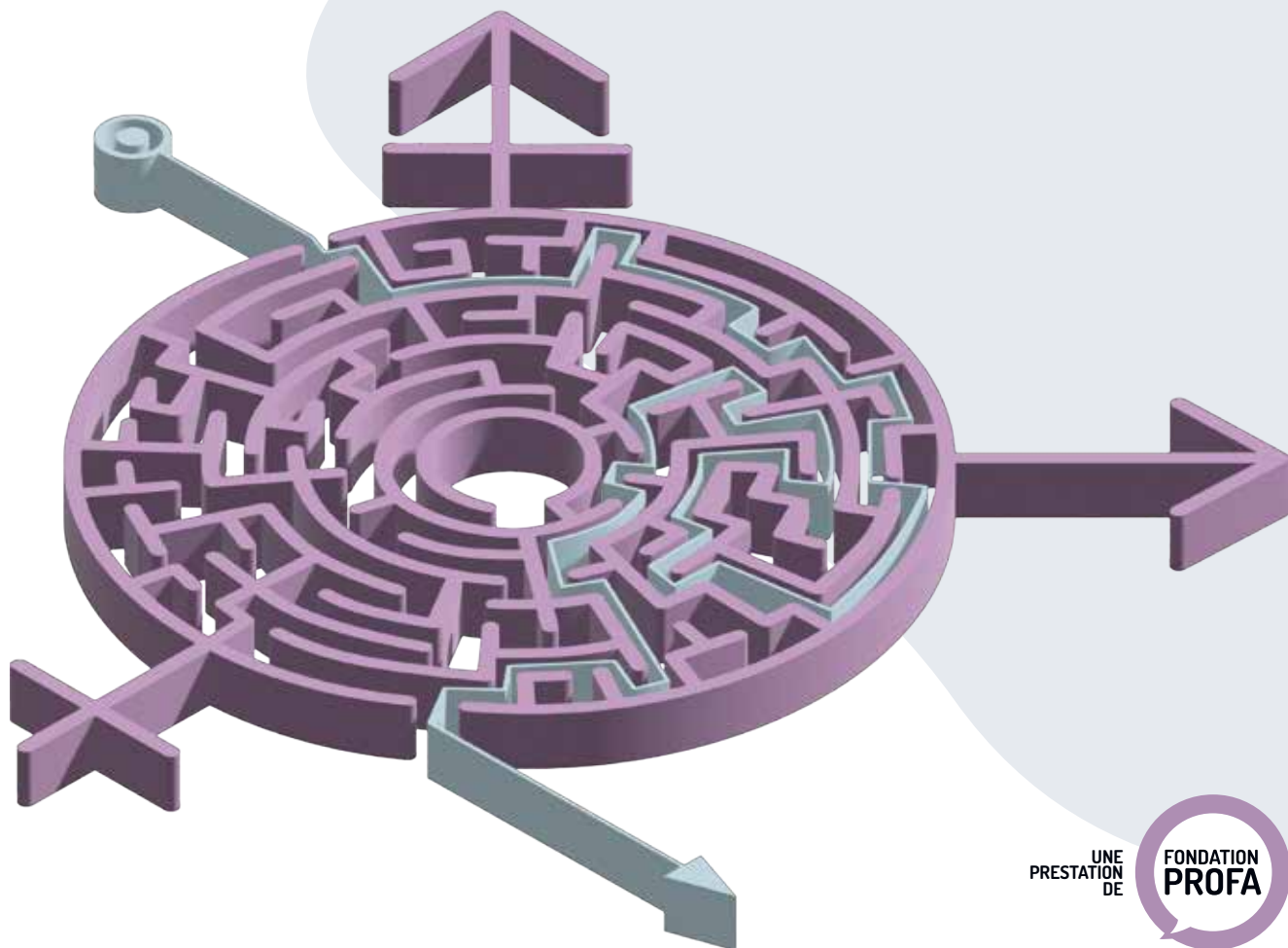


CHECK POINT

VAUD



UNE
PRESTATION
DE

FONDATION
PROFA

TRANSITION DE GENRE EN SUISSE

GUIDE ADMINISTRATIF ET ASSÉCUROLOGIQUE

POUR LES PROFESSIONNEL·LE·X·S DE SANTÉ

AOÛT 2022

WWW.PROFA.CH/POLE-TRANS

PRÉAMBULE

Ce document a été rédigé à l'adresse des professionnel·le·x·s* de la santé accompagnant des patient·e·x·s (adultes) dans leur parcours de transition de genre. Il a pour but d'offrir un aperçu global et condensé des spécificités assécurologiques et administratives de ce type de suivi, ainsi qu'un certain nombre de conseils pratiques dans ce domaine.

