

# SANTÉ-TRANS\*

RECOMMANDATIONS  
DE PRISE EN CHARGE (VERSION 1)

ÉPICÈNE  
4, rue de la Dôle  
1203 Genève  
+41 22 940 01 01  
contact@epicene.ch

 ÉPICÈNE

Association d'intérêt public  
source d'inclusion

## Colloque international sur la santé et l'intégration sociale des personnes trans\* 2022

Le colloque international sur la santé et l'intégration sociale des personnes trans\* 2022 s'est tenu du 5 au 8 octobre à Genève. Organisé par ÉPICÈNE sur mandat du Bureau de promotion de l'égalité et de prévention des violences BPEV du canton de Genève, il réunissait des professionnels·x·les spécialisés·x·es dans les domaines de la prise en charge des personnes trans\*. Venus·x·es de Suisse et de l'étranger, médecins, chirurgiens, gynécologue-obstétricien·x·ne, professeurs·x·es et autres spécialistes ont pu échanger sur leurs expériences et approches respectives, dans un but de formation transversale et pluridisciplinaire issue des avancées médicales les plus récentes.

La population trans\* souffre non seulement de discrimination au sein de la société, mais également dans le domaine médical, et ce, à toutes les étapes du parcours de transition: de la prise en charge des soins par l'assurance maladie au suivi psychologique et médical, en passant par des interventions chirurgicales aux techniques obsolètes et risquées. Il en résulte de grandes souffrances infligées aux patients·x·es, avec des coûts supplémentaires liés à des opérations répétées ou des soins postopératoires très lourds, situation qui ne fait qu'aggraver la vulnérabilité des personnes trans\* qui sont globalement en moins bonne santé physique et mentale (d'après des études populationnelles) que le reste de la population. Or, plus une personne est vulnérable, plus les complexités seront multiples, et plus les soins adéquats seront éloignés des standards minimaux. Les soins doivent donc être davantage personnalisés en fonction des

besoins et souhaits des personnes trans\* et délivrés par des prestataires nettement mieux formés.

Pour faire face aux discriminations et améliorer la vie des personnes trans\*, les professionnels·x·les de santé doivent notamment garder à l'esprit que le sexe, le genre et la sexualité sont trois concepts qui ont chacun un sens propre et distinct. Des pistes de réflexion et des solutions sont également à mettre en place au niveau professionnel, auprès des aînés·x·es trans\*, ou des familles qui, grâce à une meilleure connaissance des enjeux et des réalités inhérentes aux personnes trans\*, à commencer par l'incongruence de genre<sup>1</sup>, leur apporteront un meilleur soutien à tout âge et dans toutes les étapes de transition.

Actuellement, de plus en plus de personnes affirment leur transidentité aussi bien chez les jeunes, les adultes, que les aînés·x·es. Dans certaines cultures, comme celle des vierges d'Albanie ou des Khawajasiras au Pakistan, les personnes trans\* sont valorisées, et non stigmatisées. C'est par la lutte contre les stéréotypes et toute forme de discrimination, mais aussi par un meilleur respect et une plus grande connaissance des réalités et des besoins des personnes trans\* que nous parviendrons à un système de santé équitable, une meilleure inclusion et un sentiment d'appartenance évident de

la part des personnes trans\*. Et, comme le rappelle Lynn Bertholet: "pour changer les biais inconscients, il faut changer la culture." Cette brochure vise à améliorer la prise en charge par la médecine au sens large des personnes questionnant leur identité de genre, soit le ressenti profond qu'une personne a de son genre, en invitant à une meilleure formation du personnel de santé et d'accueil, mais aussi à une écoute empathique et au respect des particularités inhérentes à chaque personne. À travers la décision partagée notamment, les valeurs et préférences des personnes trans\* doivent être prises en compte dans les soins proposés, ceux-ci devant par ailleurs s'adapter aux spécificités de traitement et à la santé des personnes trans\* (gynécologie, urologie, oncologie par exemple). Cette brochure est également l'occasion de rappeler l'importance d'un soutien psychologique tout au long du parcours de transition et de la vie de la personne trans\* et de ses proches. La Suisse ne bénéficiant pas d'un centre spécialisé, certaines techniques chirurgicales en vaginoplastie seront présentées afin de démontrer les améliorations possibles des résultats et la diminution des risques postopératoires, grâce à des approches souvent moins invasives, moins contraignantes et moins coûteuses que celles pratiquées en Suisse. Enfin, les bases scientifiques d'une approche transaffirmative permettront de sensibiliser les professionnels·x·les de santé à ces questions et ainsi éviter toute forme de stigmatisation et de discrimination dans les cadres professionnel, juridique, médical et sociétal.

<sup>1</sup> "L'incongruence de genre" est un terme médical désignant la transidentité. Il remplace peu à peu le terme de "dysphorie de genre", lui-même remplaçant l'ancien terme de "transsexualisme vrai" dans les milieux médicaux

**TRANS\*ÉQUITÉ: ÉTAT DES LIEUX EN 2022 – 5.10**

Dre Melissa Dominicé Dao, médecin adjointe au service de médecine de premier recours aux HUG et Privat-docent à la Faculté de médecine de l'Université de Genève (UNIGE)

**LES VIOLENCES MÉDICALES EN GÉNÉRAL, ET FAITES AUX PERSONNES TRANS\* EN PARTICULIER – 5.10**

Dre Thelma Linet, Gynécologue obstétricienne à Paris

**LES DÉCISIONS MÉDICALES PARTAGÉES DANS LA PRATIQUE CLINIQUE – 6.10**

Pr Thomas Agoritsas, Professeur assistant, médecin adjoint agrégé aux HUG

**LES MEILLEURES PRATIQUES CHIRURGICALES DES RÉASSIGNATIONS MTF/FTM – 6.10**

Dr Jess Ting, du Mount Sinai Hospital de New-York

**TECHNIQUES DE MASCULINISATION – 6.10**

Dr Richard Fakin, chirurgien plasticien, professeur adjoint à l'Université de Zurich

**PRISE EN CHARGE DES TRAITEMENTS MÉDICAUX PAR LES ASSURANCES MALADIE – 6.10**

Me Estelle Marguet, avocate associée à l'étude SF5 à Lausanne

Me Estelle Lang, avocate au Barreau vaudois

**SUIVI POSTOPÉRATOIRE DES RÉASSIGNATIONS FTM / MTF – 6.10**

Stefania Simone, infirmière de pratique avancée APN aux hôpitaux de Zurich et de Graz

**JEUNES TRANS\* ET NON-BINAIRES: DE L'ACCOMPAGNEMENT À L'AFFIRMATION – 7.10**

Pre Annie Pullen Sansfaçon, Professeure titulaire à l'École de travail social de l'Université de Montréal et titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur les enfants transgenres et leurs familles

**INCLUSION DES PERSONNES TRANS\* DANS LE MONDE DU TRAVAIL – 7.10**

Lynn Bertholet, présidente d'ÉPICÈNE

**LES AÎNÉS·X-ES TRANS\* – 7.10**

Julien Rougerie, responsable du programme "Pour que vieillir soit gai", un programme de sensibilisation à la diversité sexuelle et de genre en milieux aînés offert par la Fondation Émergence (basée à Montréal) depuis 2009

**SEXE ET GENRE: DE LA BINARITÉ AU CONTINUUM – 8.10**

Dre Céline Brockmann, adjointe scientifique et co-directrice du Bioscope de l'Université de Genève (UNIGE)

Maeva Badré, biologiste, assistante de recherche, Faculté de médecine et Programme Sciences, sexes, identités, Université de Genève (UNIGE)

Dre Anne François, médecin interniste-généraliste, ancienne médecin adjointe aux Hôpitaux Universitaires Genevois (HUG)

**AUTODÉTERMINATION DES JEUNES AUX PLANS JURIDIQUE ET MÉDICAL – 8.10**

Pre Michelle Cottier, professeure ordinaire de droit civil à l'Université de Genève, co-responsable du domaine thématique politique de l'enfance et de la jeunesse du Centre suisse de compétence pour les droits humains (CSDH)

Pre Samia Hurst, bioéthicienne et médecin, consultante du Conseil d'éthique clinique des HUG, directrice de l'Institut Éthique, Histoire, Humanités (IEH2) et du Département de Santé et Médecine communautaire à la Faculté de médecine de Genève

Dre Melissa Dominicé Dao, médecin adjointe agrégée au Service de médecine de premier recours et Privat-docent à la Faculté de médecine de l'Université de Genève (UNIGE)

**CLÔTURE DU COLLOQUE – 8.10**

Lynn Bertholet, présidente d'ÉPICÈNE

## Trans\*équité : État des lieux en 2022

**Dre Melissa Dominicé Dao**

Médecin adjointe au service de médecine de premier recours aux HUG

De plus en plus souvent, les professionnels·x·les de santé sont amenés·x·es à prodiguer des soins aux personnes transgenres et non binaires. Ces personnes, plus vulnérables en matière de santé, doivent pouvoir accéder à un bon système de soins équitable, c'est-à-dire répondant à leurs besoins spécifiques, et ainsi éviter toute forme de discrimination. Pour améliorer l'accès aux soins et donc l'état de santé des personnes trans\*, il faut former tous les professionnels·x·les de santé, mais aussi le personnel d'accueil. La Docteure Melissa Dominicé Dao propose plusieurs recommandations en ce sens.

