mieux répondre à leurs besoins de santé.

Ainsi dans son étude, Hoshiai M.(18) met en évidence une prévalence élevée de troubles psychiatriques : 19% des MtF et 12% des FtM présentaient ces troubles et environ 75% avaient déjà eu des idées suicidaires. Pourtant dans notre travail les motifs psychiatriques ont été répertoriés dans une seule étude.

La problématique liée aux enfants présentant une dysphorie de genre fait actuellement l'objet d'une polémique importante pour l'optimisation des prises en charges sur les plans éthique et médical. Certains auteurs comme Shumer D.E. (19) et Nicholson C. (20) discutent l'importance d'une prise en charge précoce chez les enfants atteints de dysphorie de genre. L'apparition des caractères sexuels secondaires au moment de la puberté est irréversible et complique la transition réalisée par la suite. Cependant tous les enfants qui présentent une dysphorie de genre ne verront pas cette dernière perdurer à l'âge adulte.

Enfin, notre travail ne fait pas état des difficultés liées au vieillissement des personnes transgenres, souvent isolées socialement avec des problématiques très spécifiques comme le montre Brennan-Ing M. (21) dans son étude.

Un seul article de Berry MG (22) fait l'objet d'une réflexion sur le nombre de personnes perdues de vue durant leur suivi. Dans cette étude, 25% de sujets étaient perdus de vue. Ce problème n'est pas évoqué dans la plupart des études analysées. La question du nombre de sujets perdus de vue peut être mise en lien avec les difficultés de suivi rencontrées par les soignants.

4.3. PRISE EN COMPTE DES PATIENTS ET DE LEURS ATTENTES

Sur les 75 études, 19 travaux seulement développent une approche globale du patient et de ses attentes. Pourtant, dans son étude Bodlund O.(23) affirme que près de 16% des patients transgenres n'étaient pas satisfaits par la chirurgie de réassignation. De même dans les travaux de Selvaggi G.(24) 75,5% des patients remarquaient une amélioration de la vie sexuelle et 12,3% une aggravation. Berry MG(22) souligne le manque de critères d'évaluation dans les suites opératoires. Quand elle est prise en compte, la satisfaction est souvent évaluée de manière très sommaire : bonne, satisfaisante, insatisfaisante. Pourtant il existe aujourd'hui des outils validés pour l'évaluation de la qualité de vie globale des patients comme le SF36 et QoL. Snelgrove J.W.(9) soulignait l'importance, sur le plan éthique, que les patients soient satisfaits des interventions qu'ils subissaient.

L'aspect pluridisciplinaire de la prise en charge est peu évoqué.

Pourtant l'ensemble des recommandations existantes touchent à la fois à l'endocrinologie, à la psychiatrie et à la chirurgie. Le parcours de soins parfois chaotique des patients devrait inciter à optimiser la coordination des soins et à inclure de nouveaux acteurs afin de faciliter cette cohésion entre soignants.

4.4. PERSPECTIVES DE RECHERCHE

Le codage de l'antécédent « transgenre » lors des consultations pourrait permettre l'extraction de données plus spécifiques afin d'améliorer la qualité des informations relatives au suivi et la coordination des soins.

Les critères de jugement des études à propos des patients transgenres devraient intégrer des scores de qualité de vie. Par exemple lors d'une réassignation sexuelle, l'évaluation du ressenti, des perceptions liées au nouveau sexe ou de la modification de l'estime de soi sont des paramètres tout aussi pertinents que la réussite technique de l'intervention.

La pluridisciplinarité dans les soins est un élément pertinent pour concevoir des études collaboratives utilisant des critères composites. Ces critères permettraient d'envisager l'individu dans sa dimension biopsychosociale, du point de vue de la recherche médicale.

4.5. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ÉTUDE

A notre connaissance, il s'agit de la première revue systématique de la littérature cherchant à définir les motifs de consultation des patients transgenres. L'objectif fixé était volontairement très général. Nous avons donc sélectionné des articles très hétérogènes ne permettant pas la réalisation d'une méta analyse. Le respect des critères PRISMA nous a permis d'appliquer une méthode rigoureuse.

Nos données sont exclusivement issues de la base de données PubMed. Les recherches dans la littérature grise (le CAIRN) n'ont pas apporté d'articles présentant un intérêt supplémentaire. Les bases de données *psychinfo* et *web of science* n'ont pas pu être analysées en raison d'abonnements actuellement hors service depuis plus d'un an. Nous avons, ici, été confrontés à une problématique récente concernant l'obtention des documents et articles d'intérêt. Une dizaine d'articles n'ont également pas pu être récupérés pour l'analyse des textes intégraux par indisponibilité dans les services de documentation.

La population étudiée est très hétérogène (parfois female mélangée avec MtF) mais ce n'est pas de notre fait car la définition et les représentations diffèrent selon les disciplines et selon les idéologies des pays .

La littérature reflète aussi les représentations sociales différentes de chaque corpus médical.

5. Conclusion

Il n'existe pas à proprement parler d'étude évaluant les différents motifs de consultation des patients transgenres.

Sur un ensemble de 75 études analysées les motifs de consultation sont divisés en deux grands pôles d'intérêt que sont la chirurgie (40 travaux) et l'endocrinologie (17 travaux).

Durant la phase de sélection des articles, nous avons constaté qu'il existait un grand nombre d'articles d'opinion sur ce sujet qui fait polémique.

Les études existantes manquent de données pertinentes sur la satisfaction globale des patients et sur leur suivi.

La place des MG dans la prise en charge des patients trans n'est pas abordée par la recherche scientifique. Pourtant le parcours multidisciplinaire complexe de ces patients amène à penser que la prise en compte de l'approche globale biopsychosociale et le rôle de coordinateur de soins du MG pourrait permettre une amélioration de la prise en charge de ces patients. La recherche médicale doit s'attacher à définir la place du MG dans cette collaboration pluridisciplinaire et à systématiser le suivi de ces patients. Dans ce parcours de soins les médecins généralistes pourraient être les promoteurs d'une vision biopsychosociale et garantir une approche globale centrée sur le patient.

ANNEXE 1: MESH TERMS

Termes cherchant les motifs d'accès aux soins :

- Health Knowledge, Attitudes, Practice
- Health Services
- Practice Guidelines
- Practice Guidelines as Topic
- Primary Health Care
- Standard of Care
- Therapy
- Delivery of Health Care
- Diagnosis
- Disease Management

Termes désignant les personnes avec non-conformité de genre :

- Transgendered Persons
- Transsexualism
- Gender dysphoria (DSM IV)
- Trans people's
- Gender disorders
- Sexual disorders
- Gender Identity

ANNEXE 2: CONCORDANCE ET SCORE DE KAPPA

En statistique, le test du κ (kappa) mesure l'accord entre observateurs lors d'un codage qualitatif en catégories.

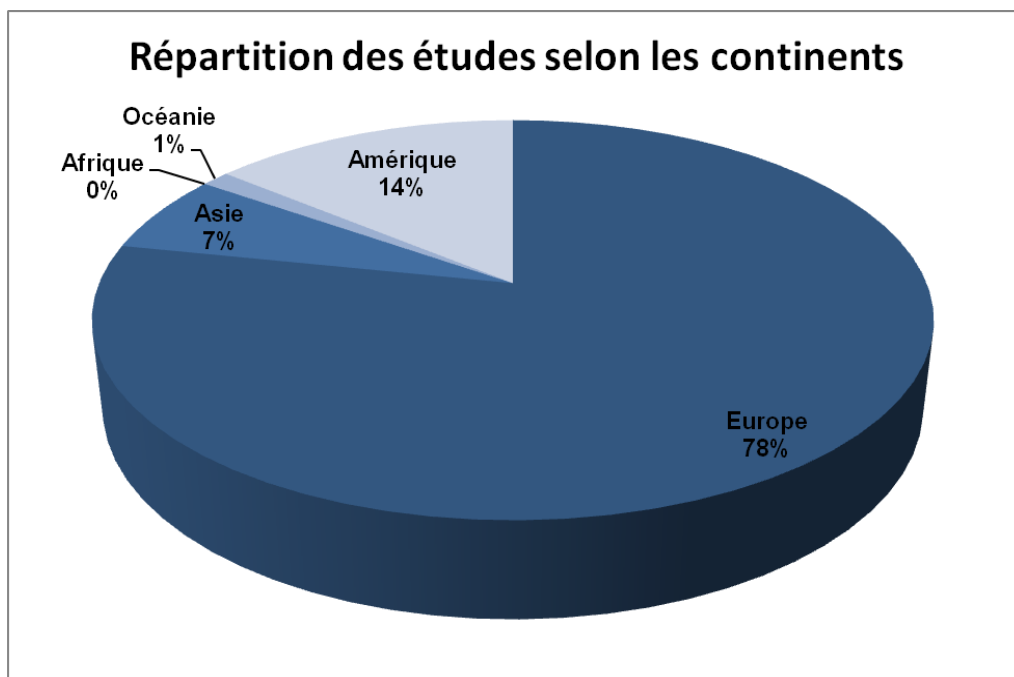
Le κ est une mesure d'accord entre deux codeurs.

Concordance observée (CO) = $91/872 + 721/872 = 0,9312$

Concordance théorique (CT) = $((123*119/872) + (749*753/872))/872 = 0.7610$

$$\text{Kappa score} = (\text{CO}-\text{CT})/(\text{1}-\text{CT}) = 71,21\%$$

ANNEXE 3: RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DES ETUDES



ANNEXE 4 : TABLEAU I

N°	1er auteur	Année	Lieu/Pays	Titre	Discipline	Type d'étude	Objectif
1	Weyers S. (25)	2010	Belgique	Mammography and breast sonography in transsexual women.	Chirurgie	étude de cohorte prospective	Evaluer la possibilité d'effectuer la mammographie et l'échographie des seins chez les MtF.
2	Sevelius J.M. (15).	2014	Etats-unis	Correlates of antiretroviral adherence and viral load among transgender women living with HIV.	Infectiologie	étude de cohorte rétrospective	Explorer les corrélats à l'adhésion aux traitements ARV et à une charge virale basse chez les MtF vivant avec le VIH.
3	Chastre J. (26)	1987	France	Acute and latent pneumonitis after subcutaneous injections of silicone in transsexual men.***	Infectiologie	étude de cohorte rétrospective	Rapporter l'expérience de pneumonies induites par des injections illégales de silicone sous cutanée (spontanées versus post-traumatiques).
4	Schroeter C.A. (27)	2003	Allemagne / Suisse	Ninety percent permanent hair reduction in transsexual patients.	Dermatologie	étude de cohorte prospective	Evaluer un traitement par IPLS (Intense Pulsed Light Source) pour l'épilation des patients MtF
5	Costantino A. (28)	2013	Italie	A prospective study on sexual function and mood in female-to-male transsexuals during testosterone administration and after sex reassignment surgery.	Endocrinologie	étude de cohorte prospective	Etudier les effets de la testostérone sur la fonction sexuelle et le bien être globale (dépression, insomnie, agressivité, etc...).
6	Tsuyoshi B. (29)	2006	Japon	Association between polycystic ovary syndrome and female-to-male transsexuality.	Endocrinologie	étude de cohorte prospective	Enquêter et comprendre une éventuelle association entre SOPK, altération hormonale et résistance à l'insuline chez les FtM.
7	Wierckx K. (30)	2014	Belgique / Norvège	Cross-sex hormone therapy in trans persons is safe and effective at short-time follow-up: results from the European network for the investigation of gender incongruence.	Endocrinologie	étude de cohorte prospective	Etudier les effets physiques et physiologiques, les effets secondaires et indésirables de l'hormonothérapie chez les trans (FtM et MtF).
8	Roberts T.K. (31)	2013	Etats-unis	Interpreting laboratory results in transgender patients on hormone therapy.	Biochimie, hématologie et endocrinologie	étude cas témoin	Identifier les changements biologiques liés à l'hormonothérapie et définir des seuils spécifiques de normalité pour les patients transgenres.
9	Westaby D. (10)	1977	Royaume-Uni	Liver damage from long-term methyltestosterone.	Endocrinologie	étude de cohorte prospective	Evaluer la toxicité hépatique des traitements hormonaux par méthyltestostérone chez une population hormono substituée.
10	Jacobeit J.W. (32)	2007	Pays-bas	Long-acting intramuscular testosterone undecanoate for treatment of female-to-male transgender individuals.	Endocrinologie	étude de cohorte prospective	Evaluer les conséquences à long terme d'un nouveau traitement hormonale par injection IM de testostérone