Toutefois, au vu de la complexité du cadre légal, administratif et de la spécificité de chaque situation, il n'est selon nous pas possible d'offrir un document répondant avec précision à toutes les questions que peut soulever ce type d'accompagnements.

Les informations et lettres-type que vous trouverez dans ces quelques pages ne peuvent donc pas avoir de valeur absolue et il nous semble crucial que ce document soit utilisé en complément d'un échange entre pair·e·x·s professionnel·le·x·s expérimenté·e·x·s et associations/fondations œuvrant dans ce domaine.

Vous trouverez en fin de document un certain nombre de ressources associatives et professionnelles susceptibles de vous soutenir dans vos démarches. Ce document ne doit en outre pas être considéré comme un manuel de formation à la médecine transgenre.

Nous vous proposons de prendre connaissance de ce guide dans son entier même si certains éléments ne vous semblent pas pertinents pour votre pratique. La vision globale qu'ils peuvent amener vous sera certainement utile.

Nous mettrons régulièrement à jour ce document afin de rester en phase avec l'évolution des pratiques. Dans ce contexte, si votre expérience ou vos informations devaient différer de celles contenues dans ce guide, nous serions heureux de recevoir vos retours à l'adresse pole-trans@profa.ch. Vous trouverez la version la plus actuelle de ce document sur www.profa.ch/pole-trans/guide-admin.

Sylvan Berrut et Yannick Forney
Pôle Trans
Checkpoint Vaud | Une prestation de PROFA

* Dans ce document, nous avons pris le parti d'utiliser des formulations incluant toutes les identités de genre. Le « x » représente les personnes ne se retrouvant pas dans une identité de genre binaire. L'emploi du pronom non genré « iel » ou « iels » au pluriel ou de néologismes tels que *læ* suit la même logique.

COLLABORATION

Ce document a été réalisé avec la collaboration de :

s u i g e n e r i s
visibilité trans*

REFUGE
NEUCHÂTEL

360
ASSOCIATION



Pour leur soutien, collaboration et relectures, nos remerciements à :

- › La Fondation Agnodice
- › Karima Brakna, Nath Weber et Delphine Bercher, psychologues-psychothérapeutes FSP
- › Dr Chiara Ferrario et Dr Patrick Meyer, endocrinologues
- › Dr Sébastien Brovelli et Dr Dana Pamfill, psychiatres

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE.....	2
COLLABORATION.....	2
TABLE DES MATIÈRES.....	3
ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES.....	3
PRISE EN CHARGE : INFORMATIONS GÉNÉRALES.....	4
DÉMARCHES.....	5
01. Genre et prénom de la personne suivi	6
02. Suivi psychologique	6
03. Traitement hormonal	7
04. Interventions chirurgicales	8
05. Autres procédures médicales	10
06. Demande de photos	12
07. Et si cela ne suffit pas ?	12
RESSOURCES.....	14
RÉFÉRENCES.....	16

ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

AFAN	Acronyme utilisé comme adjectif pour désigner une personne assignée au féminin à la naissance
AMAN	Acronyme utilisé comme adjectif pour désigner une personne assignée au masculin à la naissance
CIM	Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)
DSM	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Association américaine de psychiatrie (APA)
LAMal	Loi sur l'assurance-maladie (de base)
WPATH	Association professionnelle mondiale pour la santé des personnes transgenres

PRISE EN CHARGE : INFORMATIONS GÉNÉRALES

En Suisse, les adaptations des caractéristiques sexuelles primaires et secondaires devraient être prises en charge par l'assurance maladie de base (LAMal), pour autant que la nécessité d'un traitement soit attestée (en général par la pose d'un diagnostic selon les classifications CIM ou DSM) et que les traitements remplissent les critères habituels d'efficacité, d'adéquation et d'économicité (critères EAE) :

- › L'efficacité signifie que la mesure demandée est appropriée, selon l'état actuel de la science, pour atteindre l'objectif du traitement. Pour ce faire, on peut se référer aux standards de soins de la WPATH, aux recommandations suisses ou à des études récentes spécifiques aux interventions.
- › L'adéquation signifie que la mesure est appropriée dans le cas particulier pour atteindre l'objectif (indication d'intervention).
- › L'économicité signifie que l'alternative la plus économique doit être choisie. En l'absence d'alternative de traitement, seuls les coûts extrêmement élevés ne sont pas obligatoirement pris en charge. Les traitements d'affirmation de genre n'atteignent pas ce niveau de coûts.