1. La première recommandation est de connaître et de savoir différencier les concepts suivants : le sexe, le genre, l'orientation sexuelle et/ou affective. Le sexe étant l'ensemble des caractéristiques anatomiques et fonctionnelles attribuées au mâle ou à la femelle. À ce jour, il n'est pas possible de déterminer le genre à partir du sexe biologique. Le genre est une construction sociale, c'est aussi une identification aux individus et comportements (parfois stéréotypés) qui caractérisent ce rôle. Le genre est défini par un ensemble de normes sociales variant d'une société ou d'une époque à l'autre. L'orientation sexuelle fait référence aux préférences sexuelles alors que l'orientation affective fait référence aux préférences affectives et romantiques. La Dre Céline Brockmann, Maeva Badré et la Dre Anne François apportent des précisions et recommandations dans le chapitre "Sexe et Genre: De la binarité au continuum" de cette brochure.

2. La deuxième recommandation est d'être en mesure d'identifier les biais inconscients propres à chacun·x·e et leur impact sur les soins, mais aussi d'être conscient·x·e de l'hétéronormativité et la cisnormativité présentes dans les institutions de santé. Pour rappel, l'hétéronormativité est un système normatif de comportements, de représentations et de discriminations favorisant et naturalisant l'hétérosexualité. La cisnormativité est un système normatif de comportements, de représentations et de discriminations favorisant et naturalisant les identités cisgenres.

3. La troisième recommandation de la Docteure Melissa Dominicé Dao est de prendre conscience des inégalités de santé chez les personnes transgenres et non binaires, et de comprendre le concept de stress minoritaire qu'iels·x·les vivent quotidiennement du fait des discriminations qu'iels·x·les subissent en raison de leur transidentité. Les études populationnelles montrent d'ailleurs que les personnes transgenres et non binaires sont, en général, plus vulnérables et en moins bon état de santé, avec plus de maladies chroniques, plus d'infections sexuellement transmissibles, et reçoivent moins de mesures préventives. À cela s'ajoute une santé mentale affectée en raison des discriminations et violences qu'elles subissent au sujet de leur transidentité.

4. L'une des plus importantes recommandations en regroupe en réalité plusieurs qui, lorsqu'elles sont appliquées lors des consultations, font la différence en qualité de prise en charge et de soins :

- apprendre à communiquer en utilisant un vocabulaire neutre et inclusif. Par exemple, les dossiers administratifs ne sont pas toujours inclusifs et manquent de flexibilité et de catégories pertinentes concernant les personnes trans\*.
- pratiquer un examen clinique informé et respectueux, c'est-à-dire en respectant le prénom choisi et le genre ressenti, demander le consentement du·de la patient·x·e avant d'effectuer un geste médical, avoir une attitude positive et bienveillante envers les patients·x·es, en faisant preuve de respect dans l'accueil et la communication.

Afin d'améliorer la communication et la qualité des entretiens avec les patients·x·es, il faut impérativement connaître les différents traitements médicaux et chirurgicaux disponibles pour l'affirmation de genre, selon les besoins des personnes, et leur impact sur la santé, y compris en termes de prévention. Le Pr Thomas Agoritsas indique des recommandations relatives aux décisions médicales partagées dans la partie réservée à sa conférence.

5 Enfin, la docteure Melissa Dominicé Dao recommande aux institutions de santé d'adapter leurs pratiques et processus afin de répondre aux enjeux de santé spécifiques des personnes transgenres et non binaires, à savoir :

- proposer des dossiers administratifs et médicaux inclusifs du prénom d'usage et du genre vécu et/ou ressenti,

- former le personnel d'accueil à l'inclusion de la diversité,
- créer une politique explicite de diversité et la rendre visible au sein de l'institution,
- intégrer des personnes concernées dans leurs projets institutionnels.

**“Les personnes transgenres et non binaires sont, en général, plus vulnérables et en moins bon état de santé : il faut qu'elles puissent accéder à un bon système de soins en adéquation avec leurs besoins.”**

## Les violences médicales en général, et faites aux personnes trans\* en particulier

**Dre Thelma Linet**

Gynécologue obstétricienne à Paris

Dans *Les brutes en blanc*, Martin Winckler explique que la personne soignée est le capitaine, et le corps médical le pilote du bateau.

1. Il incombe aux soignants·x·es et aux prestataires de soins de s'adapter aux personnes soignées en leur prodiguant des conseils adaptés à leurs besoins et leurs souhaits. **La personne trans\* doit pouvoir décider, tout en étant guidée et conseillée par le personnel soignant.** On ne peut être à la fois capitaine et pilote, décider et conseiller, choisir et informer, ce que font bien trop souvent les personnes trans\*.

2. **La Dre Thelma Linet recommande ensuite de suivre les six principes d'un bon counseling :** bien traiter les personnes, interagir, communiquer des informations appropriées et donc être formé, donner des informations sur-mesure et personnalisées, fournir la méthode souhaitée, et enfin aider la personne soignée à se rappeler des instructions. Il faut par ailleurs éviter toute forme de paternalisme : "à votre place, je ferais...", "je suis sûr·x·e que vous ne voulez pas de cette méthode"...

3. La troisième recommandation est de **s'adapter aux besoins et souhaits des personnes trans\*, à travers la décision partagée** (se référer aux recommandations du Pr Thomas Agoritsas figurant). En effet, la différence est une force. Ce n'est pas parce qu'un·x·e patient·x·e ne rentre pas dans la norme qu'il y a des risques pour sa santé. Et Thelma Linet de citer sa collègue psychothérapeute Luisa Attali : "La violence, c'est l'autre qui n'existe plus". La violence institutionnelle

provient de la contrainte des médecins à respecter des protocoles qui causent la souffrance. Le système de croyances personnelles entrave la communication. L'autre n'est pas un cas clinique, mais bien une personne.

4. Il est primordial de limiter les biais implicites, notamment en remplaçant les stéréotypes et en se formant aux besoins spécifiques des personnes LGBTQI+. Prendre contact avec des professionnels·x·les de santé ayant l'expérience des soins prodigués aux personnes LGBTQI+ est une bonne démarche. L'erreur est humaine, les cas cliniques sont des cas cliniques de stéréotypes, mais chaque personne a des besoins différents. Ne pas l'oublier est l'assurance de la qualité des soins apportés. Il faut respecter la personne trans\*, qui mérite autant de soin que n'importe quelle autre personne. La peur du médical est légitime, car le médical peut engendrer des violences, une façon de penser n'étant pas forcément en accord avec les personnes qu'on a en face.

5. La Dre Thelma Linet rappelle que **"l'humilité culturelle permet de trouver un chemin vers la parole, véritable solution à la violence médicale"**. La transition, comme la détransition, doit bénéficier d'un accompagnement médical, dans une démarche de soin qui n'est pas une recherche de vérité. C'est en échangeant, en se formant, en posant des questions, en s'adaptant à la personne, que l'on évite la violence médicale. Une écoute empathique tend à encourager la personne trans\* à s'ouvrir, à partager ses craintes, ses aspirations, ses valeurs profondes. Ainsi, pour réduire le

risque vécu de violence, il est essentiel de verbaliser en anticipant chaque geste, et les sensations que celui-ci peut provoquer. À travers l'échange, la personne doit se sentir sujet de sa consultation.