11	Mueller A. (33)	2007	Allemagne	Long-term administration of testosterone undecanoate every 3 months for testosterone supplementation in female-to-male transsexuals.	Endocrinologie	étude de cohorte prospective	Evaluer les effets à long terme d'un traitement par testostérone (tous les 3 mois) sur la mortalité, la morbidité et les complications la 1ère année du traitement.
12	Wierckx K. (30)	2012	Belgique	Long-term evaluation of cross-sex hormone treatment in transsexual persons.	Endocrinologie	étude de cohorte rétrospective	Décrire l'impact et les effets secondaires des traitements hormonaux chez les transsexuels MtF et FtM.
13	Seal L.J. (34)	2012	Royaume-unis	Predictive markers for mammoplasty and a comparison of side effect profiles in transwomen taking various hormonal regimens.	Endocrinologie	étude de cohorte rétrospective	Identifier les traitements hormonaux qui influencent le taux de demande d'augmentation mammaire à moyen et long terme.
14	De Cuypere G. (35)	2005	Belgique	Sexual and physical health after sex reassignment surgery.	Endocrinologie	étude de cohorte rétrospective	Evaluer les risques à long terme des traitements hormonaux au niveau de l'impact psychologique, chirurgical, et sur la santé globale des patients trans.
15	Colizzi M. (36)	2014	Italie	Transsexual patients' psychiatric comorbidity and positive effect of cross-sex hormonal treatment on mental health: results from a longitudinal study.	Endocrinologie	étude de cohorte prospective	Evaluer l'existence de trouble psychiatrique des trans au travers d'entretiens et d'une échelle auto déclarée. Evaluer l'impact du traitement hormonal sur les troubles de l'humeur.
16	Giltay E.J. (37)	2004	Pays-bas	Established risk factors for coronary heart disease are unrelated to androgen-induced baldness in female-to-male transsexuals.	Endocrinologie	étude de cohorte prospective	Décrire les principaux changements liés à l'administration d'androgènes chez les FtM dans le cadre d'un traitement prolongé (calvitie). Déterminer une association entre calvitie et maladie coronaire.
17	Jacobeit J.W. (32)	2009	Allemagne	Safety aspects of 36 months of administration of long-acting intramuscular testosterone undecanoate for treatment of female-to-male transgender individuals.	Endocrinologie	étude de cohorte prospective	Evaluer l'absence d'effets indésirables graves d'un traitement par testostérone undécanoate en IM sur 36 mois de suivi
18	Deutsch M.B. (38)	2015	Etats-unis	Effects of cross-sex hormone treatment on transgender women and men.	Endocrinologie	étude de cohorte prospective	Décrire l'impact de l'hormonothérapie sur l'IMC, la TA, la lipidémie.
19	Mueller A. (39)	2010	Allemagne	Effects of intramuscular testosterone undecanoate on body composition and bone mineral density in female-to-male transsexuals.	Endocrinologie	étude de cohorte prospective	Evaluer les effets à long terme d'un traitement par testostérone IM sur la DMO.
20	Kuhn A. (11)	2007	Suisse	Do transsexuals have micturition disorders?	Endocrinologie	étude de cohorte prospective	Evaluer les troubles mictionnels des trans et le degré de satisfaction sur les prises en charge actuelles ainsi que les conséquences de l'hormono substitution sur la prostate.

21	Machtlinger E.L. (40)	2012	Etats-unis	Recent trauma is associated with antiretroviral failure and HIV transmission risk behavior among HIV-positive women and female-identified transgenders.	Prévention	étude de cohorte rétrospective	Evaluer et comprendre les facteurs associés à l'échec de l'approche préventive et à la prise de risque exposant au VIH : analyse socio-économique, comportementale et sur la santé.
22	Berry M.G. (41)	2012	Royaume-Uni	Female-to-male transgender chest reconstruction: a large consecutive, single-surgeon experience.	Chirurgie mammaire	étude de cohorte rétrospective	Décrire les techniques chirurgicales de reconstruction de poitrine, les complications, le suivi et la satisfaction des patients FtM.
23	Antoszewski B. (42)	2012	Pologne	Long-term results of breast reduction in female-to-male transsexuals.	Chirurgie esthétique	étude de cohorte rétrospective	Evaluer les résultats à long terme d'une réduction mammaire chez des FTM (taille des seins et techniques chirurgicales).
24	Cregten-Escobar P. (43)	2012	Pays-bas	Subcutaneous mastectomy in female-to-male transsexuals: a retrospective cohort-analysis of 202 patients.	Chirurgie	étude de cohorte rétrospective	Examiner et évaluer les résultats, les facteurs de risque de mauvais résultats, les complications, le nombre de reprises chirurgicales après mastectomie sous cutanée.
25	Nelson L. (14)	2009	Royaume-Uni	Transgender patient satisfaction following reduction mammoplasty.	Chirurgie	étude de cohorte rétrospective	Evaluer les attentes pré-opératoires, la satisfaction post opératoire, l'impact de la plastie mammaire sur la vie quotidienne.
26	Van Caenegem E. (44)	2013	Belgique	Long-term evaluation of donor-site morbidity after radial forearm flap phalloplasty for transsexual men.	Chirurgie	étude de cohorte rétrospective	Examiner les effets à long terme d'une phalloplastie par lambeau radial : problème esthétique, problème de cicatrice et problème fonctionnel.
27	Leriche A. (45)	2008	France	Long-term outcome of forearm free-flap phalloplasty in the treatment of transsexualism.	Chirurgie	étude de cohorte rétrospective	Evaluer à long terme les complications et la satisfaction après une phalloplastie par lambeau radial.
28	Soli M. (46)	2007	Italie	Male to female gender reassignment: modified surgical technique for creating the neoclitoris and mons veneris.	Chirurgie	étude cas témoin	Présenter une technique chirurgicale avec création d'un néo clitoris à partir d'une partie du gland et la conservation d'un lambeau vasculo nerveux dorsal chez les MtF.
29	Krege S. (47)	2001	Allemagne	Male-to-female transsexualism: a technique, results and long-term follow-up in 66 patients.	Chirurgie	étude de cohorte prospective	Présenter une nouvelle technique chirurgicale pour la réassignation MtF, complications et résultats fonctionnels et psychosociaux
30	Perovic S.V. (48)	2003	Serbie	Metoidioplasty: a variant of phalloplasty in female transsexuals.	Chirurgie	étude de cohorte prospective	Décrire la métoidioplastie, une technique pour créer un néophallus à partir du clitoris chez les transsexuels FtM.
31	Bucci S. (49)	2014	Italie	Neovaginal prolapse in male-to-female transsexuals: an 18-year-long experience.	Chirurgie	étude de cohorte prospective	Rapporter l'expérience de prise en charge d'une cohorte de prolapsus sur néovagin.

32	Lawrence A.A. (50)	2006	Etats-unis	Patient-reported complications and functional outcomes of male-to-female sex reassignment surgery.	Chirurgie	étude de cohorte rétrospective	Examiner et évaluer la préparation pré op, les complications, les résultats esthétiques et fonctionnels d'une chirurgie de réassignation.
33	Bettocchi C. (51)	2005	Italie / Royaume-Uni	Pedicle pubic phalloplasty in females with gender dysphoria.	Chirurgie	étude de cohorte rétrospective	Décrire une nouvelle technique de phalloplastie, étudier ses résultats et les complications.
34	Fang R.H. (52)	1999	Chine	Phalloplasty in female-to-male transsexuals using free radial osteocutaneous flap: a series of 22 cases.	Chirurgie	étude de cohorte prospective	Présenter les résultats d'une série de phalloplastie par lambeau radiale.
35	Kim S.K. (12)	2009	Corée	Phalloplasty using radial forearm osteocutaneous free flaps in female-to-male transsexuals.	Chirurgie	étude de cohorte rétrospective	Evaluation des résultats esthétiques, fonctionnels et des complications après une phalloplastie par lambeau radial .
36	Wierckx K. (30)	2011	Belgique	Quality of life and sexual health after sex reassignment surgery in transsexual men.	Chirurgie	étude de cohorte rétrospective	Evaluer la qualité de vie et l'épanouissement sexuel après chirurgie de réassignation à travers une auto évaluation.
37	Cohen-Kettenis P.T. (53)	2005	Pays-bas	Sex reassignment: outcomes and predictors of treatment for adolescent and adult transsexuals.	Chirurgie	étude de cohorte prospective	Etude sur les résultats de chirurgie de réassignation, les différences potentielles entre les sous-groupes des transsexuels, et les facteurs influençant l'évolution et les résultats.
38	Terrier J.E. (54)	2013	France	Surgical outcomes and patients' satisfaction with suprapubic phalloplasty.	Chirurgie	étude de cohorte prospective	Etudier les résultats et la satisfaction des patients entre la phalloplastie par lambeau sus pubien versus lambeau radiale.
39	Amend B. (55)	2013	Allemagne	Surgical reconstruction for male-to-female sex reassignment.	Chirurgie	étude de cohorte prospective	Description chirurgicale de vaginoplastie : discussion pour un meilleur positionnement du néo-méat urétral et minimisation des complications et de l'esthétique.
40	Karim R.B. (56)	1991	Pays-bas	The importance of near total resection of the corpus spongiosum and total resection of the corpora cavernosa in the surgery of male to female transsexuals.***	Chirurgie	étude de cohorte prospective	Evaluer la technique de réintervention de cet institut, souligner l'importance de la résection primaire, presque totale, des tissus érectiles.
41	Toolenaar T.A. (57)	1993	Pays-bas	The occurrence of diversion colitis in patients with a sigmoid neovagina.	Chirurgie	étude de cohorte prospective	Mettre en évidence l'aspect de colite après le détournement du colon pour néo vagin.
42	Papadopoulos N.A. (58)	2008	Allemagne	The use of free prelaminate and sensate osteofasciocutaneous fibular flap in phalloplasty.	Chirurgie	étude de cohorte prospective	Présentation d'une technique de phalloplastie avec un nouveau protocole utilisant un volet ostéofasciocutané péroné libre.
43	Garaffa G. (59)	2010	Royaume-Uni	Total phallic reconstruction in female-to-male transsexuals.	Chirurgie	étude de cohorte prospective	Présentation de l'expérience d'une technique de phalloplastie par utilisation de lambeau radial.
44	Garaffa G. (60)	2010	Royaume-Uni	Total urethral construction with the radial artery-based forearm free flap in the transsexual.	Chirurgie	étude de cohorte prospective	Rapporter l'expérience d'une technique de phalloplastie par lambeau radiale associée à une uréthroplastie.

45	Vujovic S. (61)	2009	Serbie	Transsexualism in Serbia: a twenty-year follow-up study.	Chirurgie	étude de cohorte rétrospective	Description d'une population souhaitant avoir une chirurgie de réassignation en Serbie.
46	Bodlund O. (13)	1996	Suède	Transsexualism--general outcome and prognostic factors: a five-year follow-up study of nineteen transsexuals in the process of changing sex.	Chirurgie	étude de cohorte	Evaluer sur 5 ans l'impact d'une chirurgie de réassignation dans 7 domaines dont le fonctionnement social, psychologique et psychiatrique.
47	Dabernig J. (62)	2007	Allemagne	Urethral reconstruction using the radial forearm free flap: experience in oncologic cases and gender reassignment.	Chirurgie	étude de cohorte rétrospective	Evaluer une technique de phalloplastie et de reconstruction de néo urètre.
48	Rohrmann D. (63)	2003	Allemagne	Urethroplasty in female-to-male transsexuals.	Chirurgie	étude de cohorte prospective	Evaluer les techniques de reconstruction de néo-urètre.
49	Kuhn A. (11)	2011	Suisse	Vaginal prolapse, pelvic floor function, and related symptoms 16 years after sex reassignment surgery in transsexuals.	Chirurgie	étude de cohorte rétrospective	Evaluer la prévalence du prolapsus et des problèmes sexuels chez les patients transsexuels après la chirurgie de réassignation.
50	Ergeneli M.H. (64)	1999	Turquie	Vaginectomy and laparoscopically assisted vaginal hysterectomy as adjunctive surgery for female-to-male transsexual reassignment: preliminary report.	Chirurgie	étude de cohorte prospective	Présentation d'une expérience d'hystérectomie et vaginectomie totale par des gynécologues en conservant les structures importantes pour la phalloplastie à venir.
51	Selvaggi G. (65)	2006	Belgique	Donor-site morbidity of the radial forearm free flap after 125 phalloplasties in gender identity disorder.	Chirurgie	étude de cohorte prospective	Enquêter sur la morbidité du site donneur avec la technique du grand lambeau libre de l'avant-bras, analyse des résultats précoces et tardifs.
52	Hoshiai M. (66)	2010	Japon	Psychiatric comorbidity among patients with gender identity disorder.	Psychiatrie	étude de cohorte prospective	Evaluation des comorbidités psychiatriques chez une population avec une dysphorie de genre.
53	Zielinski T. (67)	1999	Pologne	Phalloplasty using a lateral groin flap in female-to-male transsexuals.***	Chirurgie	étude de cohorte prospective	Présenter une technique de phalloplastie à l'aide d'un lambeau de l'aîne.
54	Djordjevic M.L. (68)	2011	Serbie	Rectosigmoid vaginoplasty: clinical experience and outcomes in 86 cases.	Chirurgie	étude de cohorte prospective	Evaluer les résultats anatomiques et fonctionnels d'une vaginoplastie par lambeau sigmoïde et les résultats fonctionnels et psychologiques à long terme.
55	Söderpalm E. (69)	2003	Suède	Evaluation of a consecutive group of transsexual individuals referred for vocal intervention in the west of Sweden.	Chirurgie ORL	étude de cohorte prospective	Evaluer l'intervention et le suivi de patients trans qui ont subi une intervention vocale.
56	Imbimbo C. (70)	2009	Italie	A report from a single institute's 14-year experience in treatment of male-to-female transsexuals.	Chirurgie	étude de cohorte rétrospective	Définir un profil clinique socio-culturel et psychologique des MtF en Italie à travers l'analyse de leurs expériences personnelles et évaluer le niveau de satisfaction post-chirurgical.