Pour que les traitements soient pris en charge par l'assurance, il convient de respecter un certain nombre de critères plus ou moins bien explicités dans le droit ou la pratique administrative suisses. En effet, à l'heure actuelle, aucune loi ne régit avec précision cette thématique. La pratique administrative reste floue sur certains aspects et varie selon les cantons et les caisses d'assurance maladie. Nous avons donc essayé dans ce document de clarifier au maximum ces situations à la lumière de nos expériences de terrain et de celles d'autres associations et professionnel-le-x-s.

Actuellement cette complexité est régulièrement perçue comme pesante et insécurisante, tant par les personnes transgenres et/ou non binaires que par les professionnel-le-x-s qui les accompagnent. En clarifiant ces aspects, nous espérons aider à ce qu'ils prennent moins de place et en redonner à la santé, au bien-être et au lien.

DÉMARCHES

TABLEAU RÉCAPITULATIF DES DÉMARCHES PRINCIPALES

Démarche	Document à fournir	Etabli par
Hormonothérapie	Recommandation pour l'endocrinologue	› Psychiatre, › Psychologue
	Demande de prise en charge pour l'assurance (si nécessaire, voir p.7-8)	› Psychiatre › Psychologue + évtl. endocrinologue
Chirurgie	Recommandation pour læ chirurgien·ne·x	› Psychiatre › Psychologue + évtl. endocrinologue
	Demande de prise en charge pour l'assurance	› Psychiatre › Psychologue (avec complément d'un·e psychiatre) › Chirurgien·ne·x (en incluant la/les recommandation(s) psy)
Épilation	Demande de prise en charge pour l'assurance	› Psychiatre › Psychologue › Endocrinologue
Logopédie	Recommandation pour læ phoniatre	› Psychiatre › Psychologue › Endocrinologue
	Demande de prise en charge pour l'assurance	› Phoniatre

01. GENRE ET PRÉNOM DE LA PERSONNE SUIVI

Lors de vos contacts avec les assurances, nous recommandons d'utiliser le prénom et pronom d'usage (préféié) de la personne que vous suivez.

Si la personne n'a pas effectué de changement administratif auprès de son assurance, vous pouvez faire référence au prénom/genre de naissance en début de lettre ou dans le « concerne » (pour des raisons d'identification), mais il nous semble important, dans le corps de la lettre, de parler de la personne en accord avec son ressenti.

Le fait d'indiquer explicitement que la personne a une identité de genre non binaire ne devrait pas, en théorie, avoir d'impact négatif sur le résultat de l'évaluation de la demande, mais cela peut arriver dans la pratique. Dans ce cas, il est donc recommandé de discuter de ce risque avec la personne concernée et de lui demander ce qu'elle souhaite et de s'y conformer. Il est aussi possible d'utiliser des formulations plus générales comme « transition de genre », « traitement masculinisant/féminisant », ... qui peuvent aussi bien s'appliquer à des processus d'affirmation de genre « binaire » que « non binaire ».

02. SUIVI PSYCHOLOGIQUE

Il n'existe pas de liste de psychologues ou psychiatres habilité·e·x·s à suivre un·e·x patient·e·x en transition et à lui délivrer les documents nécessaires. Il est donc légalement possible pour tout·e·x psychologue/psychiatre d'assurer l'accompagnement d'une personne trans et/ou non binaire. Il est toutefois important d'avoir un intérêt et une ouverture particulière à cette thématique et de se tenir au courant de l'évolution des connaissances et bonnes pratiques dans ce domaine. Nous recommandons aussi d'avoir des espaces d'échanges avec des pair·e·x·s, notamment dans le cadre de supervisions/intervisions (cf. [ressources](#)).

Les termes de diagnostics officiels sont *incongruence de genre* (diagnostic HA60 de la CIM11) ou *dysphorie de genre* (diagnostic 302.85 du DSM-V). Toutefois nous recommandons de compléter ces critères de diagnostic avec l'utilisation des standards de soins (SoC) publiés par la WPATH, qui font foi sur le plan international en termes de « best practices » à la fois cliniques et éthiques (cf. [ressources](#)).