6. **Enfin, la Dre Thelma Linet recommande de ne pas minimiser la violence ressentie de la salle d'attente (accueil, toilettes non-générées, etc.) à la consultation.** Un·x·e médecin peut rajouter de la violence sur une histoire qu'iel·x·le ne connaît pas. De plus, la violence peut être intériorisée : selon la Dre Thelma Linet, il n'y a pas plus transphobe qu'une personne trans\* envers elle-même. Il existe une sorte d'autophobie importante. Pour éviter toute forme de violence, les professionnels·x·les doivent notamment savoir qu'il est inapproprié de parler des organes génitaux de la personne trans\*, à moins que cela ne soit nécessaire médicalement au moment de la consultation. Un autre exemple de violence que les professionnels·x·les de la santé ont tendance à commettre est de mégenrer, c'est-à-dire à utiliser le genre inadéquat en parlant de ou à une personne trans\*. Cela peut créer un réel sentiment d'insécurité et de mal-être pour la personne mégenrée. Si cela arrive par erreur, s'excuser et éventuellement demander quels sont les pronoms avec lesquels iel·x·le souhaite être "genré" est la meilleure solution. De même, il ne faut pas hésiter à demander les formulations et termes que préfère le·la patient·x·e. La maladresse n'est pas une forme de violence.

**"L'humilité culturelle permet de trouver un chemin vers la parole, véritable solution à la violence médicale."**

## Les décisions médicales partagées dans la pratique clinique

### Pr Thomas Agoritsas

Professeur assistant, médecin adjoint agrégé aux HUG

1. En premier lieu, le Professeur Thomas Agoritsas recommande d'aborder la prise en charge médicale des personnes trans\* de la même manière que dans les autres domaines de la médecine. Il ne faut pas considérer que la question trans\* est fondamentalement différente.

En effet, la médecine s'intègre dans une myriade de décisions: quand consulter? Quelles questions poser? Quel test diagnostique proposer? Et quelle que soit l'intervention, il y a de forts enjeux avec des décisions majeures quant à la nature de la décision (prévention, traitement, absence de traitement, délai, etc.) et des issues cliniques importantes (mortalité/survie, fertilité, risque de suicide, burn-out, besoins en soins critiques...). La prise en charge des personnes trans\* relève de ces mêmes problématiques.

2. La recommandation principale du Professeur Thomas Agoritsas est de recourir à la décision partagée, processus par lequel un·x·e patient·x·e et un·x·e clinicien·x·ne travaillent ensemble, ont une conversation, entrent en partenariat, afin d'identifier la meilleure approche, le meilleur traitement ou test dans une situation donnée.

La décision partagée permet de s'assurer d'une bonne perception des bénéfices et risques d'une intervention, et elle constitue l'une des meilleures approches pour minimiser le regret décisionnel.

3. Le Professeur Thomas Agoritsas souligne la réelle **nécessité d'avoir des patients·x·es inclus·x·ses dans les recommandations.**

Les patients·x·es veulent savoir ce que leur intervention va avoir comme effet sur leur vie: sport, alimentation, routine de soins, etc. Le Professeur Thomas Agoritsas rappelle par ailleurs que **la majorité des recommandations cliniques en médecine se fonde sur des connaissances incertaines et en constante évolution.** Dans 30% des cas, les professionnels·x·les de santé surestiment les bénéfices des traitements qu'ils ont l'habitude de proposer, et sous-estiment les risques et effets secondaires des traitements. À l'inverse, ils·x·les sous-estiment les bénéfices et surestiment les risques des traitements inhabituels, faute de familiarité avec ces derniers. De ce fait, entre 70 et 90% des personnes préfèrent la décision médicale partagée (enquête européenne rassemblant 8000 participants)<sup>2</sup> en ce qui concerne la médecine en général, ce chiffre étant sans doute plus élevé chez les personnes trans\*.

4. Le Professeur Thomas Agoritsas recommande aux professionnels·x·les de santé de recourir à l'*évidence-based medicine*. Depuis 1981, cette méthode consiste à compléter toute expertise avec une meilleure connaissance externe. Les professionnels·x·les de santé doivent intégrer les valeurs et préférences des personnes, c'est-à-dire ce qui est important pour elles, ce qui les guidera dans leur décision. Les valeurs et préférences concernent les interventions elles-mêmes, mais aussi l'importance

relative accordée aux issues cliniques: comment ces dernières sont vécues par les personnes trans\*, qui les acceptent, ou non, en fonction de leurs valeurs et préférences. C'est à l'intersection de ce qui est faisable, approprié, et souhaité/souhaitable, qu'une médecine est basée sur les connaissances. La majorité des recommandations ne sont pas fortes, mais relèvent d'une décision partagée: l'argument selon lequel la science ne serait pas assez avancée dans un domaine n'est pas recevable.

En somme, le Professeur Thomas Agoritsas recommande fortement aux professionnels·x·les de recourir à la décision partagée, qui permet non seulement d'amener la connaissance dans la discussion, d'augmenter l'alignement avec les valeurs et préférences, mais aussi de diminuer le conflit décisionnel, afin de minimiser les risques de regrets.

**“La décision partagée est l'un des seuls moyens d'éviter le regret et le conflit décisionnel.”**

<sup>2</sup> Hoffman et al. Shared decision making: what do clinicians need to know and why should they bother? Med J Aust. 2014; 201(1): 35-39.

## Les meilleures pratiques chirurgicales des réassignations MtF/FtM

### Dr Jess Ting

Chirurgien au Mount Sinaï Hospital de New-York

1. La version de la vaginoplastie que le Docteur Jess Ting recommande aux chirurgiens·x·nes repose sur une greffe de doublure péritonéale pour constituer une cavité vaginale profonde. La doublure péritonéale possède des qualités qui en font une bonne doublure vaginale : glabre, lisse, humide, rose, délicate. Quant à l'apparence de la vulve, elle dépend de l'anatomie du·de la patient·x·e.

Cette méthode est pratiquée au Mount Sinaï. Elle est unique au *Center for Transgender Medicine and Surgery*, le plus grand centre de ce type dans lequel travaillent non seulement des chirurgiens plastiques, mais aussi des urologues, des gynécologues, psychologues, travailleurs sociaux, etc. En six ans, 3500 opérations y ont été réalisées.

Le Docteur Jess Ting rassure les chirurgiens·x·nes quant aux complications les plus préoccupantes que sont le rétrécissement et la perte de profondeur, également fréquentes dans les opérations conventionnelles d'inversion pénienne. On ignore encore si ces complications sont plus ou moins fréquentes avec l'utilisation du péritoine. Par ailleurs, il ne semble pas y avoir de risque élevé de sténose ou de perte de profondeur par rapport à la vaginoplastie conventionnelle par inversion pénienne.

**2. La dilatation est toujours nécessaire dans cette technique.** Si celle-ci n'est pas effectuée, le vagin peut rétrécir et même se fermer. Quant à la sensation, elle est similaire à celle qui est obtenue après une vaginoplastie classique par inversion pénienne.

3. Cette intervention est recommandée aux patients·x·es qui n'ont pas assez de peau pénienne ou scrotale pour une vaginoplastie d'inversion pénienne classique avec greffe de peau scrotale. Les patients·x·es ayant pris des bloqueurs de puberté entrent souvent dans cette catégorie.

Quelques questions fréquemment posées :

- La sécrétion est-elle augmentée par l'excitation ? Non. Elle est présente en permanence.
- La lubrification est-elle toujours nécessaire pour les rapports sexuels ? Oui.
- La convalescence est-elle plus longue ? Le temps de convalescence est le même.
- Y a-t-il plus de risques ? Il existe des risques accrus associés à la laparoscopie. Mais la laparoscopie a généralement un faible taux de complications. De plus, l'année dernière, le Dr Ting a mis au point un moyen de prélever le péritoine sans faire d'incision abdominale. Il l'a nommé péritoine 2.0.
- Comment le péritoine est-il prélevé ? Par laparoscopie – mais cela n'est plus nécessaire dans la dernière évolution de la technique.

Le Docteur Jess Ting recommande aux chirurgiens·x·nes cette intervention qui, comme toute vaginoplastie, n'engendre que très peu de regrets chirurgicaux. Une méta-analyse faite en 2021 portant sur 27 études, établit que sur 8000 patients, seuls 77 regrettent, et 34 évoquent de profonds regrets. C'est moins de 1 % de prévalence, ce qui survient dans tous les domaines : la chirurgie plastique de

manière générale comprend un taux plus élevé de regrets. Sur plus de 2000 cas, le Dr Jess Ting ne connaît qu'une personne (*male-to-female*) ayant exprimé des regrets chirurgicaux.