57	Weyers S. (71)	2009	Belgique	Clinical and transvaginal sonographic evaluation of the prostate in transsexual women.	Chirurgie	étude de cohorte prospective	Evaluer la faisabilité et les performances diagnostiques du TV (néo vagin) et l'échographie transvaginale dans le cadre du dépistage du cancer de la prostate chez les MtF.
58	Ott J. (72)	2010	Autriche	Combined hysterectomy/salpingo-oophorectomy and mastectomy is a safe and valuable procedure for female-to-male transsexuals.	Chirurgie	étude de cohorte prospective	Evaluer la procédure combinée d'hystérectomie, salpingo-ovariectomie bilatérale, et mastectomie bilatérale en un temps opératoire. Etude sur le taux d'événements indésirables per- et post-opératoires.
59	Djordjevic M.L. (73)	2013	Serbie	Comparison of two different methods for urethral lengthening in female to male (metoidioplasty) surgery.	Chirurgie	étude comparative non randomisée	Comparer deux techniques chirurgicales différentes : phalloplastie avec néo urètre et de métoïdioplastie (résultats post-opératoires et complications).
60	Jarolim L. (74)	2009	République tchèque	Gender reassignment surgery in male-to-female transsexualism: A retrospective 3-month follow-up study with anatomical remarks.	Chirurgie	étude de cohorte rétrospective	Examiner la satisfaction des patients après la chirurgie réassignation par sigmoïdocolpoplastie et décrire les procédures utilisées dans le détail.
61	Selvaggi G. (75)	2007	Belgique	Genital sensitivity after sex reassignment surgery in transsexual patients.	Chirurgie	étude de cohorte rétrospective	Evaluation de la sensibilité tactile érogène après chirurgie de réassignation.
62	Takamatsu A. (76)	2008	Japon	Labial ring flap: a new flap for metaïdioplasty in female-to-male transsexuals.	Chirurgie	étude de cohorte prospective	Décrire les détails d'une technique de métoïdioplastie, le suivi et les complications.
63	Peitzmeier S.M. (77)	2014	Etats-unis	Female-to-male patients have high prevalence of unsatisfactory Paps compared to non-transgender females: implications for cervical cancer screening.	Gynécologie	étude cas témoin	Examiner la prévalence de "Pap" (résultats anormaux non concluant au frottis) et comparer les résultats avec les patientes non-transgenres.
64	Jayaram B.N. (78)	1978	Etats-unis	Complications and undesirable results of sex-reassignment surgery in male-to-female transsexuals.	Chirurgie	étude de cohorte prospective	Décrire la technique et les complications d'une métoïdioplastie avec uréthroplastie.
65	Goddard J.C. (79)	2007	Royaume-Uni	Feminizing genitoplasty in adult transsexuals: early and long-term surgical results.	Chirurgie urologique	étude de cohorte rétrospective	Examiner les résultats précoces et tardifs d'une technique de gynécoplastie.
66	Hage J.J. (80)	1997	Pays-bas	Rhinoplasty as part of gender-confirming surgery in male transsexuals: basic considerations and clinical experience.***	Chirurgie CMF	étude de cohorte prospective	Décrire les résultats d'une technique de rhinoplastie pour la féminisation du visage.

67	Spizzichino L. (81)	2001	Italie	HIV infection among foreign transsexual sex workers in Rome: prevalence, behavior patterns, and seroconversion rates.	Prévention	étude de cohorte prospective	Définir la prévalence et l'incidence de l'infection du VIH parmi les travailleurs du sexe transsexuels étrangers fréquentant un centre d'accueil en Italie.
68	Orloff L.A. (82)	2006	Etats-unis	Laser-assisted voice adjustment (LAVA) in transsexuals.	Chirurgie ORL	étude de cohorte prospective	Evaluation des résultats de chirurgie vocale par LAVA (Laser modifié).
69	Remacle M. (83)	2009	Belgique	Glottoplasty for male-to-female transsexualism: voice results.	Chirurgie ORL	étude de cohorte prospective	Rapporter une série de chirurgie des cordes vocales dans l'objectif d'une féminisation de la voix. Technique de Wendler modifiée en privilégiant les résultats vocaux objectifs.
70	Mastronikolis N.S. (84)	2013	Grèce	Wendler glottoplasty: an effective pitch raising surgery in male-to-female transsexuals.	Chirurgie	étude de cohorte rétrospective	Evaluation des résultats d'une chirurgie par glottoplastie de Wendler chez une population MtF.
71	Koçak I. (85)	2009	Turquie	Laser reduction glottoplasty for managing androphonia after failed cricothyroid approximation surgery.	Chirurgie ORL	étude de cohorte prospective	Evaluer l'efficacité d'un laser modifié (LAVA) pour améliorer la qualité androphonique de la voix après un échec de chirurgie de rapprochement cricothyroïdienne (CTA).
72	Anderson J. (86)	2007	Canada	Endoscopic laryngeal web formation for pitch elevation.	Chirurgie ORL	étude de cohorte prospective	Analyser les approches chirurgicales pour augmenter la fréquence de la voix et rapporter les résultats d'une nouvelle technique avec formation d'une palmure laryngé.
73	Kanagalingam J. (87)	2005	Etats-unis	Cricothyroid approximation and subluxation in 21 male-to-female transsexuals.	Chirurgie	étude de cohorte rétrospective	Evaluer l'efficacité de la chirurgie de rapprochement cricothyroïdien et la subluxation associée à une thérapie vocale dans le cadre de la féminisation de la voix.
74	Carew L. (88)	2007	Australie	The effectiveness of oral resonance therapy on the perception of femininity of voice in male-to-female transsexuals.	Orthophonie	étude de cohorte prospective	Etudier l'efficacité de la thérapie par résonance vocale sur la perception de la féminité. Définir et comparer l'auto-perception de la féminité et le niveau de satisfaction de la voix en pré et post-thérapie vocale.
75	Thomas J.P. (89)	2013	Etats-unis	Feminization laryngoplasty: assessment of surgical pitch elevation.	Chirurgie ORL	étude de cohorte prospective	Analyser les conséquences d'une laryngoplastie de féminisation de la voix permettant de modifier les fréquences vocales.

ANNEXE 5 TABLEAU 2:

N°	1er auteur	Année	Nombre de sujets inclus	Age (\pm SD)(extrêmes inf-sup)	Secteur de soins	Motif(s) de consultation
1	Weyers S.	2010	50 MtF	43,06 (\pm 10.42)	Soins secondaires	Augmentation mammaire et suivi
2	Sevelius J.M.	2014	59 MtF	43,3 (\pm 9.6)	Soins secondaires	Dépistage VIH
3	Chastre J.	1987	13 MtF	28 (\pm 3)	Soins secondaires	Détresse respiratoire en soins primaires
4	Schroeter C.A.	2003	25 MtF	36,5 (22-67)	Soins secondaires	Epilation
5	Costantino A.	2013	50 FtM	29,8 (18-45)	Soins secondaires	Hormonothérapie et suivi
6	Tsuyoshi B.	2006	69 FtM	24,2 \pm 5,2 (avec SOPK) ; 25,7 \pm 7,3 (sans SOPK)	Soins secondaires	Hormonothérapie et suivi
7	Wierckx K.	2014	106 sujets	FtM (Oslo) 21,7 ans ; MtF (Oslo) 19,3 ; FtM (Ghent) 27,3 ; MtF (Ghent) 31,7	Soins secondaires	Hormonothérapie et suivi
8	Roberts T.K.	2013	55 MtF vs 20 hommes et 20 femmes	46 (27-67)	Soins secondaires	Hormonothérapie et suivi
9	Westaby D.	1977	60 sujets (48 FtM)	Non renseigné	Soins secondaires	Hormonothérapie et suivi
10	Jacobeit J.W.	2007	12 FtM	33 \pm 6 (26-44)	Soins secondaires	Hormonothérapie et suivi
11	Mueller A.	2007	37 FtM	29,63 (\pm 8,95)	Soins secondaires	Hormonothérapie et suivi
12	Wierckx K.	2012	100 sujets (50 FtM / 50 MtF)	FtM : 37 (\pm 8,2) / MtF : 43,0 (\pm 10,4)	Soins secondaires	Hormonothérapie et suivi
13	Seal L.J.	2012	330 MtF	Avec augmentation mammaire: 39,02 (\pm 10,03) / Sans augmentation mammaire: 37,98 (\pm 10,49)	Soins secondaires	Hormonothérapie et suivi
14	De Cuyper G.	2005	55 trans (32 MtF + 23 FtM)	MtF 37,8 (\pm 8,9) / FtM 26,9 (\pm 7,2)	Soins secondaires	Hormonothérapie et suivi
15	Colizzi M.	2014	107 sujets	Total : 29,20 (\pm 7,56) ; MtF 29,25 (\pm 7,27) ; FtM 29,09 (\pm 8,48)	Soins secondaires	Hormonothérapie, instauration et suivi
16	Giltay E.J.	2004	81 sujets	36,7 (21-61)	Soins secondaires	Hormonothérapie, instauration et suivi
17	Jacobeit J.W.	2009	17 FtM	34 (\pm 7)	Soins secondaires	Hormonothérapie, instauration et suivi
18	Deutsch M.B.	2015	47 sujets	MtF 29 / FtM 27	Soins secondaires	Hormonothérapie, introduction et suivi
19	Mueller A.	2010	45 sujets	30,4 (\pm 9,1)	Soins secondaires	Hormonothérapie, introduction et suivi
20	Kuhn A.	2007	25 sujets	29 (FtM 26 ; MtF 35)	Soins secondaires	Hormonothérapie

21	Machtinger E.L.	2012	113 sujets (32 MtF)	Non renseigné	Soins secondaires	Inscription dans un programme de prévention VIH
22	Berry M.G.	2012	100 sujets	28	Soins secondaires	Mastectomie, demande de prise en charge esthétique
23	Antoszewski B.	2012	98 FtM	35,8 (± 2,2)	Soins secondaires	Mastectomie, réduction mammaire
24	Cregten-Escobar P.	2012	202 FtM	31 (± 10)	Soins secondaires	Mastectomie, réduction mammaire
25	Nelson L.	2009	17 FtM	31 (20-45)	Soins secondaires	Mastectomie, réduction mammaire
26	Van Caenegem E.	2013	44 FtM	37 (± 8)	Soins secondaires	Réassignation
27	Leriche A.	2008	56 FtM	30 (22-44)	Soins secondaires	Réassignation
28	Soli M.	2007	26 MtF	31 (21-60)	Soins secondaires	Réassignation
29	Krege S.	2001	66 MtF	36,9 (20-57)	Soins secondaires	Réassignation
30	Perovic S.V.	2003	22 FtM	26,2 (18-33)	Soins secondaires	Réassignation
31	Bucci S.	2014	282 MtF	Non renseigné	Soins secondaires	Réassignation
32	Lawrence A.A.	2006	232 sujets	44 (± 9) (18-70)	Soins secondaires	Réassignation
33	Bettocchi C.	2005	85 FtM	34,4 (19-54)	Soins secondaires	Réassignation
34	Fang R.H.	1999	22 FtM	Non renseigné	Soins secondaires	Réassignation
35	Kim S.K.	2009	40 FtM	34 (15-53)	Soins secondaires	Réassignation
36	Wierckx K.	2011	79 FtM dont 47 + 3 rajout extérieure - 1 lune de miel	37 (± 8,2) (22-54)	Soins secondaires	Réassignation
37	Cohen-Kettenis P.T.	2005	325 sujets	30,9 (17,7-68,1)	Soins secondaires	Réassignation
38	Terrier J.E.	2013	23 FtM	40 (28-57)	Soins secondaires	Réassignation
39	Amend B.	2013	24 MtF dont 1 mineur exclu	39,1 (20-54)	Soins secondaires	Réassignation
40	Karim R.B.	1991	13 MtF	33 (23-51)	Soins secondaires	Réassignation
41	Toolenaar T.A.	1993	17 sujet dont 11 MtF	37 (22-48)	Soins secondaires	Réassignation
42	Papadopulos N.A.	2008	32 FtM	34,1 (22,1-51,5)	Soins secondaires	Réassignation
43	Garaffa G.	2010	115 FtM	34,9 (20-55)	Soins secondaires	Réassignation
44	Garaffa G.	2010	27 FtM	40,4 (30-55)	Soins secondaires	Réassignation
45	Vujovic S.	2009	147 sujets (71 MTF + 76 FtM)	MtF : 25,4 (± 2,1) / FtM : 25,7 (± 3,5)	Soins secondaires	Réassignation
46	Bodlund O.	1996	17 trans	10 MtF : 37,5 (21-55) / 9 FtM : 31,7 ans (19-42)	Soins secondaires	Réassignation
47	Dabernig J.	2007	9 sujets dont 6 FtM	35,1 (22-55)	Soins secondaires	Réassignation
48	Rohrmann D.	2003	25FtM	33 (23-42)	Soins secondaires	Réassignation
49	Kuhn A.	2011	52 MtF + 3FtM	57 (39-69)	Soins secondaires	Réassignation
50	Ergeneli M.H.	1999	8 FtM	30,4 (23-36)	Soins secondaires	Réassignation
51	Selvaggi G.	2006	125 sujets	Non renseigné	Soins secondaires	Réassignation (lambeau radial) et complication