Cet outil donne une vision claire des critères de qualification, des processus à suivre et des pratiques cliniques dans l'accompagnement responsabilisant et respectueux des personnes trans et non binaires. Une nouvelle version (version 8) de ces standards de soins devrait être publiée d'ici à l'été 2022. Informations : www.wpath.org/soc8.

Dans les faits, læ psychologue/psychiatre a actuellement un rôle d'accompagnement et de validation des différentes étapes par le biais de recommandations. En effet, les bonnes pratiques actuelles demandent aux thérapeutes d'établir des recommandations pour les traitements envisagés sur la base du consentement éclairé de la personne et de son autodétermination en ayant l'assurance de sa capacité de discernement. Ces recommandations peuvent être à destination autant des professionnel·le·x·s concerné·e·x·s que des assurances maladie qui en feraient la demande. La reconnaissance de la capacité d'un consentement éclairé passe par un/des entretien(s) individuel(s) qui expose(nt) l'axe bénéfices/risques d'un traitement ou d'une procédure médicale. La personne concernée pourra alors prendre une décision à la lumière de cette balance et doit être libre de le faire, sans contraintes. Cette double casquette de thérapeute et de recommandant·e·x peut entraîner des questionnements chez les thérapeutes et, dans quelques cas mettre à mal l'alliance thérapeutique. Il est donc fortement recommandé aux professionnel·le·x·s d'intégrer des réseaux de supervisions/intervisions spécialisées composées de pair·e·x·s professionnel·le·x·s.

La prise en charge du suivi psychothérapeutique par un·e·x médecin psychiatre ou un·e·x psychologue en délégation fait partie des prestations de

EVOLUTION POSSIBLE DES ACCOMPAGNEMENTS PSYCHOTHÉRAPEUTIQUES :

L'OMS, dans sa nouvelle classification internationale des maladies (CIM 11) qui est entrée en vigueur à partir du 1er janvier 2022 (le moment de son introduction officielle en Suisse n'est pas encore connu), ne classe plus l'incongruence de genre parmi les troubles mentaux mais dans les conditions liées à la santé sexuelle.

La version 8 des standards de soins de la WPATH donnera également une place plus importante aux médecins de premier recours (médecins de famille, pédiatres) dans l'accompagnement des personnes trans et la coordination multidisciplinaire liée à une transition médicale.

Il est donc probable qu'à moyen terme, le rôle des psychologues/psychiatres dans l'accompagnement des personnes trans et non binaires soit amené à changer pour se centrer sur l'accompagnement et le soutien psychologique des personnes le souhaitant, ainsi que sur la prise en charge psychothérapeutique des personnes trans et non binaires présentant des troubles psychiques.

De plus, à partir du 1er juillet 2022, les prestations de psychologues-psychothérapeutes indépendant-e-x-s prescrites par un médecin pourront également être prises en charge par l'assurance de base à certaines conditions (cf. [informations sur le site de l'OFSP](#)).

base de la LAMal et il n'est pas utile de faire une demande de prise en charge spécifique, ni d'en préciser la raison. Il n'est pas nécessaire d'être en délégation pour établir ces diagnostics ou recommandations, toutefois la majorité des assurances vont demander un avis psychiatrique pour la prise en charge des chirurgies, il est donc conseillé de prendre cela en compte dans vos accompagnements (cf. paragraphe « Délais de deux ans et âge minimal exigé »).

03. TRAITEMENT HORMONAL

Il est utile d'avoir entamé un suivi psychologique avant d'accéder au traitement hormonal, car, si certain-e-x-s endocrinologues acceptent de prescrire des traitements hormonaux selon le modèle du consentement éclairé, sans recommandation, la majorité demande encore une lettre de recommandation du/de la psychologue/psychiatre (nous conseillons une prise de contact préalable avec l'endocrinologue afin de vérifier sa préférence sur ce point).

Sur cette question-là, les SoC V7 de la WPATH proposent en p.28-29 ainsi qu'en p.113 une recommandation du contenu pour une telle lettre: elle

comprend entre autres l'attestation du diagnostic d'incongruence de genre, le fait que les éventuels autres diagnostics existants ont été raisonnablement contrôlés, la durée du suivi et un éventuel complément quant au type de thérapie effectuée, les justifications cliniques à l'hormonothérapie, ainsi qu'une déclaration attestant que le patient-e-x a donné son consentement éclairé. Il est important toutefois de se souvenir qu'il s'agit ici de recommandations et que les SoC laissent aux professionnel-le-x-s de la santé la possibilité de les appliquer de manière adaptée aux réalités spécifiques de leur patient-e-x ainsi que du fonctionnement interdisciplinaire mis en place.