Enfin, le risque de suicide chez un adulte transgenre est de plus de 46%. Or, selon une étude américaine réalisée sur 3'559 patients·x·tes ayant pu accéder à la chirurgie de réassignation de genre, la détresse ressentie a été réduite de 42% et les envies de suicide ont été réduites de 44% sur l'année 2021<sup>3</sup>. Pour le Docteur Jess Ting, il est donc évident que la chirurgie réduit la détresse psychologique et les envies de suicide, et il ne peut que recommander sa pratique chirurgicale de vaginoplastie à partir d'une greffe de doublure péritonéale.

**“La chirurgie réduit la détresse psychologique et les envies de suicide.”**

<sup>3</sup> Keuroghghlian et al, JAMA Surg 2021 ; 156 (7)

## Techniques de masculinisation

**Dr Richard Fakin**

Chirurgien plasticien, professeur adjoint à l'Université de Zurich

**“Chaque visage est unique, tout comme la personnalité qui le compose.”** L'objectif de la chirurgie d'affirmation du genre est d'obtenir une apparence physique qui corresponde à l'identité de genre du/de la patient:x:e, c'est-à-dire le ressenti profond qu'une personne a de son genre. La chirurgie d'affirmation du genre améliore considérablement sa qualité de vie.

1. Il est crucial d'avoir une approche individuelle et une sélection appropriée des procédures chirurgicales pour obtenir des résultats réussis, souhaités et durables. La chirurgie d'affirmation du genre est très demandée car elle contribue substantiellement à réassigner l'anatomie à l'identité de genre, ce qui réduit la souffrance causée par l'incongruence de genre. Le visage est la partie du corps constamment regardée, et cela peut être sujet à une forme de stigmatisation. Il y a beaucoup de demandes, mais peu de soins en chirurgie.

**2. Les répercussions psychologiques engendrées par les opérations faciales sont très rares.** L'œil humain a été habitué à voir certaines caractéristiques pour les catégoriser comme appartenant au féminin ou au masculin. Les changements effectués via les opérations faciales permettent de voir la personne sous une lumière différente, sans qu'il soit évident de savoir précisément ce qui a changé au niveau du visage.

**3. Le Docteur Richard Fakin appelle à standardiser les procédures, les publier et analyser les résultats sur le long terme.** Car en termes de masculinisation

faciale, il n'existe, pour le moment, pas vraiment de standard. Les principales recommandations de masculinisation du visage sont un implant positionné au niveau du menton pour le rendre proéminent, une mâchoire qui peut-être sculptée et dessinée afin de lui donner un aspect plus carré, avec de l'acide hyaluronique ou par transfert de graisse. Mais il reste encore des progrès à faire.

**4. Le remodelage de la poitrine constitue une étape importante de la masculinisation corporelle.** Le Docteur Richard Fakin et son équipe de professionnels:x:les s'engagent à concilier mastectomie et résultats esthétiques. Pour la plupart des hommes transgenres, l'ablation de la poitrine est une étape chirurgicale cruciale dans leur affirmation corporelle et leur masculinisation. En ayant un torse plat, qui est davantage apparenté au genre masculin, les patients:x:es peuvent jouir d'une meilleure qualité de vie, par exemple en pratiquant du sport, en nageant ou en s'habillant sans avoir besoin de porter des vêtements de compression pour les seins, ou tout simplement en vivant sans craindre le regard d'autrui. **La mastectomie est une intervention sûre et efficace qui contribue à traiter l'incongruence de genre et à renforcer la confiance en soi.**

5. Le Docteur Fakin recommande vivement **un protocole et un suivi postopératoire sur-mesure** pour n'importe quelle intervention chirurgicale dans l'objectif de **minimiser les cicatrices** autant que possible. **Car pour beaucoup d'hommes trans\*, les cicatrices sont vraiment stigmatisantes.**

6. Pour conclure, le Docteur Fakin recommande aux professionnels:x:les de santé de pratiquer une liposuccion après une mastectomie, afin de contrôler la zone de manière naturelle. Avec la liposuccion, la peau se tend après trois mois environ, pour un rendu naturel. Il faut aussi rétrécir le téton, en changer la forme et le placer sur le côté de la poitrine. En fonction de la taille des seins au départ, le résultat sera différent. Si la taille du bonnet est plutôt conséquente, il faudra effectuer un "free nipples transfer" (transfer de mamelon). En revanche, si la taille est moins conséquente, la peau située à 3h et 9h autour du téton peut être retirée, et la poitrine réduite de cette façon.

**“La chirurgie plastique peut avoir plus d'effet sur la psychologie qu'une thérapie.”**



## Prise en charge des traitements médicaux par les assurances maladie

### Me Estelle Marguet

Avocate associée à l'étude SF5 à Lausanne

### Me Estelle Lang

Avocate au Barreau vaudois

Me Estelle Marguet et Me Estelle Lang recommandent avant tout de faire des demandes de prise en charge les mieux motivées possible. Une motivation circonstanciée dès la demande de prise en charge simplifie la tâche à tous·x·tes les futurs·x·es intervenants·x·es et maximise les chances de succès.

2. En cas de délai d'opposition ou de recours, il est conseillé d'envoyer rapidement le·la patient·x·e vers une association d'aide juridique ou un·x·e avocat·x·e. Pour le paiement des frais de procédure et de conseils, des solutions existent: la protection juridique, l'assistance judiciaire, et le service juridique d'ÉPICÈNE (45.– CHF de l'heure pour les membres de l'association et 90.– CHF de l'heure pour les non-membres).

3. Les professionnels·x·les de santé peuvent compter sur la plupart des procédures de recours qui permettent souvent d'obtenir des résultats.

La procédure de prise en charge est la suivante: la demande doit être faite auprès de l'assurance maladie. Si cette dernière refuse, c'est à l'assuré·x·e de contester. L'assurance envoie alors la communication (en général) au médecin avec l'assuré·x·e en copie, qui dispose d'un délai d'un an pour

contester. Si l'assurance refuse à nouveau, elle rend une décision qui indique le délai d'opposition de 30 jours, à envoyer en principe directement à l'assureur. Si l'assurance refuse encore, et rend une décision sur opposition, le délai de recours est de 30 jours devant le Tribunal des assurances sociales du canton du domicile. Enfin, si ce dernier jugement ne convient pas, un nouveau délai de 30 jours est possible pour contester cette fois devant le Tribunal fédéral.

4. Les professionnels·x·les de santé demandant la prise en charge d'une intervention doivent souligner l'importance de celle-ci du point de vue psychologique. Par exemple, concernant l'augmentation mammaire, le·la patient·x·e peut rencontrer un refus de la part de l'assurance, au motif d'un traitement purement esthétique, alors que le traitement hormonal permettrait le développement d'une petite poitrine correspondant à un bonnet A. Il ne s'agit pas d'un argument médical. Les professionnels·x·les de santé demandant la prise en charge de cette intervention doivent alors souligner son importance du point de vue psychologique: l'augmentation mammaire est nécessaire pour soulager l'incongruence de genre. Il y a une souffrance identitaire qui doit être soulagée. En plus de celui du psychologue, le point de vue

de l'endocrinologue peut être utile: si les effets du traitement hormonal sont à leur maximum, et il n'y aura pas d'autre augmentation permettant de soulager la souffrance ressentie. Pour rappel il n'est pas obligatoire d'envoyer des photos à l'assurance: cela n'est pas pertinent d'un point de vue médical. Il est possible de le faire pour éviter de ralentir la démarche, mais il est également possible de s'adresser à une permanence juridique associative afin de rédiger un courrier motivé et ainsi ne pas avoir à envoyer de photo.

5. Il est recommandé d'obtenir un rapport circonstancié du psychiatre traitant ou des personnes qui accompagnent pour souligner la nécessité d'une opération à l'étranger et l'impact d'un retard ou d'un refus de prise en charge. En principe, pour être remboursé en Suisse, il faut se soigner en Suisse. Toutefois, il n'existe pas de centre de prise en charge en Suisse permettant d'offrir un bon niveau de qualité pour les vaginoplasties et les phalloplasties. D'après le rapport d'expertise datant de 2015 de Stan Monstrey, chirurgien plastique et référence dans le domaine de la chirurgie transgenre, la Suisse ne dispose par exemple pas des compétences nécessaires en matière de vaginoplastie. Il s'agit d'un critère objectif à analyser par les assureurs et les tribunaux. Mais les professionnels·x·les de santé peuvent fournir d'autres arguments expliquant en quoi une opération à l'étranger est nécessaire (ex: méthodes disponibles en Suisse mais qui ne sont pas adaptées au·à la patient·x·e.)