52	Hoshiai M.	2010	579 trans	FtM : 26,5 (± 6,1) / MtF : 32,0 (± 10,2)	Soins secondaires	Réassignation : Consulte dans le cadre de leur dysphorie de genre dans une clinique spécialisée.
53	Zielinski T.	1999	252 FtM dont 209 ont réalisé réassignation dont 127 la technique étudiée	(25 - 55)	Soins secondaires	Réassignation : Phalloplastic
54	Djordjevic M.L.	2011	86 sujets dont seulement 27 FtM	31,2 (18-57)	Soins secondaires	Réassignation : reprise après échec d'une phalloplastie par lambeau de peau inversé
55	Söderpalm E.	2003	25 sujets	50% > 40 ans	Soins secondaires	Réassignation et hormonothérapie suivi dans un centre spécialisé
56	Imbimbo C.	2009	139 sujets	31,36 (± 5,08)	Soins secondaires	Réassignation et suivi
57	Weyers S.	2009	50 sujets	41,3 (± 10,4)	Soins secondaires	Réassignation et suivi
58	Ott J.	2010	32 sujets	30 (± 5,8)	Soins secondaires	Réassignation et suivi
59	Djordjevic M.L.	2013	207 sujets	32 (18-62)	Soins secondaires	Réassignation et suivi
60	Jarolim L.	2009	134 sujets	31,0 (± 0,8) (18-54)	Soins secondaires	Réassignation et suivi
61	Selvaggi G.	2007	57 sujets (27 FtM et 30 MtF)	Non renseigné	Soins secondaires	Réassignation et suivi
62	Takamatsu A.	2008	43 FtM	(18-33)	Soins secondaires	Réassignation et suivi
63	Peitzmeier S.M.	2014	3858 sujets (233 FtM et 3625 female)	Population générale : 31 / FtM : 35,4	Soins secondaires	Réassignation et suivi : Prévention cancer du col au cours d'une consultation dans un centre spécialisé
64	Jayaram B.N.	1978	24 sujets	27 (19-32)	Soins secondaires	Réassignation et suivi des complications
65	Goddard J.C.	2007	233 cas (222 dossiers récupérés)	41 (19-76)	Soins secondaires	Réassignation et suivi des complications
66	Hage J.J.	1997	22 MtF	35 (18-67)	Soins secondaires	Rhinoplastie
67	Spizzichino L.	2001	353 MtF	309 sujets > 35 ans ; 44 sujets < 35 ans	Soins secondaires	Sevrage, désintoxication
68	Orloff L.A.	2006	31 MtF dont 13 finalement	44 (26-60)	Soins secondaires	Thérapie vocale : échec de traitement par chirurgie vocale antérieure, correction de la voix
69	Remacle M.	2009	15 sujets (MtF)	42,5 (22-57)	Soins secondaires	Thérapie vocale : modification, féminisation de la voix
70	Mastronikolis N.S.	2013	31 MtF	37,6 (16-59)	Soins secondaires	Thérapie vocale par chirurgie
71	Koçak I.	2009	6 sujets dont 3 FtM	29,17 (± 4,22) (23-34)	Soins secondaires	Thérapie vocale par chirurgie compliquée de résultats non satisfaisants
72	Anderson J.	2007	6 sujets dont 5 MtF	34,33 (26-50)	Soins secondaires	Thérapie vocale proposée dans le cadre du suivi endocrinologique en absence de satisfaction de la tonalité de la voix

73	Kanagalingam J.	2005	21 sujets	39 (29-55)	Soins secondaires	Thérapie vocale, féminisation de la voix
74	Carew L.	2007	10 MtF	40 (25-64)	Soins secondaires	Thérapie vocale, féminisation de la voix
75	Thomas J.P.	2013	94 sujets : 76 ont réalisé un enregistrement de voix post op dont 22 modifications du cartilage thyroïde seulement et 54 avec en plus un rapprochement thyroïd.	43 (22-64)	Soins secondaires	Thérapie vocale: modification de la voix

ANNEXE 6 : TABLEAU 3:

N°	1er auteur	Année	Réponse à l'objectif	Approche centrée patient	Suivi et Perdus de vue	Population
1	Weyers S.	2010	Examens techniquement faisables et bien acceptés par les MtF mais interprétation difficile. Préconise de réaliser un dépistage comme pour les femmes biologiques. Pas de méthodologie validée.	Evalue l'appréhension vis-à-vis de la mammographie et l'échographie.	Pas de notion sur le suivi ni les perdus de vue.	Pas de description précise de la population étudiée.
2	Sevelius J.M.	2014	L'âge, la limitation des consommations d'alcools, une relation stable et l'affirmation du genre sont associés à une meilleure observance. L'observance à l'hormonothérapie est positivement associée à l'observance à l'ARV. Etudie la représentation des trans sur l'ARV et ses conséquences sur leur physique et étudie le bénéfice d'une association entre hormonothérapie et ARV pour une meilleure observance.	Réelle approche sur le vécu des sujets étudiés et sur leurs caractéristiques.	Pas de notion sur le suivi ni les perdus de vue.	Descriptif de l'éthnie, niveau d'éducation, relation intime, addiction, trouble psychiatrique, expérience transphobie, autonomisation par rapport aux soins.
3	Chastre J.	1987	Discute le risque d'atteinte pulmonaire après injection de silicone.	Pas de questionnaire par rapport aux injections de silicone (quand, pourquoi, dans quelles conditions et comment prévenir ou travailler sur la prévention). Emet la notion de prévention de ces problèmes mais ne développe pas.	Pas de notion sur le suivi ni les perdus de vue.	Pas de description précise de la population étudiée.
4	Schroeter C.A.	2003	Discute les résultats de la technique et l'optimisation de ces derniers en fonction de la peau des patients.	Pas de questionnaire sur les attentes des patients et leur satisfaction par rapport à d'autres techniques. Problèmes du coût, de la durée d'efficacité, du nombre de séances nécessaires non évoqués.	Suivi moyen de 44 mois, pas de fréquence des consultations, pas de mention des perdus de vue.	Pas de description précise de la population étudiée.

5	Costantino A.	2013	Répond à la question : l'hormonothérapie agit sur la sexualité mais son effet diminue après réassignation. Aggravation des insomnies, sudations et ronflements. Discuter l'adaptation des posologies en fonction des demandes des patients.	Discute les effets psycho-somatiques du traitement. Pas d'évaluation de la satisfaction des patients par rapport à son traitement et à sa vie avant le traitement.	Suivi de l'hormonothérapie (début de l'hormonothérapie à 12 mois puis 6 mois après chirurgie de réassignation).	FTM sans comorbidité psychiatrique, sans pathologie chronique, sans conduite addictive, sans hormonothérapie jusqu'à présent.
6	Tsuyoshi B.	2006	Pas de réponse à la question de recherche.	La question de l'étude n'aborde pas la vie du patient et les raisons pour lesquelles il consulte initialement. Pas d'approche centrée sur les attentes du patient.	Suivi du traitement hormonale 12 -18 mois. Pas de mention des perdus de vue.	La population est décrite à travers le BMI et la biologie hormonale.
7	Wierckx K.	2014	Question vaste mais approche intéressante des problèmes signalés le plus souvent par les patients : acné, instabilité vocale, sensibilité des seins, bouffée de chaleur... Et des complications fréquentes : TVP, insulino résistance, diminution LDL, augmentation poids et augmentation des FdRCV.	L'étude s'intéresse aux effets indésirables notés par les patients, s'attache à décrire l'impact des thérapeutiques sur leur vie.	Suivi de 12 mois (intervalle entre les 2 recueils de données).	La population est décrite initialement par l'âge, le poids, la consommation d'alcool et de tabac.
8	Roberts T.K.	2013	Utilisation d'intervalles de référence correcte dans l'interprétation des résultats de laboratoire réduit le risque d'erreurs de diagnostic relatives aux normes. Pas d'apport de l'étude car pas de représentativité de l'échantillon.	Ne s'intéresse pas au patient mais aux normes à donner aux résultats de leur prise de sang.	Pas de notion sur le suivi ni les perdus de vue.	Pas de description précise de la population étudiée.
9	Westaby D.	1977	Retrouve un impact de l'hormonothérapie sur le bilan hépatique. Etude ancienne : les posologies étaient différentes.	S'intéresse uniquement à la problématique des complications hépatiques de l'hormonothérapie, vision limitée à l'organe et sa vision spécialisée.	Pas de notion sur le suivi ni les perdus de vue.	Pas de description précise de la population étudiée.
10	Jacobeit J.W.	2007	Les résultats se concentrent essentiellement sur les conséquences biologiques des traitements, l'évaluation de la satisfaction n'est pas décrite. Les patients sont "satisfait et il n'y a pas d'effets secondaires". Pas de justification des critères de jugement.	La question pourrait être intéressante mais elle est traitée en se focalisant sur les conséquences clinico-biologiques des traitements et le niveau de satisfaction n'est pas clairement exploré.	Suivi à 6 semaines, 18 semaines et 1 an dans le cadre du recueil des données.	Pas de description précise de la population étudiée.

11	Mueller A.	2007	Traitement par testostérone undecanoate à longue durée d'action est une option réalisable et sûre pour l'augmentation de la testostéronémie. Effets cliniques comparables aux autres traitements, sans autre augmentation des effets indésirables. Attention toutefois au risque d'HTA.	Ne s'intéresse pas à la satisfaction et au vécu des patients par rapport à leur traitement.	Suivi de 1 an durant l'étude observationnelle.	Pas de description précise de la population étudiée.
12	Wierckx K.	2012	FtM ont peu d'effets secondaires des traitements à 10 ans (Cancer, événements cardiovasculaires). MtF avaient de l'ostéoporose, 12% avaient un événement cardiovasculaire ou thrombo-embolique. Préconise la diminution des FdRCV.	Ne s'intéresse pas à la satisfaction et au vécu des patients par rapport à leur traitement ni à leurs attentes.	Suivi moyen de 8,7 ans pour FTM et 6,7 ans pour MtF. Pas de notion sur les perdus de vue.	Population perçue au travers des FdRCV, BMI, DMO, TG, TA.
13	Seal L.J.	2012	Réponse à l'objectif: l'étude met en évidence une diminution de la demande d'augmentation mammaire significative avec spironolactone. Facteurs confondants.	L'étude s'intéresse au lien entre l'augmentation mammaire et l'auto-médication hormonale mais pas de réelle étude sur la satisfaction de gynécomastie post-traitement et sur les facteurs influençant la chirurgie.	Suivi de 8,95 et 9,58 ans pour les MtF avec ou sans augmentation mammaire. Pas de notion sur les perdus de vue.	Population perçue à travers son âge et son traitement hormonal.
14	De Cuypere G.	2005	La conclusion invite à être plus attentifs et à être plus à l'écoute des patients autour de la transition sexuelle. Peu de commentaires sur la chirurgie et l'hormonothérapie.	Travail intéressant sur la satisfaction dans les relations intimes des patients trans et son rôle dans l'épanouissement sexuel. Pourtant d'autres études affirment que les trans sont satisfaits en dehors de la fonctionnalité sexuelle.	Suivi de 3,8 et 6,2 pour respectivement MtF et FtM, pas de notion sur les perdus de vue.	Population perçue au travers de l'âge, du poids, de la taille, de la consommation d'alcool et de tabac, de l'orientation sexuelle.