6. Concernant les conditions de prise en charge, l'assurance regarde si les conditions légales sont remplies. La première

condition est le diagnostic d'incongruence de genre par un·x·e psychiatre, qui va, au besoin, joindre celui d'un chirurgien ou endocrinologue pour bien motiver la prise en charge. **Les professionnels·x·les de santé ne doivent pas hésiter à souligner les risques connus de l'intervention et souligner les conséquences néfastes sur la santé physique qu'engendrerait un refus ou un retard de prise en charge.** Enfin, le critère 32 de la LAMal stipule qu'il faut démontrer que le traitement est efficace, approprié et économique. En cas de refus de prise en charge, le·la patient·x·e peut songer à changer d'assurance, s'il·elle sait que d'autres assurances sont moins restrictives dans la prise en charge de l'intervention envisagée. Il peut aussi opter pour l'acte militant et tenter de faire bouger les lignes et changer la politique de cette assurance, avec un risque de retard dans la prise en charge.

**“Une motivation circonstanciée dès la demande de prise en charge simplifie la tâche à tous·x·tes les futurs intervenants·x·es et maximise les chances de succès.”**

## Suivi postopératoire des réassignations FtM / MtF<sup>4</sup>

**Stefania Simone**<sup>5</sup>

Infirmière de pratique avancée APN aux hôpitaux de Zurich et de Graz

1. La première recommandation de Stefania Simone est de soutenir les personnes trans\* à toutes les étapes, du choix au suivi post-opératoire. Le dialogue est par ailleurs nécessaire pour connaître les risques et les bénéfices au sujet de l'opération.

2. Les professionnels·x·les de santé doivent soumettre à un examen multidisciplinaire spécialisé les personnes souhaitant changer de genre. Ces derniers·x·ères doivent être conscients·x·es que le chemin qui mène au changement de genre est exigeant sur les plans professionnel, psychologique et physiologique en raison des étapes successives et des multiples interventions associées, susceptibles de provoquer des complications. Par exemple, les hormones peuvent augmenter les complications cardiovasculaires. Pour la vaginoplastie, il existe des complications à long terme, comme la perte de profondeur. Quant à la phalloplastie, les complications sont multiples: des fistules dans 80% des cas, des hématomes, ou encore une déhiscence de la plaie. Il peut y avoir ré-opération.

3. Des risques de complications entraînant des interventions multiples découle la nécessité de prodiguer des soins professionnels de haut niveau et donc de développer des institutions et de former les professionnels·x·les pour qu'ils·x·les soient capables de répondre à ces exigences spécifiques.

4. Pour le suivi préopératoire, périopératoire et postopératoire, un soutien spécialisé continu par des experts en chirurgie et en soins infirmiers est essentiel. L'identité de genre nouvellement établie et les changements corporels associés nécessite un soutien infirmier spécialisé et régulier. En effet, après une opération, l'anatomie est différente et chaque personne doit apprendre à la gérer. Par exemple, après une vaginoplastie, la dilatation est essentielle: minimum deux fois par jour pendant 30 minutes jusqu'à six mois, et une à deux fois par semaine à partir de six mois après l'opération. Après une phalloplastie, outre la plaie à soigner, il faut surveiller les éventuelles fistules, ainsi que les difficultés rencontrées avec le cathéter urinaire.

5. Avant l'opération, les professionnels·x·les de santé se doivent de vérifier les antécédents médicaux, de préparer à la chirurgie, ou encore de distribuer du matériel éducatif et informatif.

Pendant l'opération, il faut prodiguer le contrôle de la plaie. Le soutien de la part de l'équipe médicale est par ailleurs essentiel avant, pendant et après l'opération.

Après l'opération, les professionnels·x·les doivent suivre les résultats chirurgicaux pour améliorer la qualité des soins et détecter de manière précoce les complications. Le suivi comprend notamment la détection préventive des complications et leur gestion, des examens physiques, des recommandations concernant l'hygiène et le soin du vagin, ou encore des conseils au sujet de la sexualité. Les professionnels·x·les de santé doivent aussi prodiguer des conseils pour uriner, choisir ses protections périodiques, se masturber, avoir des rapports, faire face à des problèmes d'odeurs, faire du sport, etc. Après l'intervention, les professionnels·x·les de santé se doivent d'accompagner et de conseiller au mieux les personnes, tout en respectant leur intimité et leurs souhaits. Des conseils peuvent être délivrés par mail et téléphone, il faut aussi prodiguer des soins ambulatoires spécialisés et enfin effectuer un contrôle de suivi annuel. Un dépistage régulier et spécialisé du cancer permet notamment de prévenir le "risque résiduel" du cancer de la prostate. Les professionnels·x·les de santé doivent bien surveiller les plaies et donner des instructions précises (wound management.)

6. En Suisse, il n'existe pas de registre, pas de chiffres précis et transparents des chirurgies réalisées sur des personnes trans\*. Trois centres offrent cependant une approche holistique et multidisciplinaire, une médecine de genre et une chirurgie génitale assumée: il s'agit des centres de Bâle, de Zurich (30 cas par an de vaginoplastie) et de Lausanne, qui travaillent conjointement en partageant informations

et ressources. **La dernière recommandation est donc d'avoir une équipe interdisciplinaire qui propose des soins holistiques aux patients·x·es, afin d'assurer l'évaluation préopératoire, la gestion périopératoire et les soins continus.**

**“Le chemin qui mène au changement de genre est exigeant sur les plans professionnel, psychologique et physiologique en raison des étapes successives et des multiples interventions associées, susceptibles de provoquer des complications.”**

<sup>4</sup> FtM: Acronyme anglophone de "Female to Male", désignant la transition de femme vers homme. Une personne ayant effectué une transition dans ce sens est un homme trans. MtF: Acronyme anglophone de "Male to Female", désignant la transition d'homme vers femme. Une personne ayant effectué une transition dans ce sens est une femme trans.

<sup>5</sup> Services de consultation pour le développement de parcours, la poursuite des soins et la coopération interdisciplinaire dans un réseau multidisciplinaire diversifié. contact: nurse@plasticsurgery.partners.

## Jeunes Trans\* et non-binaires : de l'accompagnement à l'affirmation

**Pre Annie Pullen Sansfaçon**

Professeure titulaire à l'École de travail social  
de l'Université de Montréal

Les interventions affirmant le genre ont un effet positif sur le bien-être des jeunes. Les jeunes trans\* et non binaires vivent plusieurs défis, mais ceux-ci sont souvent causés par des environnements non soutenant. Pourtant, dans d'autres cultures, comme en l'Albanie ou chez de nombreuses communautés autochtones, ces personnes, par les rôles sociaux qu'elles occupaient, étaient souvent valorisées plutôt que stigmatisées comme c'est le cas aujourd'hui.

**Il est normal que les personnes trans\* se questionnent durant le processus d'affirmation du genre.** Dans les médias, on parle beaucoup de détransition, ce qui a un impact sur l'accès aux soins. Or, la détransition ne semble pas fréquente. De plus, le taux de regret pour les personnes pour les personnes trans\* féminines ayant subi une chirurgie d'affirmation du genre est inférieur à 1 % et autour d'1 % pour les personnes trans\* masculines. Chez les jeunes qui détransitionnent<sup>6</sup>, il peut y avoir des regrets, mais aussi des sentiments plus positifs comme la gratitude: la transition leur a permis de mieux se connaître et de s'identifier.

<sup>6</sup> <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/icd.2402>

Aujourd'hui, les personnes trans\* représentent probablement 2.7 % de la jeunesse, et jusqu'à 8.4 % des jeunes s'identifieraient à la diversité des genres plus largement. Une recherche en Nouvelle-Zélande, effectuée sur 8000 jeunes, a établi que 27.3 % des jeunes trans\* l'ont su avant l'âge de 8 ans, 17,9 % entre 8 et 11 ans, 54,8 % à 12 ans ou plus tard.

1. Les professionnels·x·les de santé, comme les proches, doivent comprendre que ce n'est pas parce qu'un jeune ne s'affirme pas qu'il n'est pas en questionnement. Il existe au moins trois parcours de réalisation et d'affirmation de genre chez les jeunes: affirmé (la personne a toujours su au moment de la révélation ou durant l'enfance et a pu commencer à vivre dans son genre dès ce moment), silencieux (l'a toujours su mais fait son coming-out à l'adolescence) et agénéré (réalisation et coming-out à l'adolescence). Ces différentes expressions de genre renvoient à la question de la visibilité: pour être capable de se nommer, il faut être capable de se reconnaître. Donc accompagner l'enfant, peu importe son genre, de manière non contraignante, constitue actuellement la meilleure pratique selon de récentes recherches.

2. Il est recommandé d'intervenir à plusieurs niveaux: auprès du jeune, auprès de la famille, mais aussi auprès des ressources et structures. Cet accompagnement vise à long terme le changement social. La seule façon de connaître l'identité de genre d'une personne est de lui poser la question.

**3. Les professionnels·x·les de santé doivent rester à l'écoute de l'identité authentique du jeune,** à commencer par respecter le nom et les prénoms affirmés par l'enfant. Il faut aussi développer des systèmes pour soutenir ces pratiques. À noter qu'utiliser, demander ou essayer de deviner le dead-name<sup>7</sup> d'une personne trans\* ne se fait pas, car cela la rattache à un passé dont elle n'a peut-être pas envie de parler.

Que penser de la dysphorie de genre apparaissant soudainement (Rapid On-Set Gender Dysphoria)? La Docteure Lisa Littman a publié en 2018 les conclusions de son étude selon laquelle les enfants s'affirmeraient trans\* après avoir passé beaucoup de temps en ligne, et qu'il y aurait donc une contamination sociale par les pairs. Si l'on suit ce raisonnement, les jeunes ayant affirmé leur genre récemment devraient, selon cette hypothèse de contamination sociale par les pairs, ne pas réussir à s'adapter, souffrir de problèmes de santé mentale, notamment de neurodivergence, être plus souvent en

<sup>7</sup> Dead name: Angl. Se dit du prénom porté par une personne transgenre avant sa transition. Le "dead name" ne doit pas être utilisé sans le consentement explicite de la personne concernée.

ligne, etc. Or les données cliniques<sup>8</sup> de l'équipe "Trans You Can!" contredisent cette hypothèse: il n'existe aucune association significative entre une récente réalisation de l'identité de genre et les facteurs identifiés de l'étude de Littman (neurodivergence, inadéquation, etc.). Bien au contraire, les jeunes qui ont réalisé leur identité de genre récemment semblent moins anxieux que les jeunes qui le savent depuis longtemps.

4. Enfin, Annie Pullen Sansfaçon rappelle qu'il faut soutenir l'accès aux différentes formes de transition: légale, sociale et médicale.

**“Accompagner l'enfant, peu importe son genre, de manière non contraignante, constitue actuellement la meilleure pratique. Cet accompagnement vise à long terme le changement social.”**

<sup>8</sup> Bauer et al. 2022 "Trans you can".

## Inclusion des personnes trans\* dans le monde du travail

**Lynn Bertholet**  
Présidente d'ÉPICÈNE

**Le travail est un facteur d'intégration sociale essentiel.** Il convient de se demander comment les personnes qui transitionnent plus tardivement sont accueillies dans leur environnement.

1. Les professionnels·x·les de santé doivent être conscients·x·es que le sentiment de vulnérabilité est très important chez les personnes trans\*. Lynn Bertholet rappelle que le taux de chômage en Suisse chez les personnes trans\* est de 20%, soit 5 à 6 fois plus élevé que le reste de la population. De plus, 30.8% des personnes trans\* sont au chômage en raison de leur transition et 43% d'entre elles ont peur de faire leur "coming-out" au travail<sup>9</sup>. Pour rappel, l'outing<sup>10</sup> est une violation de la protection de la vie privée.

2. Lynn Bertholet recommande de lutter contre 5 biais toxiques qui contribuent à des situations de discrimination et de stigmatisation notamment dans les milieux professionnel et médical :

- le biais d'affinité, qui consiste à croire les personnes qui nous sont semblables
- l'effet de halo, qui est le fait de percevoir tout ce qui concerne la personne que l'on apprécie comme positif, et inversement, ce qu'une personne qu'on n'aime pas, comme étant négatif

<sup>9</sup> TGNS Trans-fair project

<sup>10</sup> L'"Outing" est la révélation par un tiers de la transidentité (ou de l'homosexualité) d'une personne, en général sans son consentement explicite, en sa présence ou pas.

- le biais cognitif, qui est la tendance à penser quelque chose à propos d'un groupe social en se basant sur des clichés et des hypothèses qui rendent impossible toute objectivité vis-à-vis des individus de ce groupe
- le biais de confirmation, c'est-à-dire la tendance à croire et accepter les idées qui sont les mêmes que celles que l'on a
- le groupthink, la tendance à penser comme le reste du groupe

Ces biais s'appliquent aux personnes trans\*, et contribuent à créer de la discrimination à leur égard. De ces biais inconscients naissent les préjugés, des préjugés naît la discrimination, puis la violence.

3. Les professionnels·x·les de santé doivent comprendre que les personnes trans\* veulent et doivent être considérées comme les autres. Lynn Bertholet souligne la différence entre la diversité (être invité à la soirée du personnel), l'inclusion (être invité à danser), et enfin l'appartenance (avoir la capacité d'inviter d'autres personnes à danser). En somme, être comme les autres.

4. Enfin, **il est nécessaire de comprendre le rôle crucial du "coming-out"**. Pour l'employé·x·e, le coming-out est l'occasion de partager, expliquer. Pour l'employeur·x·e, il permet de couper court à toute discussion, d'expliquer pourquoi ce n'est pas un problème, d'insister sur le fait que toute discrimination ne sera pas acceptée, de rappeler les valeurs de l'entreprise, et enfin de soutenir la personne en tant que telle.

5. Enfin, il est recommandé aux employeurs·x·ses de suivre ces 10 mesures "différentes" pour l'inclusion des personnes transgenres dans le milieu professionnel :

- Trouver un "exécutive" sponsor
- Abandonner la binarité partout où cela est possible
- Adopter le langage épïcène dans la communication interne et externe
- Promouvoir l'inclusion dans sa communication externe et son marketing
- Encourager l'éducation à la culture Trans\*
- Identifier les rôles modèles
- Créer un·des groupe(s) interne(s) de la diversité
- Sponsoriser des événements de la communauté
- Marquer les dates importantes: la journée de la visibilité trans\* (31 mars), la journée de la visibilité non binaire (14 juillet), la journée du souvenir trans\* (20 novembre)
- Fixer des objectifs aux responsables de ligne

**"Pour changer les biais inconscients, il faut changer la culture."**

## Les aînés·x·es Trans\*

### Julien Rougerie

Responsable du programme “Pour que vieillir soit gai”  
de la Fondation Émergence à Montréal

Les personnes trans\* âgées ont vécu dans une société extrêmement hostile à la diversité sexuelle et de genre, ce qui a contraint la majorité d'entre elles à faire un coming-out à un âge avancé, ou à ne jamais le faire. Ces personnes ont évolué à une époque où être LGBTQI+ était illégal, considéré comme une maladie mentale ou un péché. Effectivement ce n'est qu'en 2019 que l'OMS cesse de considérer les personnes trans\* comme atteintes de maladie mentale. Les personnes aînées trans\* ont donc dû se rendre invisibles pour survivre dans une telle société. À cela s'ajoutent des intersectionnalités: l'orientation sexuelle, l'identité de genre, l'âgisme, le racisme, le sexisme, l'origine, la religion, la langue, le handicap, etc.

1. Les professionnels·x·les de santé doivent prendre en compte le vécu des personnes trans\*, car renier et dissimuler son identité de genre une longue partie de sa vie comporte son lot d'enjeux et expose nombre de personnes âgées trans\* à l'isolement social, à des problématiques de santé mentale et à l'évitement des services sociaux et de santé.

Les personnes âgées trans\* font face à un grand isolement social: réseau familial moindre, avec une tendance plus élevée à vivre seules, célibataires, sans enfant (selon certaines études). Par ailleurs, les problèmes de santé mentale et physique sont très présents chez ces personnes, en raison de leurs expériences de rejet et du stress minoritaire qu'elles peuvent éprouver. En 2011, une étude a indiqué que 39 % des aînés·x·es LGBTQI+ ont sérieusement

pensé à se suicider. Ce chiffre s'élève à 71 % chez les personnes transgenres<sup>11</sup>.