15	Colizzi M.	2014	L'hormonothérapie semble franchement améliorer la santé mentale des individus d'après leurs études. Prévalence forte des symptômes de dépression et d'anxiété dans la population trans. L'oestrogène favorise plutôt les humeurs dépressives et la testostérone l'agressivité. Limitation de ce constat: les patients sont évalués alors qu'ils intègrent un protocole de soins complets qui ne se limite pas à l'hormonothérapie mais qui inclut aussi une prise en charge et un soutien psychologique potentiellement confondant.	Etudie l'impact du traitement hormonal sur les patients trans notamment au niveau des troubles de l'humeur. Pas d'enquête sur la satisfaction et le ressenti des patients.	Suivi en moyenne de 12 mois (53,23 semaines +/- 19,42 jours)	Population perçue à travers l'âge, le mode de vie, l'orientation sexuelle, l'emploi, les troubles anxio dépressifs.
16	Giltay E.J.	2004	Montre qu'il n'existe pas de preuve de lien entre la calvitie et la maladie coronarienne mais que les traitements hormonaux favorisent la calvitie. L'hypothèse de départ et le contexte sont mal définis, le résultat de l'étude paraît sans grand intérêt.	Ne s'intéresse pas à la satisfaction et au vécu des patients par rapport à la calvitie ou au risque.	Durée moyenne de suivi de 8 ans pendant l'hormonothérapie	Population définie autour de critères cliniques et biologiques comme le poids, les TG.
17	Jacobeit J.W.	2009	Thérapies hormonales IM par TU sont sûres et efficaces avec le maintien des niveaux de testostérone dans les limites physiologiques. Les intervalles de 12 semaines entre les prises en font un traitement pratique. Des ajustements individuels sont parfois nécessaires.	Ne s'intéresse pas aux demandes des patients mais à la tolérance et aux complications liées au traitement.	Suivi à 6, 12, 18, 24, 30, 36 mois avec plusieurs critères cliniques et biologiques.	Population perçue au travers des caractéristiques observées lors de l'étude. Age, poids, apnée du sommeil, Hb, lipidémie.
18	Deutsch M.B.	2015	L'étude réponds à la question en mettant en avant l'absence d'effets à court terme de la dyslipidémie et TA.	Ne s'intéresse pas à la satisfaction et au vécu des patients par rapport à leur traitement.	Durée moyenne de l'étude de 6 mois.	Population décrite au travers de l'éthnie, du poids, de la dyslipidémie.
19	Mueller A.	2010	Contrairement à l'étude précédente, celle ci montre un effet de la dyslipidémie et de la TA mais sur le long terme.	Ne s'intéresse pas à la satisfaction et au vécu des patients par rapport à leur traitement.	Durée de suivi de 24 mois.	Population décrite au travers de l'éthnie, du poids, de la dyslipidémie.

20	Kuhn A.	2007	Discute de la prise en charge des troubles urinaires qu'ils considèrent comme multifactoriels (hormone: diminue la taille de la prostate, chirurgie: facteur d'instabilité urinaire, détournement de flux, etc...). Rapporte ce trouble à la santé mentale en citant des références associant les troubles urinaires avec la dépression et la satisfaction globale.	Evalue le niveau de satisfaction des patients (King's Health Questionnaire) par rapport au problème spécifique des troubles urinaires.	Suivi de 16 ans en moyenne.	Pas de description précise de la population étudiée.
21	Machtinger E.L.	2012	L'étude met en avant l'association entre traumatisme psychologique, prise de risque et mauvaise observance. Conseille un dépistage de ce genre de situation et l'entretien d'une relation optimale pour éviter la non déclaration du traumatisme par le patient.	Intéressant car essaye de mettre en parallèle la vie des patients, leur problème de santé ainsi que leur gestion de ces derniers.	Pas de notion sur le suivi ni les perdus de vue.	Population définie par l'âge, l'éthnie, le revenu, le type de logement et les troubles psychiatriques ainsi que le VIH.
22	Berry M.G.	2012	Discute les techniques chirurgicales et leurs complications (hématome, infection, etc...), les difficultés de suivi.	Remarque des auteurs sur le manque d'évaluations pertinentes de la satisfaction des patients et de leurs attentes qui pourraient améliorer leur prise en charge.	Difficultés de suivi, pas d'indication de la durée moyenne mais environ 25% de perdus de vue.	Pas de description précise de la population étudiée.
23	Antoszewski B.	2012	Comparaison entre différentes techniques avec niveau de satisfaction: bonne, satisfaisant, insatisfaisant.	D'après les auteurs, la technique doit être adaptée à la demande du patient et à ses attentes.	Pas de notion sur le suivi ni les perdus de vue.	Pas de description précise de la population étudiée.
24	Cregten-Escobar P.	2012	Etude chirurgicale qui vise à retranscrire une technique et ses résultats.	Ne s'intéresse pas à la satisfaction et au vécu des patients par rapport à la chirurgie.	Pas de notion sur le suivi ni les perdus de vue.	Population définie à travers l'âge, le poids, FdRCV, le tabac, l'alcool et les ATCD médicaux et psychiatriques.
25	Nelson L.	2009	Sur tout les patients qui ont réalisés la chirurgie, celle-ci a eu un impact positif sur la confiance en soi, les relations personnelles, l'interaction sociale, le travail et les loisirs.	Evalue les complications à long terme de leurs techniques chirurgicales. Evalue succinctement le ressenti des patients par rapport à leur cicatrice.	Pas de notion sur le suivi ni les perdus de vue.	Population définie à travers les ATCD médicaux (asthme, hypothyroïdie, dépression) du poids, de la taille.
26	Van Caenegem E.	2013	A distance de la chirurgie, l'étude montre que les FTM n'ont ni douleurs, ni problèmes fonctionnels au quotidien et une cicatrice acceptable.	L'évaluation de la cicatrice est réalisée via une échelle auto et hétéro évaluation.	Suivi de 10 ans en moyenne.	Population décrite via l'âge, le poids, la taille, le BMI, le work index, le sport index.

27	Leriche A.	2008	En moyenne 6 opérations par personne, complications pour 14 patients (25%) dont 3 (5%) ont perdu leur lambeau.	S'intéresse rapidement à la satisfaction des patients mais pas à leur vécu ni à leurs attentes par rapport à la chirurgie.	Suivi pendant 110 mois.	Pas de description précise de la population étudiée.
28	Soli M.	2007	La technique de la vagino plastie est décrite avec de bons résultats esthétiques et fonctionnels avec une relative sureté opératoire.	Ne s'intéresse pas à la satisfaction et au vécu des patients par rapport à la chirurgie.	Suivi pendant 3 mois.	Pas de description précise de la population étudiée.
29	Krege S.	2001	Etablit un rapport des complications fonctionnelles et esthétiques mineures.	Evaluation de la satisfaction par rapport à la chirurgie mais très peu développé dans le travail.	Suivi > 6 mois.	Pas de description précise de la population étudiée.
30	Perovic S.V.	2003	Chirurgie simple et rapide qui, si elle convient au patient, présenterait moins de risque.	Pas de questionnaire sur les attentes et la satisfaction des patients.	Pas de notion sur le suivi ni les perdus de vue.	Pas de description précise de la population étudiée.
31	Bucci S.	2014	Décrit les technique de fixation du néo vagin. Rappelle l'importance de l'auto dilatation et de la lubrification adéquate.	Pas de questionnaire sur les attentes et la satisfaction des patients.	Pas de notion sur le suivi ni les perdus de vue.	Pas de description précise de la population étudiée.
32	Lawrence A.A.	2006	En dehors d'un état fonctionnel correct, aucun autre facteur n'a était associé à la satisfaction des patients.	Questionnement sur la satisfaction et les facteurs influençant cette dernière.	Suivi pendant 3 ans.	Pas de description précise de la population étudiée.
33	Bettocchi C.	2005	Technique simple, avec une limitation de la cicatrice et une diminution de l'incidence des complications notamment urétrales si la technique est réalisée en plusieurs étapes. Bien acceptée par les patients et leur partenaire, suffisamment rigide pour les rapports sexuels.	Décrit une technique acceptée par les patients mais pas d'évaluation du niveau de satisfaction.	Suivi pendant plus de 2 ans avant chirurgie. La durée de suivi moyenne est non notifiée, ni les perdus de vue.	Pas de description précise de la population étudiée.
34	Fang R.H.	1999	Technique prometteuse mais, complication du site donneur importante notamment esthétique. Complication urétrale et fonctionnelle (acte sexuel) importante.	Pas de questionnaire sur les attentes et la satisfaction des patients. Pas de réflexion autour des complications.	Suivi durant 1,5 ans reporté dans l'étude.	Pas de description précise de la population étudiée.
35	Kim S.K.	2009	Technique fiable, apparence acceptable en une seule étape, longueur correcte, sensations correctes, possibilités d'un renfort (prothèse). Fistules urètres fréquentes.	Evalue la satisfaction sexuelle (sensibilité érogène et rigidité), esthétique, fonctionnelle et urinaire.	Suivi de 1 à 14 ans avec une durée moyenne de 6 ans.	Pas de description précise de la population étudiée.

36	Wierckx K.	2011	Santé mentale plutôt améliorée, ainsi que le bien être sexuel. La capacité à avoir des orgasmes est corrélée à la satisfaction sexuelle ainsi qu'à la communication sexuelle et à la fréquence des rapports avec le partenaire. Les prothèses érectiles n'apportent pas de grandes modifications à la satisfaction sexuelle mais elles répondent aux attentes des patients.	L'activité sexuelle des trans avant une démarche de réassignation est souvent sous estimée et il est important pour les auteurs de l'évaluer afin de pouvoir discuter avec le patient de ses attentes et des résultats qu'il peut espérer.	Suivi (au moins 1 an avant début de l'étude) en moyenne 8 (2-22) ans après réassignation.	Pas de description précise de la population étudiée.
37	Cohen-Kettenis P.T.	2005	La majorité des patients n'ont pas de regrets. Les regrets sont liés aux ATCDs psychiatriques et au soutien social. Certains se plaignent d'être encore très mal acceptés socialement. La petite profondeur du vagin et les difficultés à atteindre l'orgasme sont des problèmes influençant fortement la satisfaction des patients.	Il faut anticiper les difficultés de la réassignation, les troubles psychiatriques associés, l'isolement et les difficultés sociales. Capacités d'adaptations des patients.	Suivi 41 mois en moyenne jusqu'à la chirurgie puis de 1 à 4 ans. Analyse les personnes sorties du protocole de réassignation pour les comparer.	Population définie au travers de l'évaluation: état psycho-social .
38	Terrier J.E.	2013	Développement de nouvelles techniques et l'amélioration de celles existantes restent un objectif dans la chirurgie reconstructive du pénis. Le but est d' aider les patients à choisir la meilleure alternative en fonction de leurs besoins.	Discute la nécessité de développer des outils évaluant l'impact de la chirurgie reconstructive du pénis.	Suivi 6 mois d'évaluation près SRS et 12 à 24 mois d'hormonothérapie avant la chirurgie.	Mauvaise description de la population étudiée mais perçue au travers de leur santé mentale.
39	Amend B.	2013	Description de la technique avec utilisation de la peau des testicules et le positionnement de la néo-urètre. Satisfaction des patients sur la cicatrice, l'absence de plis et l'aspect des grandes lèvres.	Evaluation de la satisfaction par rapport à la chirurgie mais très peu développée dans le travail.	Suivi de 39,7 mois (19-69), pas de notion de perdus de vue.	Pas de description précise de la population étudiée.
40	Karim R.B.	1991	La présence de corps spongieux dans le néo vagin entraine des troubles urinaires majeurs.	Pas de questionnaire sur les attentes et la satisfaction des patients.	Suivi durant 5 ans en moyenne avant le reprise chirurgicale puis de 6 mois à 4 ans.	Pas de description précise de la population étudiée.
41	Toolenaar T.A.	1993	L'étude décrit les résultats histologiques de l'analyse effectuée. Les patient ayant des rapports sexuels fréquents utilisant la méthylcellulose font moins de lésions de colite.	Pas de questionnaire sur les attentes et la satisfaction des patients.	Suivi de 50 mois en moyenne.	Pas de description précise de la population étudiée.

42	Papadopulos N.A.	2008	Technique qui offre l'avantage d'un os de taille, avec une rigidité importante, avec un bon pédicule vasculaire et une morbidité du site donneur modéré. Cependant le rabat radial offre une meilleure sensibilité. A discuter avec le patient.	Evaluation de la satisfaction par rapport à la chirurgie mais très peu développée dans le travail.	Suivi durant 1 an.	Pas de description précise de la population étudiée.
43	Garaffa G.	2010	Cette série montre que le lambeau d'avant bras libre avec artère radiale représente la technique de référence pour la construction phallique totale. Il permet un bon résultat esthétique et une qualité supérieure et des résultats fonctionnels, il garantit ainsi un taux plus haut de satisfaction des patients.	Evaluation de la satisfaction par rapport à la chirurgie mais très peu développée dans le travail.	Suivi moyen de 26 mois (1-270 mois).	Pas de description précise de la population étudiée.
44	Garaffa G.	2010	Technique considérée comme correcte (12% de complications + 8% d'echec total de la technique). Morbidité du site donneur minime et cicatrice "acceptable", permettant la formation d'une néo urètre.	Pas de questionnaire sur les attentes et la satisfaction des patients.	Suivi de 9,2 mois (1-32).	Pas de description précise de la population étudiée.
45	Vujovic S.	2009	Etude montre qu'il n'y a pas de regret chez les patients. Discute des raisons de ce résultat avec un âge précoce de réassignation alors que les regrets sont plutôt constatés chez des personnes qui déclarent tardivement leur dysphorie de genre et leur orientation sexuelle. Précise que 18% sont satisfaits du traitement hormonal seul.	Ne cherche pas à évaluer la vision de la population trans par rapport à leur prise en charge, à leur souffrance ou à leur difficulté de vie.	Suivi de 20 ans.	Population décrite au travers des critères d'étude: SOPK, Caryotype, éducation, profession, histoire familiale, réassignation, relation intime et orientation sexuelle.
46	Bodlund O.	1996	D'après ces travaux 70% de la population trans prises en charge seraient satisfaits et 16% insatisfaits. Discute des critères d'exclusion des programmes de réassignation qui seraient les garants de meilleurs résultats et décrit des outils qui pourraient permettre une meilleure évaluation des individus avant l'entrée dans le programme.	Evoque le degré de satisfaction des patients mais pas les raisons de l'insatisfaction.	Suivi durant 5 ans.	Population décrite au travers du niveau d'éducation, de la profession, du lien familial et social, de la relation intime, des troubles de la personnalité et psychiatriques.

47	Dabernig J.	2007	Technique utilisant la micro chirurgie ayant l'avantage d'optimiser la vascularisation des tissus, possibilité de reconstruction d'un gland innervé, possibilité d'utilisation des fascias pour l'anastome urétral. Bonne méthode en terme de viabilité et complications.	Pas de questionnaire sur les attentes et la satisfaction des patients.	Suivi de 41,8 mois (13-55).	Pas de description précise de la population étudiée.
48	Rohrmann D.	2003	Fistules urétrales fréquentes, discute de la prise en charge chirurgicale, de ces complications ainsi que de l'optimisation des techniques.	Pas de questionnaire sur les attentes et la satisfaction des patients.	Pas de notion sur le suivi ni les perdus de vue.	Pas de description précise de la population étudiée.
49	Kuhn A.	2011	Etude sur la vaginoplastie et ses complications: urinaires, fécales et sexuelles. Cette étude rapporte des niveaux élevés d'insatisfaction sexuelle avec 23% des patients qui ne sont jamais satisfaits et 75% qui décrivent des interférences entre les épanouissements sexuels et leur vie. 47% de troubles urinaires et 9% de troubles de continence fécale.	Evoque le degré de satisfaction des patients mais ne développe pas les attentes de ces derniers et les éventuels regrets.	Pas de notion sur le suivi ni les perdus de vue.	Population définie pas le BMI et l'âge.
50	Ergeneli M.H.	1999	Hystérectomie vaginale assistée par laparoscopie et salpingo-ovariectomie bilatérale constitue une méthode sûre pour préserver les structures vitales pour la chirurgie de réassignation de transsexuels-mâle mais nécessite des études de suivi à long terme.	Pas de questionnaire sur les attentes et la satisfaction des patients.	Suivi depuis 1 an avant chirurgie, suivi de 9 à 30 mois post opératoire.	Pas de description précise de la population étudiée.
51	Selvaggi G.	2006	Grande cohorte sur la technique grand lambeau libre de l'avant bras. Deux complications précoces et tardives. Aucun problème majeur ou mineur à long terme.	Pas de questionnaire sur les attentes et la satisfaction des patients.	Suivi de 43 mois (6 mois à 9 ans).	Pas de description précise de la population étudiée.
52	Hoshiai M.	2010	Les circonstances difficiles dans lesquelles la plupart des patients GID ont vécu au Japon pourraient influencer le taux élevé d'idées suicidaires ou de l'automutilation chez les patients GID.	L'intérêt est porté aux troubles anxio dépressifs liés probablement en partie à leur cadre de vie.	Suivi dans une clinique spécialisée d'avril 1997 à octobre 2005	Pas de description précise de la population étudiée.
53	Zielinsli T.	1999	Décrit simplement les techniques de phalloplastie, leurs complications et les différentes méthodes pour rigidifier le néo phallus.	Pas de questionnaire sur les attentes et la satisfaction des patients.	Pas de notion sur le suivi ni les perdus de vue.	Pas de description précise de la population étudiée.

54	Djordjevic M.L.	2011	Vaginoplastie rectosigmoïde présente un choix sûr et raisonnable avec des complications acceptables et des résultats satisfaisants. Lorsque les patients restent sexuellement actifs, la pénétration vaginale sans gêne est possible.	Evalue le niveau de satisfaction, la capacité à obtenir du plaisir et surtout le rôle de la santé mentale sur la satisfaction post opératoire.	Suivi moyen de 47 mois (8-114). Evaluation 7-9 jours post opératoire, tous les mois pendant 4 mois puis tous les 3 mois pendant 2 ans puis 1 fois par an ensuite.	Pas de description précise de la population étudiée.
55	Söderpalm E.	2003	Augmentation du nombre de demande d'évaluation et d'intervention orthophonique. Âge moyen au moment du renvoi était de plus de 40 ans. 28% des participants sont d'origine étrangère. Fonction du larynx normal mais construction supraglottique dans plus de la moitié. Recours rapide à la thérapie vocale au cours du processus de réassignation.	Travail en rapport avec les attentes des patients par rapport à leurs objectifs et leurs motivations. Réelle approche centrée patient. Préconise de débiter les thérapies vocales de façon précoce dans la démarche de réassignation.	Pas de notion sur le suivi mais précise que 1 perdu de vue à déménagé, 3 sont partis dans un autre hopital, 1 a arrêté l'étude spontanément et 5 autres étaient encore sur liste d'attente.	Population décrite à travers leur histoire, leur situation familiale, la SRS, leur problème de voix, leurs attentes et motivations.
56	Imbimbo C.	2009	L'étude s'intéresse à la satisfaction post chirurgie de réassignation. 80% sont satisfaits : le soutien familial, la présence d'un partenaire stable, le niveau d'acceptation social (famille et milieu de travail), l'aspect esthétique et fonctionnel post opératoire ainsi que la satisfaction sexuelle s'avèrent être des critères essentiels à la satisfaction globale. L'importante insatisfaction post chirurgie est principalement liée à la discordance entre les attentes des patients et les résultats obtenus. Cela peut être amélioré par des entretiens spécifiques visant à découvrir les attentes et les motivations des patients, et en leur donnant des informations claires avant la chirurgie.	L'écoute et la formalisation des attentes des patients sont essentiels pour une prise en charge.	Suivi: psychothérapie 6 mois puis hormonothérapie. Puis expérience de vie réelle pendant 1 an avant SRS. Durée 32.07 mois \pm 8.95, hormonothérapie 24,7 mois \pm 7,95.	Population définie à travers le niveau d'étude, la situation professionnelle, la situation familiale, les relations personnelles, la sexualité, les aspects socio culturels, l'idée suicidaire, le changement juridique d'identité, la psychothérapie 100%.
57	Weyers S.	2009	L'examen et l'évaluation de la prostate gynécologique sont largement tolérés par les MtF. Palpation transvaginale de la prostate a une valeur clinique pauvre, alors que l'échographie transvaginale permet une évaluation correcte de l'état de la prostate et doit être le premier examen d'imagerie.	Evaluation de la douleur, et comparaison à la douleur anticipée.	Pas de notion sur le suivi ni les perdus de vue.	Population définie par l'âge et les résultats biologiques du PSA et de l'hormonothérapie.

58	Ott J.	2010	En se basant sur des données préliminaires, les auteurs considèrent la procédure d'hystérectomie, annexectomie combinée et mastectomie bilatérale en une seule session comme sûre, possible, et comme une stratégie intéressante pour les FtM.	Ne s'intéresse pas à la satisfaction et au vécu des patients par rapport à la chirurgie.	Pas de notion sur le suivi ni les perdu de vue.	Population définie en fonction de leur âge, BMI.
59	Djordjevic M.L.	2013	La métoïdioplastie comme SRS en une étape est une procédure chirurgicale sûre. La reconstruction urétrale reste un grand défi et la création d'un urètre fonctionnel représente l'un des principaux objectifs de cette procédure. L'utilisation simultanée d'une greffe de muqueuse buccale et d'un volet des lèvres semble offrir des avantages. Toutefois, un suivi permanent est nécessaire parce que certaines complications urétrales peuvent survenir plusieurs mois ou même des années après la chirurgie.	Pas de questionnaire sur les attentes et la satisfaction des patients.	Suivi de 39 mois (12 - 118).	Pas de description précise de la population étudiée.
60	Jarolim L.	2009	La chirurgie de réassignation représente une phase importante du traitement des transsexuels. Un nombre croissant de patients subissent ce traitement en raison des progrès en chirurgie. Pour les transsexuels masculins, la chirurgie peut fournir une imitation cosmétiquement acceptable des organes génitaux féminins qui permet le coït avec l'orgasme.	Discute simplement des critères d'insatisfaction des patients à la fin (ex: absence de sensibilité et problème de lubrification)	Suivi à 3 mois seulement.	Population définie par l'âge, le VHB, le VHC, la Syphilis, la TA.

61	Selvaggi G.	2007	Les techniques chirurgicales utilisées sont discutées, et la sensibilité du néo organe est analysée montrant la présence de la sensibilité tactile. Une étude plus approfondie en utilisant des tests de neuroimagerie serait utile pour démontrer la présence d'une sensibilité érogène. Les auteurs pensent que ces résultats sont obtenus grâce à la coaptation des nerfs cutanés du rabat avec le nerf ilio-inguinalis et avec l'un des 2 nerfs du clitoris. Pour obtenir l'orgasme après une phalloplastie, ils pensent que la préservation du clitoris sous le phallus reconstruit est fondamentale. Ils confirment l'importance du lambeau pédiculé du gland après vaginoplastie.	Evaluation des changements dans la vie sexuelle avant et après SRS : 75,5% indique une amélioration et 12,3% une aggravation (douleur, manque de sensation, difficultés pour se détendre). Il existe une corrélation entre l'amélioration de la vie sexuelle et la satisfaction avec les nouveaux caractères sexuels primaires. Plus l'excitation sexuelle était fréquente, plus ils estiment que leur vie sexuelle était améliorée.	Suivi moyen de 3,5 ans (1 - 8,5 ans) pour phalloplastie et 4 ans pour vaginoplastie (1 - 12 ans) .	Pas de description précise de la population étudiée.
62	Takamatsu A.	2008	L'étude montre un possible jet d'urine et des résultats esthétiques satisfaisant. Les cicatrices sont limitées. Cette technique peut être réalisée de manière indépendante ou comme la première étape de la phalloplastie si le patient a besoin d'une telle opération.	Ne s'intéresse pas à la satisfaction et au vécu des patients par rapport à la chirurgie.	Suivi moyen de 30 semaines (entre 3 mois et 8 ans).	Pas de description précise de la population étudiée.
63	Peitzmeier S.M.	2014	Evalue le dépistage du cancer du col chez les patients FtM. Une anomalie fréquente au frottis sans surrisque est constaté. L'atrophie vaginale et les saignements favorisés par l'hormonothérapie rendent difficile le geste. L'hormonothérapie aurait plutôt un rôle protecteur. Discute de la possibilité d'un test de dépistage d'ADN du HPV moins contraignant et mieux toléré.	Discute la réalisation de l'examen et le ressenti des patients. Ces travaux ont motivé la réalisation d'une étude qualitative sur le ressenti des FtM lors de cet examen et leurs attentes mais résultats non disponibles pour le moment.	Suivi pour l'étude durant 3,4 ans en moyenne.	Population décrite en fonction de l'âge, le BMI, l'ATCD, le VIH, l'hormonothérapie, l'éthnie, l'assurance maladie.
64	Jayaram B.N.	1978	L'étude montre des complications variables, en partie à cause de l'inexpérience des chirurgiens par rapport à ce type de patient. Les solutions proposées sont de réduire au minimum le nombre de patients qui font du nomadisme médical et aussi d'améliorer les techniques chirurgicales, avec une plus grande attention à l'esthétique.	Ne s'intéresse pas à la satisfaction et au vécu des patients par rapport à la chirurgie.	Pas de notion sur le suivi ni les perdu de vue.	Pas de description précise de la population étudiée.