**2. Il est important de considérer certaines spécificités que l'on retrouve chez les personnes âgées trans\***, bien qu'elles aient évidemment un parcours de vie très différent selon l'âge, la date de transition, le genre, la religion, etc. **Les aînés·x·es trans\* peuvent être moins affirmés·x·es que les plus jeunes pour satisfaire leurs besoins**, d'autant plus qu'ils·x·les ont souvent moins accès à des sources d'information pour les aider et les soutenir (ex: internet). **Les aînés·x·es trans\* rencontrent également des obstacles face aux services sociaux et de santé**: éloignement géographique, insuffisance des capacités financières, une partie des coûts des soins, des services et du suivi de la transition restant à charge, sans oublier la lourdeur des démarches administratives. Et surtout, les personnes âgées trans\* ont tendance à éviter les soins et les services sociaux, du fait de l'incompréhension de leur situation, de l'expérience de mauvais traitements dans le passé, de l'inconfort vis-à-vis de certaines parties de leur corps, de la lassitude de toujours avoir à sensibiliser le personnel, ou encore de l'excès de curiosité de ce dernier.

3. Afin d'assurer la bienveillance des personnes âgées trans\*, il est recommandé de suivre ces bonnes pratiques:

- démontrer, de façon proactive, son ouverture à la diversité sexuelle et de genre
- réagir aux propos transphobes ou homophobes
- ne pas présumer de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre
- reconnaître la place de la “famille choisie” (les proches qui ne sont pas issu·es de la famille traditionnelle)
- respecter et faire respecter l'identité de genre et les pronoms de la personne
- respecter la confidentialité, ne jamais révéler l'identité de genre ou l'orientation sexuelle d'une personne sans son consentement
- garder en tête que la transidentité n'est qu'une des caractéristiques de la personne
- éviter les excès de curiosité
- solliciter les ressources LGBTQI+ locales
- poursuivre les efforts de formation et encourager son employeur à former le personnel
- intégrer les connaissances acquises dans les procédures

4. Les professionnels·x·les de santé se doivent de sensibiliser les milieux aux réalités des personnes âgées trans\*, d'être proactifs·x·ves dans leur démonstration d'ouverture, d'adapter les pratiques et les procédures et de toujours respecter l'identité de genre des personnes.

On peut afficher son ouverture à travers des affiches, des capsules vidéo, des films, des expositions, ou encore des politiques à l'instar de la Charte de la bienveillance envers les personnes aînées lesbiennes, gaies,

bisexuelles et trans\* de la Fondation Émergence.

**“Il y a autant d'histoires que de personnes transgenres.”**

<sup>11</sup> *The Aging and Health Report*, 2011, 2560 répondants·x·es LGBT de 50+ Grand & al. (2009), rapport basé sur 5 études.

## Sexe et Genre : De la binarité au continuum

**Dre Céline Brockmann**

Adjointe scientifique et co-directrice du Bioscope de l'Université de Genève (UNIGE)

**Maeva Badré**

Biologiste, assistante de recherche de l'Université de Genève (UNIGE)

**Dre Anne François**

Médecin interniste-généraliste

1. Le sexe, le genre et la sexualité sont trois concepts souvent utilisés de manière interchangeable alors qu'ils ont chacun un sens propre et distinct.

Le sexe a trait aux caractéristiques biologiques des corps et comprend de multiples éléments: gènes, chromosomes, hormones, organes génitaux internes et externes et caractères sexuels secondaires, tels que les seins ou la distribution et la quantité de poils. Le genre a aussi de multiples dimensions: identité, expression, rôles, etc. Il est lié à ce qui est considéré féminin ou masculin dans une société donnée, à une époque donnée. La sexualité dans ce contexte fait référence à l'orientation sexuelle et/ou affective.

Le sexe, le genre et la sexualité sont traditionnellement vus de manière dichotomique. Cette binarité stricte n'est pas représentative de la diversité des corps, des identités ou des orientations humaines. Lorsqu'on intègre les corps de personnes intersexuées, le sexe se décline sur un continuum bimodal. Les continuums sont des modèles qui permettent de rendre compte de la diversité de genre, en termes d'identité de genre et d'expression de genre, et d'orientations affectives et/ou sexuelles. Les professionnels·x·les de santé doivent connaître ces réalités.

2. L'Organisation Mondiale de la Santé reconnaît que la santé sexuelle englobe de multiples dimensions du bien-être (physique, émotionnel, mental et social). De plus, la Convention des Nations Unies sur les droits de l'enfant et la Constitution Fédérale en Suisse garantissent un droit à l'éducation sexuelle aux enfants et adolescents·x·es. Une étude Suisse rapporte 19,7% des filles et 14,4% des garçons comme n'étant pas exclusivement hétérosexuels·x·es, et 0,4% s'identifiant comme trans\*<sup>12</sup>. La sexualité doit être comprise comme une dimension centrale et complexe de la personne humaine: sexe biologique, identités de genre, rôles de genre, orientation affective et/ou sexuelle, désir, plaisir et pratiques sexuelles, intimité, reproduction ou contraception, modèles de couples et de familles, etc. L'éducation à la sexualité positive et inclusive améliore la santé sexuelle des jeunes personnes. Cela peut être appliqué dès le plus jeune âge, de manière simple et dans diverses situations. Par exemple, à la question "comment fait-on des bébés?", on peut répondre avec une recette: "il faut 3 ingrédients, un ovule, un spermatozoïde et un utérus". Cela permet de sortir d'une vision cis-hétéronormée de la parentalité et des familles.

Dans une perspective de promotion de la santé sexuelle, les professionnels·x·les de santé doivent avoir accès à des outils

adaptés à une éducation sexuelle holistique, inclusive et sex-positive, qui comprends entre autres un apprentissage des relations, du corps et du plaisir, du consentement mais aussi des questions de genre.

3. Afin de répondre à ces besoins le programme Sciences, Sexes, Identités et son réseau de partenaires institutionnels et associatifs développent depuis 2017 des outils pédagogiques sex-positifs et inclusifs, en se basant sur des données issues de recherches en sciences biomédicales, en sciences sociales et en pédagogie:

- Ateliers Sexes au Bioscope
- Bochure Sexesss
- Vidéos Genitalia
- Ré-édition 2020 du guide du zizi sexuel (Zep et Hélène Bruller)
- Brochure Mon Sexe et Moi
- Activité scolaire Expression de genre et discrimination
- Mini-série vidéo C'est pas mon genre!
- Kit 3D des organes génitaux pour l'enseignement et la clinique
- Cours et formations (Planches anatomiques dans les Moyens d'Enseignement Romands, cours en Faculté de médecine de l'UNIGE, cours en ligne)
- Cafés de Parents

**“La santé sexuelle est un droit fondamental, on doit travailler à l'améliorer.”**

<sup>12</sup> TBarrense-Dias Y et al. Sexual health and behavior of young people in Switzerland. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2018 (Raisons de santé 291). <http://dx.doi.org/10.16908/issn.1660-7104/291>

## Autodétermination des jeunes aux plans juridique et médical

### Pre Michelle Cottier

Professeure ordinaire de droit civil à l'Université de Genève,  
co-responsable du domaine thématique politique de l'enfance et de la  
jeunesse du Centre suisse de compétence pour les droits humains (CSDH)

### Pre Samia Hurst

Bioéthicienne et médecin, consultante du Conseil d'éthique clinique  
des HUG, directrice de l'Institut Éthique, Histoire, Humanités (IEH2)

### Dre Melissa Dominicé Dao

Médecin adjointe au service de médecine de premier recours aux HUG

1. Il est fortement recommandé de connaître les notions relatives à l'autodétermination des jeunes sur les plans juridique et médical. En droit suisse, on distingue la situation des personnes mineures capables de discernement et celles non capables. En vertu de l'article 19c alinéa 1<sup>er</sup> du Code civil suisse, les personnes mineures capables de discernement exercent leurs droits strictement personnels de manière autonome. La personne mineure qui est capable de discernement en relation avec un acte médical est seule compétente à prendre la décision. À noter que certains traitements médicaux ayant un but contraceptif sont interdits aux mineurs·x·es, mais le traitement hormonal n'ayant pas pour but de mettre fin à la fertilité – il s'agit d'un risque d'effet secondaire – il n'est donc pas interdit.

2. **Il faut savoir qu'un consentement des représentants légaux n'est ni nécessaire, ni suffisant.** Ils peuvent participer au processus de prise de décision mais seulement avec le consentement de la personne mineure.