65	Goddard J.C.	2007	Les complications sont fréquentes après cette chirurgie complexe et le suivi à long terme est difficile, notamment car les patients ont tendance à changer de lieu de vie au début de leur « nouvelle vie ». Il y a de bons résultats esthétiques et fonctionnels, avec une satisfaction importante des patients.	Difficulté des patients à continuer le suivi à distance de la chirurgie. Discute de la satisfaction globale (76% à distance) et discute des patients mécontents dès les premières semaines de suivi 6,6%.	Suivi moyen précoce de 8 semaines et suivi moyen à plus long terme de 3 ans (9 mois-8 ans).	Pas de description précise de la population étudiée.
66	Hage J.J.	1997	Décrit les critères de masculinité ou de féminité d'un visage et discute de la chirurgie à réaliser pour adapter au mieux le visage au genre auquel la personne s'identifie. Même si d'après les auteurs il est difficile de fixer un objectif pour féminiser un visage, il précise que de manière subjective les patients étaient convaincus que leur visage était plus féminin après l'intervention.	Evoque très sommairement la satisfaction des patients avec leur nouveau visage qu'il trouve plus féminin.	Suivi de 2,5 ans (6 mois et 8 ans).	Pas de description précise de la population étudiée.
67	Spizzichino L.	2001	Résultats sur la prévalence du VIH et de la syphilis. Recherche des facteurs de risque d'IST, nombre de partenaires élevés, toxicomanie (notamment IV et cocaïne). Evalue des programmes de prévention et leur efficacité limitée avec notamment l'utilisation encore trop négligée du préservatif.	Discute une approche centrée patient sur les attentes particulières des trans pour améliorer les techniques de prévention qui sont évaluées avec un impact limité.	Suivi de 1,5 ans (3 mois - 6 ans).	Population définie à travers l'âge, le pays d'origine, le nombre de partenaire sexuel, l'utilisation du préservatif, la connaissance du statut sérologique, la consommation de drogue IV, la cocaïne, la prison.
68	Orloff L.A.	2006	La chirurgie LAVA (laser) offre une option thérapeutique viable pour la PEC de l'androphonie réfractaire à la thérapie vocale. Méthode chirurgicale durable et conservatrice de féminisation de la voix. Meilleurs résultats si patients sans antécédent de traumatisme laryngé et si thérapie vocale après l'opération. Bien que notre groupe d'étude comprend un grand nombre de sujets, la taille de l'échantillon est encore trop petit pour aboutir à des conclusions radicales.	Evalue la satisfaction qui est mauvaise mais peu de commentaires sur ces résultats.	Suivi à 12 semaines puis 52 semaines.	Pas de description précise de la population étudiée.

69	Remacle M.	2009	La glottoplasty de Wendler peut contribuer à féminiser la voix. Des précautions particulières doivent être prises pour ne pas désépithélialiser plus du tiers antérieur des cordes vocales. L'orthophonie doit être ajoutée à la prise en charge. La discussion et les conseils sont très importants afin de vérifier que les patients ont des attentes réalistes.	La technique utilisée par les auteurs semble inefficace et ne satisfait pas les patients. Pourtant les auteurs n'en tiennent pas compte dans leur résultats.	Suivi moyenne était de 7,2 mois (2 et 39 mois).	Pas de description précise de la population étudiée.
70	Mastronikolis N.S.	2013	Parmi les procédures possibles, la glossoplastie de Wendler peut être proposée comme une méthode sûre et peu invasive avec de bons résultats. Des précautions particulières doivent être prises pour ne pas désépithélialiser plus que le tiers antérieur des cordes vocales. La thérapie vocale post opératoire est obligatoire pour de bons résultats. L'orthophonie est nécessaire afin de modifier le comportement vocal.	Ne s'intéresse pas à la satisfaction et au vécu des patients par rapport à la chirurgie.	Suivi de 6,5 mois	Pas de description précise de la population étudiée.
71	Koçak I.	2009	LRG est une alternative utile pour la féminisation de la voix avec de bons résultats vocaux et des niveaux de satisfaction correct, surtout quand chirurgie par CTA a été insuffisante pour atteindre le résultat souhaité. Les résultats à long terme de cette technique devraient être étudiés.	Ne s'intéresse pas à la satisfaction et au vécu des patients par rapport à la chirurgie.	Suivi de 13 mois en moyenne (12-15 mois).	Pas de description précise de la population étudiée.
72	Anderson J.	2007	Cette technique est une procédure efficace pour l'augmentation permanente de la fréquence fondamentale de la voix et n'est associée qu'à une minime morbidité.	Pas d'évaluation de la satisfaction des patients, seulement des fréquences vocales.	Suivi de 6 mois à 3 ans.	Pas de description précise de la population étudiée.
73	Kanagalingam J.	2005	La technique entraîne une augmentation de l'irrégularité de la voix post chirurgicale qui peut s'améliorer avec l'orthophonie. Elle incite à réaliser la chirurgie de la voix précocement dans le parcours d'un trans, car sinon favorise le risque d'instabilité de la voix qui modifie les caractéristiques anatomiques et complique la prise en charge.	Ne décrit pas le niveau de satisfaction des patients, ne parle pas de leurs attentes.	Suivi moyen de 6 mois.	Pas de description précise de la population étudiée.

74	Carew L.	2007	Cet�te étude démontre qu'une augmentation spontanée de la fréquence vocale est atteinte au cours de la thérapie et fournit des preuves suggérant que la thérapie par vocale peut être efficace pour augmenter la féminité de la voix des MtF.	Pas d'évaluation de la satisfaction des patients ni de leurs attentes.	Suivi moyen de 6 mois.	Pas de description précise de la population étudiée.
75	Thomas J.P.	2013	La féminisation par laryngoplastie, notamment l'élévation thyro-hoïdienne est une technique chirurgicale pour les MtF dont l'objectif est de féminiser leur voix. Des recherches complémentaires sont nécessaires pour quantifier l'effet thérapeutique sur les fréquences vocales et leur influence sur la perception de l'identité de genre.	La discussion rappelle l'importance de la féminisation de la voix pour les patients et leur image et sensibilise les chirurgiens sur la profession des patients, comme les chanteurs, pour qui les conséquences de la chirurgie sont d'une importance particulière.	Suivi pour patient avec féminisation par laryngoplastie sans élévation thyro-hoïdienne : 116 semaines (3-336). Suivi pour patient avec féminisation par laryngoplastie avec élévation thyro-hoïdienne : 50 semaines (5-193).	Pas de description précise de la population étudiée.

6. Bibliographie

1. Organisation mondiale de la santé. Troubles de l'identité sexuelle. [Internet]. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes.; 1993 [cité 31 août 2015]. Disponible sur: https://www.cihi.ca/fr/icd_volume_one_2012_fr.pdf
2. Recommandation 1117 (1989) relative à la condition des transsexuels [Internet]. [cité 31 août 2015]. Disponible sur: <http://syndromedebenjamin.free.fr/juridique/texteseuropeens/recommandation1117-1989fr.htm>
3. Gender dysphoria DSM 5. In: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 [Internet]. American Psychiatric Association; 2013 [cité 13 août 2015]. p. Gender Dysphoria DSM - 5 302.85 (F64.9). Disponible sur: <http://www.dsm5.org/documents/gender%20dysphoria%20fact%20sheet.pdf>
4. Van Caenegem E, Wierckx K, Elaut E, Buysse A, Dewaele A, Van Nieuwerburgh F, et al. Prevalence of Gender Nonconformity in Flanders, Belgium. *Arch Sex Behav.* juill 2015;44(5):1281-7.
5. Arcelus J, Bouman WP, Van Den Noortgate W, Claes L, Witcomb G, Fernandez-Aranda F. Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr.* 25 mai 2015;
6. Service évaluation des actes professionnels. Situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge médicale du transsexualisme en France. [Internet]. Paris; 2009 nov [cité 13 août 2015] p. 223. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-12/rapport_transsexualisme.pdf
7. Compagnon L. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *exerce.* 2013;24(108):148-55.
8. Moreau A. L'approche centrée patient : un concept adapté à la prise en charge éducative du patient diabétique de type 2. 2013;24(110):268-77.
9. Snelgrove JW, Jasudavicius AM, Rowe BW, Head EM, Bauer GR. « Completely out-at-sea » with « two-gender medicine »: a qualitative analysis of physician-side barriers to providing healthcare for transgender patients. *BMC Health Serv Res.* 2012;12:110.
10. Westaby D, Ogle SJ, Paradinas FJ, Randell JB, Murray-Lyon IM. Liver damage from long-term methyltestosterone. *Lancet Lond Engl.* 6 août 1977;2(8032):262-3.
11. Kuhn A, Hildebrand R, Birkhäuser M. Do transsexuals have micturition disorders? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* avr 2007;131(2):226-30.
12. Kim S-K, Lee K-C, Kwon Y-S, Cha B-H. Phalloplasty using radial forearm osteocutaneous free flaps in female-to-male transsexuals. *J Plast Reconstr Aesthetic Surg JPRAS.* mars 2009;62(3):309-17.
13. Bodlund O, Kullgren G. Transsexualism--general outcome and prognostic factors: a five-year follow-up study of nineteen transsexuals in the process of changing sex. *Arch Sex Behav.* juin 1996;25(3):303-16.
14. Nelson L, Whallett EJ, McGregor JC. Transgender patient satisfaction following reduction mammoplasty. *J Plast Reconstr Aesthetic Surg JPRAS.* mars 2009;62(3):331-4.
15. Sevelius JM, Saberi P, Johnson MO. Correlates of antiretroviral adherence and viral load among transgender women living with HIV. *AIDS Care.* 2014;26(8):976-82.
16. Gilles De La Londes J. Quels sont les obstacles à la pratique d'une activité physique chez les personnes transgenres MtF? Etude qualitative TRANSSPORT [Thèse d'exercice]. [Paris]: Paris Diderot; 2014.
17. Vujovic S, Popovic S, Sbutega-Milosevic G, Djordjevic M, Gooren L. Transsexualism in Serbia: a twenty-year follow-up study. *J Sex Med.* avr 2009;6(4):1018-23.
18. Hoshiai M, Matsumoto Y, Sato T, Ohnishi M, Okabe N, Kishimoto Y, et al. Psychiatric comorbidity among patients with gender identity disorder. *Psychiatry Clin Neurosci.* oct 2010;64(5):514-9.

19. Shumer DE, Spack NP. Current management of gender identity disorder in childhood and adolescence: guidelines, barriers and areas of controversy. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes.* févr 2013;20(1):69-73.
20. Nicholson C, McGuinness TM. Gender dysphoria and children. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* août 2014;52(8):27-30.
21. Brennan-Ing M, Seidel L, London AS, Cahill S, Karpiak SE. Service utilization among older adults with HIV: the joint association of sexual identity and gender. *J Homosex.* 2014;61(1):166-96.
22. Berry MG, Curtis R, Davies D. Female-to-male transgender chest reconstruction: a large consecutive, single-surgeon experience. *J Plast Reconstr Aesthetic Surg JPRAS.* juin 2012;65(6):711-9.
23. Bodlund O, Kullgren G. Transsexualism--general outcome and prognostic factors: a five-year follow-up study of nineteen transsexuals in the process of changing sex. *Arch Sex Behav.* juin 1996;25(3):303-16.
24. Selvaggi G, Monstrey S, Ceulemans P, T'Sjoen G, De Cuypere G, Hoebeke P. Genital sensitivity after sex reassignment surgery in transsexual patients. *Ann Plast Surg.* avr 2007;58(4):427-33.
25. Weyers S, Villeirs G, Vanherreweghe E, Verstraelen H, Monstrey S, Van den Broecke R, et al. Mammography and breast sonography in transsexual women. *Eur J Radiol.* juin 2010;74(3):508-13.
26. Chastre J, Brun P, Soler P, Basset F, Trouillet JL, Fagon JY, et al. Acute and latent pneumonitis after subcutaneous injections of silicone in transsexual men. *Am Rev Respir Dis.* janv 1987;135(1):236-40.
27. Schroeter CA, Groenewegen JS, Reineke T, Neumann HAM. Ninety percent permanent hair reduction in transsexual patients. *Ann Plast Surg.* sept 2003;51(3):243-8.
28. Costantino A, Cerpolini S, Alvisi S, Morselli PG, Venturoli S, Meriggiola MC. A prospective study on sexual function and mood in female-to-male transsexuals during testosterone administration and after sex reassignment surgery. *J Sex Marital Ther.* 2013;39(4):321-35.
29. Baba T, Endo T, Honnma H, Kitajima Y, Hayashi T, Ikeda H, et al. Association between polycystic ovary syndrome and female-to-male transsexuality. *Hum Reprod Oxf Engl.* avr 2007;22(4):1011-6.
30. Wierckx K, Van Caenegem E, Schreiner T, Haraldsen I, Fisher A, Toye K, et al. Cross-sex hormone therapy in trans persons is safe and effective at short-time follow-up: results from the European network for the investigation of gender incongruence. *J Sex Med.* août 2014;11(8):1999-2011.
31. Roberts TK, Kraft CS, French D, Ji W, Wu AHB, Tangpricha V, et al. Interpreting laboratory results in transgender patients on hormone therapy. *Am J Med.* févr 2014;127(2):159-62.
32. Jacobeit JW, Gooren LJ, Schulte HM. Long-acting intramuscular testosterone undecanoate for treatment of female-to-male transgender individuals. *J Sex Med.* sept 2007;4(5):1479-84.
33. Mueller A, Haeberle L, Zollver H, Claassen T, Kronawitter D, Oppelt PG, et al. Effects of intramuscular testosterone undecanoate on body composition and bone mineral density in female-to-male transsexuals. *J Sex Med.* sept 2010;7(9):3190-8.
34. Seal LJ, Franklin S, Richards C, Shishkareva A, Sinclair C, Barrett J. Predictive markers for mammoplasty and a comparison of side effect profiles in transwomen taking various hormonal regimens. *J Clin Endocrinol Metab.* déc 2012;97(12):4422-8.
35. De Cuypere G, T'Sjoen G, Beerten R, Selvaggi G, De Sutter P, Hoebeke P, et al. Sexual and physical health after sex reassignment surgery. *Arch Sex Behav.* déc 2005;34(6):679-90.
36. Colizzi M, Costa R, Todarello O. Transsexual patients' psychiatric comorbidity and positive effect of cross-sex hormonal treatment on mental health: results from a longitudinal study. *Psychoneuroendocrinology.* janv 2014;39:65-73.
37. Giltay EJ, Toorians AWFT, Sarabdjitsingh AR, de Vries NA, Gooren LJG. Established risk factors for coronary heart disease are unrelated to androgen-induced baldness in female-to-male transsexuals. *J Endocrinol.* janv 2004;180(1):107-12.
38. Deutsch MB, Bhakri V, Kubicek K. Effects of cross-sex hormone treatment on transgender women and men. *Obstet Gynecol.* mars 2015;125(3):605-10.
39. Mueller A, Kiesewetter F, Binder H, Beckmann MW, Dittrich R. Long-term administration of testosterone undecanoate every 3 months for testosterone supplementation in female-to-male transsexuals. *J Clin Endocrinol Metab.* sept 2007;92(9):3470-5.

40. Machtinger EL, Haberer JE, Wilson TC, Weiss DS. Recent trauma is associated with antiretroviral failure and HIV transmission risk behavior among HIV-positive women and female-identified transgenders. *AIDS Behav.* nov 2012;16(8):2160-70.
41. Berry MG, Curtis R, Davies D. Female-to-male transgender chest reconstruction: a large consecutive, single-surgeon experience. *J Plast Reconstr Aesthetic Surg JPRAS.* juin 2012;65(6):711-9.
42. Antoszewski B, Bratoś R, Sitek A, Fijałkowska M. Long-term results of breast reduction in female-to-male transsexuals. *Pol Przegl Chir.* mars 2012;84(3):144-51.
43. Cregten-Escobar P, Bouman MB, Buncamper ME, Mullender MG. Subcutaneous mastectomy in female-to-male transsexuals: a retrospective cohort-analysis of 202 patients. *J Sex Med.* déc 2012;9(12):3148-53.
44. Van Caenegem E, Verhaeghe E, Taes Y, Wierckx K, Toye K, Goemaere S, et al. Long-term evaluation of donor-site morbidity after radial forearm flap phalloplasty for transsexual men. *J Sex Med.* juin 2013;10(6):1644-51.
45. Leriche A, Timsit M-O, Morel-Journel N, Bouillot A, Dembele D, Ruffion A. Long-term outcome of forearm free-flap phalloplasty in the treatment of transsexualism. *BJU Int.* mai 2008;101(10):1297-300.
46. Soli M, Brunocilla E, Bertaccini A, Palmieri F, Barbieri B, Martorana G. Male to female gender reassignment: modified surgical technique for creating the neoclitoris and mons veneris. *J Sex Med.* janv 2008;5(1):210-6.
47. Krege S, Bex A, Lümmer G, Rübber H. Male-to-female transsexualism: a technique, results and long-term follow-up in 66 patients. *BJU Int.* sept 2001;88(4):396-402.
48. Perovic SV, Djordjevic ML. Metoidioplasty: a variant of phalloplasty in female transsexuals. *BJU Int.* déc 2003;92(9):981-5.
49. Bucci S, Mazzon G, Liguori G, Napoli R, Pavan N, Bormioli S, et al. Neovaginal prolapse in male-to-female transsexuals: an 18-year-long experience. *BioMed Res Int.* 2014;2014:240761.
50. Lawrence AA. Patient-reported complications and functional outcomes of male-to-female sex reassignment surgery. *Arch Sex Behav.* déc 2006;35(6):717-27.
51. Bettocchi C, Ralph DJ, Pryor JP. Pedicled pubic phalloplasty in females with gender dysphoria. *BJU Int.* janv 2005;95(1):120-4.
52. Fang RH, Kao YS, Ma S, Lin JT. Phalloplasty in female-to-male transsexuals using free radial osteocutaneous flap: a series of 22 cases. *Br J Plast Surg.* avr 1999;52(3):217-22.
53. Smith YLS, Van Goozen SHM, Kuiper AJ, Cohen-Kettenis PT. Sex reassignment: outcomes and predictors of treatment for adolescent and adult transsexuals. *Psychol Med.* janv 2005;35(1):89-99.
54. Terrier J-É, Courtois F, Ruffion A, Morel Journel N. Surgical outcomes and patients' satisfaction with suprapubic phalloplasty. *J Sex Med.* janv 2014;11(1):288-98.
55. Amend B, Seibold J, Toomey P, Stenzl A, Sievert K-D. Surgical reconstruction for male-to-female sex reassignment. *Eur Urol.* juill 2013;64(1):141-9.
56. Karim RB, Hage JJ, Bouman FG, Dekker JJ. The importance of near total resection of the corpus spongiosum and total resection of the corpora cavernosa in the surgery of male to female transsexuals. *Ann Plast Surg.* juin 1991;26(6):554-6; discussion 557.
57. Toolenaar TA, Freundt I, Huikeshoven FJ, Drogendijk AC, Jeekel H, Chadha-Ajwani S. The occurrence of diversion colitis in patients with a sigmoid neovagina. *Hum Pathol.* août 1993;24(8):846-9.
58. Papadopulos NA, Schaff J, Biemer E. The use of free prelaminate and sensate osteofasciocutaneous fibular flap in phalloplasty. *Injury.* sept 2008;39 Suppl 3:S62-7.
59. Garaffa G, Christopher NA, Ralph DJ. Total phallic reconstruction in female-to-male transsexuals. *Eur Urol.* avr 2010;57(4):715-22.
60. Garaffa G, Ralph DJ, Christopher N. Total urethral construction with the radial artery-based forearm free flap in the transsexual. *BJU Int.* oct 2010;106(8):1206-10.
61. Vujovic S, Popovic S, Sbutega-Milosevic G, Djordjevic M, Gooren L. Transsexualism in Serbia: a twenty-year follow-up study. *J Sex Med.* avr 2009;6(4):1018-23.

62. Dabernig J, Shelley OP, Cuccia G, Schaff J. Urethral reconstruction using the radial forearm free flap: experience in oncologic cases and gender reassignment. *Eur Urol.* août 2007;52(2):547-53.
63. Rohrmann D, Jakse G. Urethroplasty in female-to-male transsexuals. *Eur Urol.* nov 2003;44(5):611-4.
64. Ergeneli MH, Duran EH, Ozcan G, Erdogan M. Vaginectomy and laparoscopically assisted vaginal hysterectomy as adjunctive surgery for female-to-male transsexual reassignment: preliminary report. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* nov 1999;87(1):35-7.
65. Selvaggi G, Monstrey S, Hoebeke P, Ceulemans P, Van Landuyt K, Hamdi M, et al. Donor-site morbidity of the radial forearm free flap after 125 phalloplasties in gender identity disorder. *Plast Reconstr Surg.* oct 2006;118(5):1171-7.
66. Hoshiai M, Matsumoto Y, Sato T, Ohnishi M, Okabe N, Kishimoto Y, et al. Psychiatric comorbidity among patients with gender identity disorder. *Psychiatry Clin Neurosci.* oct 2010;64(5):514-9.
67. Zieliński T. Phalloplasty using a lateral groin flap in female-to-male transsexuals. *Acta Chir Plast.* 1999;41(1):15-9.
68. Djordjevic ML, Stanojevic DS, Bizic MR. Rectosigmoid vaginoplasty: clinical experience and outcomes in 86 cases. *J Sex Med.* déc 2011;8(12):3487-94.
69. Söderpalm E, Larsson A, Almquist S-A. Evaluation of a consecutive group of transsexual individuals referred for vocal intervention in the west of Sweden. *Logoped Phoniatr Vocol.* 2004;29(1):18-30.
70. Imbimbo C, Verze P, Palmieri A, Longo N, Fusco F, Arcaniolo D, et al. A report from a single institute's 14-year experience in treatment of male-to-female transsexuals. *J Sex Med.* oct 2009;6(10):2736-45.
71. Weyers S, Decaestecker K, Verstraelen H, Monstrey S, T'Sjoen G, Gerris J, et al. Clinical and transvaginal sonographic evaluation of the prostate in transsexual women. *Urology.* juill 2009;74(1):191-6.
72. Ott J, van Trotsenburg M, Kaufmann U, Schrögendorfer K, Haslik W, Huber JC, et al. Combined hysterectomy/salpingo-oophorectomy and mastectomy is a safe and valuable procedure for female-to-male transsexuals. *J Sex Med.* juin 2010;7(6):2130-8.
73. Djordjevic ML, Bizic MR. Comparison of two different methods for urethral lengthening in female to male (metoidioplasty) surgery. *J Sex Med.* mai 2013;10(5):1431-8.
74. Jarolím L, Sedý J, Schmidt M, Nanka O, Foltán R, Kawaciuk I. Gender reassignment surgery in male-to-female transsexualism: A retrospective 3-month follow-up study with anatomical remarks. *J Sex Med.* juin 2009;6(6):1635-44.
75. Selvaggi G, Monstrey S, Ceulemans P, T'Sjoen G, De Cuypere G, Hoebeke P. Genital sensitivity after sex reassignment surgery in transsexual patients. *Ann Plast Surg.* avr 2007;58(4):427-33.
76. Takamatsu A, Harashina T. Labial ring flap: a new flap for metoidioplasty in female-to-male transsexuals. *J Plast Reconstr Aesthetic Surg JPRAS.* mars 2009;62(3):318-25.
77. Peitzmeier SM, Reisner SL, Harigopal P, Potter J. Female-to-male patients have high prevalence of unsatisfactory Paps compared to non-transgender females: implications for cervical cancer screening. *J Gen Intern Med.* mai 2014;29(5):778-84.
78. Jayaram BN, Stuteville OH, Bush IM. Complications and undesirable results of sex-reassignment surgery in male-to-female transsexuals. *Arch Sex Behav.* juill 1978;7(4):337-45.
79. Goddard JC, Vickery RM, Qureshi A, Summerton DJ, Khoosal D, Terry TR. Feminizing genitoplasty in adult transsexuals: early and long-term surgical results. *BJU Int.* sept 2007;100(3):607-13.
80. Hage JJ, Vossen M, Becking AG. Rhinoplasty as part of gender-confirming surgery in male transsexuals: basic considerations and clinical experience. *Ann Plast Surg.* sept 1997;39(3):266-71.
81. Spizzichino L, Zaccarelli M, Rezza G, Ippolito G, Antinori A, Gattari P. HIV infection among foreign transsexual sex workers in Rome: prevalence, behavior patterns, and seroconversion rates. *Sex Transm Dis.* juill 2001;28(7):405-11.
82. Orloff LA, Mann AP, Damrose JF, Goldman SN. Laser-assisted voice adjustment (LAVA) in transsexuals. *The Laryngoscope.* avr 2006;116(4):655-60.

83. Remacle M, Matar N, Morsomme D, Veduyck I, Lawson G. Glottoplasty for male-to-female transsexualism: voice results. *J Voice Off J Voice Found.* janv 2011;25(1):120-3.
84. Mastronikolis NS, Remacle M, Biagini M, Kiagiadaki D, Lawson G. Wendler glottoplasty: an effective pitch raising surgery in male-to-female transsexuals. *J Voice Off J Voice Found.* juill 2013;27(4):516-22.
85. Koçak I, Akpınar ME, Cakır ZA, Doğan M, Bengisu S, Celikoyar MM. Laser reduction glottoplasty for managing androphonia after failed cricothyroid approximation surgery. *J Voice Off J Voice Found.* nov 2010;24(6):758-64.
86. Anderson J. Endoscopic laryngeal web formation for pitch elevation. *J Otolaryngol.* févr 2007;36(1):6-12.
87. Kanagalingam J, Georgalas C, Wood GR, Ahluwalia S, Sandhu G, Cheesman AD. Cricothyroid approximation and subluxation in 21 male-to-female transsexuals. *The Laryngoscope.* avr 2005;115(4):611-8.
88. Carew L, Dacakis G, Oates J. The effectiveness of oral resonance therapy on the perception of femininity of voice in male-to-female transsexuals. *J Voice Off J Voice Found.* sept 2007;21(5):591-603.
89. Thomas JP, Macmillan C. Feminization laryngoplasty: assessment of surgical pitch elevation. *Eur Arch Oto-Rhino-Laryngol Off J Eur Fed Oto-Rhino-Laryngol Soc EUFOS Affil Ger Soc Oto-Rhino-Laryngol - Head Neck Surg.* sept 2013;270(10):2695-700.