3. **Une autre recommandation faite aux professionnels·x·les de santé est de soutenir l'autonomie:** on a besoin de soutien pour être autonome. Le soutien de la famille est donc important, mais la personne

mineure capable de discernement a le droit de demander qu'iels ne fassent pas partie de ce processus et n'en soient pas informés·x·es, en vertu du secret médical. La capacité de discernement est une notion dite "relative": elle doit être appréciée par rapport à une décision médicale déterminée, selon la difficulté et la portée de cette décision. La capacité de discernement est aussi présumée: plus une personne mineure est jeune, plus la présomption de capacité de discernement s'affaiblit, jusqu'à devenir une présomption d'incapacité de discernement. Mais la personne mineure peut être assistée dans la prise de décision et ainsi atteindre la capacité de discernement relative au traitement ("supported decision making"). De plus, selon l'art. 12 de la Convention relative aux droits de l'enfant, la personne mineure incapable de discernement a tout de même le droit de participer à toute prise de décision la concernant.

4. Les professionnels·x·les de santé doivent retenir l'article 16 du Code civil, qui dispose que toute personne qui n'est pas privée de la faculté d'agir raisonnablement en raison de son jeune âge, de déficience mentale, de troubles psychiques, d'ivresse ou d'autres causes semblables est capable de discerner au sens de la loi.

La faculté d'agir raisonnablement comme condition de la capacité de discernement contient deux éléments: d'une part, une composante intellectuelle, soit la capacité de reconnaître le sens, la nature raisonnable et les effets d'un acte précis; d'autre part, une composante volitive, qui correspond à la capacité d'agir librement en fonction d'une compréhension raisonnable et de pouvoir opposer une résistance suffisante à d'éventuelles influences extérieures. Par ailleurs, il existe une influence choisie et une influence subie: un·x·e mineur·x·e capable de discernement reste dépendant émotionnellement et matériellement, et des conflits avec les parents peuvent entraver la liberté de ces personnes mineures de choisir un traitement. Même si sa liberté peut être entravée et ses options limitées, la personne mineure peut quand même être capable de prendre une décision rationnelle.

5. **Il est recommandé de prendre en compte toutes les dimensions du discernement et de l'autonomie.** En sus du droit, la dimension éthique du discernement est à prendre en compte. Il y a des facettes de l'autonomie et des facettes de discernement. Dans la pratique, l'éthique médicale et le droit médical contemporains hésitent entre deux versions de l'autonomie:

- l'autonomie kantienne qui relève de la capacité à se conformer à une vision prédéfinie de la vie "bonne", c'est-à-dire moralement acceptable, comme condition d'une décision autonome;
- l'autonomie millienne, qui est l'absence d'incapacité de discernement comme

condition d'une décision autonome, avec le principe du tort comme limite au droit décisionnel de chacun·x·e.

La protection de l'autonomie inclut la protection contre des influences extérieures indues, mais elle n'inclut pas la protection contre tout risque d'erreur. Enfin, la protection de l'autonomie renvoie à la prise en compte des intérêts identitaires exprimés par une personne incapable de discernement.

En somme, les professionnels·x·les de santé doivent retenir qu'une personne capable de discernement peut décider pour elle-même si elle consent ou non à une intervention médicale.

**“Il n'y a pas de parcours type, c'est en fonction des besoins et souhaits de la personne.”**

## Conclusion

**Lynn Bertholet**  
Présidente d'ÉPICÈNE

L'une des missions d'ÉPICÈNE est d'améliorer les conditions des personnes trans\* avant, pendant et après leur parcours de transition, mais aussi dans leur vie de manière générale.

L'état, sous l'impulsion de Madame Fontanet, a créé la Commission consultative sur les thématiques liées à l'orientation sexuelle, l'identité de genre, l'expression de genre et les caractéristiques sexuelles. La prise en charge des personnes trans\* et non-binaires s'est avérée être une évidence.

Faut-il rappeler qu'encore au moment de l'écriture de cette brochure, on peut lire sur un site officiel d'un centre hospitalier Romand qu'"un homme peut transformer son sexe en vagin"? En plus de semer un certain trouble et une méconnaissance évidente de la réalité, ce genre de propos montrent que les personnes trans\* ne sont toujours pas considérées comme des personnes à part entière.

Lors de son intervention, la Docteure Melissa Dominicé Dao a rappelé que les personnes transgenres et non binaires sont, en moyenne, en moins bon état de santé que la population générale, avec plus de maladies chroniques (notamment cardio-vasculaires) et bénéficient moins de mesures préventives.

La Docteure Thelma Linet a mentionné très justement cette citation extraite de l'essai de Martin Winckler, *Les Brutes en blanc*: soigner ne se résume pas à "traiter". Le suivi médico-psychologique avant, pendant et

après la transition est absolument primordial pour le bien-être des personnes trans\*.

Le Professeur Thomas Agoritsas a rappelé que dans tous les domaines de la médecine, il existe bon nombre d'incertitudes. Pourquoi les soins prodigués aux personnes transgenres devraient avoir un risque zéro? Et de rappeler l'importance de la décision partagée: le médecin n'est que le pilote du bateau qui entre dans le port, mais nous sommes les capitaines de nos vies. La médecine devrait considérer les personnes trans\* comme les autres.

Le Docteur Richard Fakin a, quant à lui, parlé de masculinisation: il a été le seul chirurgien suisse à choisir de se former à l'étranger. Le Docteur Fakin considère qu'il faudrait un seul centre spécialisé. ÉPICÈNE en est convaincue, et compte bien agir en ce sens.

Le Docteur Jess Ting a reçu des menaces de mort à cause de sa pratique de la chirurgie de réassignation. Il a pratiqué environ 600 opérations en suivant une technique de vaginoplastie avec interposition du péritoine. En revanche, il ne fait presque plus de phalloplastie, car celle-ci comporte trop de risques par rapport aux résultats, selon lui. Il est urgent d'améliorer les techniques et de garantir un meilleur accès à cette intervention en Suisse.

Stefania Simone a, quant à elle, rappelé l'importance de la prise en charge d'un point de vue infirmier, et du soutien des personnes trans\* à toutes les étapes, du choix au suivi post-opératoire.

On pourrait imaginer des spécialistes qui tournent dans un même centre. Afin d'éviter la non-prise en charge en cas de problème ou d'absence du/de la chirurgien·x·e, il faudrait une équipe de trois ou quatre chirurgien·x·es qui s'organisent dans un centre opératoire. Venant de Genève, Zurich, Lugano, les chirurgien·x·es pourraient se relayer une fois par semaine, par exemple.

Maître Estelle Marguet et Maître Estelle Lang ont souligné l'importance d'un dossier motivé dès le départ, afin de répondre aux Critères 32 de la LAMa, à savoir: démontrer que le traitement est efficace, approprié et économique. Il faut notamment insister sur les conséquences qu'aurait un refus ou un retard de traitement sur la santé psychique du/de la patient·x·e. Bien motiver une demande de prise en charge augmente les chances de succès.

À ce jour, il existe 3 types de réalisation de la dysphorie qui peuvent toucher une personne trans\*. Ces derniers ont été présentés par Annie Pullen Sansfaçon: il s'agit des types affirmés, silencieux et agenrés.

Julien Rougerie a démontré en quoi les personnes trans\* âgées étaient encore plus sujettes aux mauvais traitements que les autres tranches d'âges. Et de rappeler la nécessité de favoriser l'inclusion des personnes transgenres dans le système de prise en charge de santé.

Enfin, ce colloque a confirmé que le politique soutenait clairement l'approche trans\* affirmative, comme l'ont rappelé les différentes personnalités politiques présentes.

"Dans mon parcours, j'ai vécu beaucoup d'injustices que j'ai dû combattre seule. J'aimerais que cela cesse. Qu'on arrête d'emmerder les personnes dans leurs choix de vie et qu'elles puissent décider pour elles-mêmes, et avoir une meilleure vie."

Agnodice et ÉPICÈNE vont travailler sur un autre colloque d'ici deux ans, car il y a encore beaucoup de travail.

Remerciements:

Les intervenant·x·es

La sous-commission de la santé

Le Public

L'équipe: Naomie, Mya

Les bénévoles



## ADRESSE

ÉPICÈNE  
4, Rue de la Dôle  
1203 Genève

## CONTACT

tél.: +41 22 940 01 01 (répondeur)  
mail: [contact@epicene.ch](mailto:contact@epicene.ch)  
[www.epicene.ch](http://www.epicene.ch)

 ÉPICÈNE

Association d'intérêt public  
source d'inclusion



canton de  
**vaud**



Commune de Bellevue  
Municipalité et Canton de Genève



Ville du Grand-Saconnex



Fondation  
privée des  
**HUG**