[Exemple de recommandation pour traitement hormonal](#)

Il n'existe pas de durée minimum légale de suivi psychologique avant de pouvoir entamer une hormonothérapie, ni pour l'octroi d'une prise en charge par l'assurance. Dans notre pratique nous observons qu'une durée moyenne de 3 à 6 mois semble correspondre globalement aux attentes des endocrinologues, ainsi qu'à celles des assurances maladie. Mais ce délai devrait pouvoir être discuté et validé d'un commun accord entre le psychologue/psychiatre et le patient-e-x.

A ce stade, nous ne recommandons pas à l'endocrinologue ou au·à la psychologue/psychiatre de solliciter un accord préalable de l'assurance pour la prise en charge du traitement. Nous avons effectivement observé plus de demande de justificatifs et de complexités dans ce modèle. Toutefois, il est possible que l'assurance demande un complément d'information après réception des premières factures. En général, l'envoi du diagnostic d'incongruence de genre, attestant de la persistance de l'état ainsi que de la pertinence et de l'efficacité du traitement pour soulager la patient·e·x, sera suffisant.

Exemple diagnostic incongruence de genre pour traitement hormonal

Dans certains cas, l'assurance pourrait continuer à refuser de prendre en charge le traitement après réception du diagnostic. Un des cas que nous observons vient du fait que les produits utilisés actuellement pour les traitements hormonaux sont considérés comme off-label. Il n'existe effectivement aujourd'hui en Suisse aucun produit officiellement reconnu dans les listes de médicaments pour ce type d'indication. En réponse à cela, l'endocrinologue pourra fournir un document explicitant la situation et confirmant qu'il n'existe pas d'autres traitements efficaces.

En cas de maintien du refus de prise en charge, nous conseillons de demander une décision écrite officielle de l'assurance indiquant clairement les raisons de ce refus sur la base des recommandations et articles légaux contenus dans vos courriers. L'assurance quant à elle se doit de vous indiquer les voies de recours possible contre ladite décision. En complément, vous pouvez aussi vous référer aux [ressources](#) en fin de document afin de trouver du soutien légal et administratif dans votre région.

Les termes usuels à utiliser pour ces rapports sont *incongruence de genre* (diagnostic HA60 de la CIM11) ou *dysphorie de genre* (diagnostic 302.85 du DSM-V) pour décrire la raison des démarches visant le soulagement de ladite *incongruence de genre* et *traitement hormonal de substitution* pour le traitement lui-même. Nous déconseillons d'utiliser les termes *transsexualisme* (vrai ou primaire), *troubles*

de l'identité de genre et *changement de sexe*. Lorsqu'un diagnostic est nécessaire, la dernière version des standards de soins de la WPATH recommande l'utilisation de la version la plus actuelle de la CIM. C'est pourquoi nous utiliserons *incongruence de genre* dans la suite de ce document.

04. INTERVENTIONS CHIRURGICALES

Un certain nombre d'opérations chirurgicales peuvent être prises en charge par la LAMal dans le cadre d'une transition, à condition d'être effectuées par un·e·x chirurgien·ne·x pratiquant en division commune en Suisse. Pour les opérations réalisées par des chirurgien·ne·x·s privé·e·x·s et/ou dans des cliniques privées, la prise en charge se fait à hauteur des coûts d'une telle opération en division commune, sauf en cas d'assurance complémentaire privée.

Globalement, les opérations visant à affirmer les caractéristiques sexuelles primaires et secondaires selon les besoins de la personne concernée devraient pouvoir être prises en charge, mais, dans les faits, cela peut être plus compliqué.

Voici une liste des opérations les plus communément remboursées. Nous vous conseillons à nouveau de vous rapprocher de réseaux d'intervision/supervision ainsi que des associations/fondations afin d'obtenir des informations sur les différentes opérations et le réseau de soins transaffirmatif.

Personnes AFAN

(assignées au sexe féminin à la naissance)

- › Mastectomie/torsoplastie (création d'un torse plat)
- › Hystérectomie avec ou sans ovariectomie (ablation de l'utérus avec/sans ablation des ovaires)
- › Phalloplastie (création d'un « néo pénis »)
- › Métaïodioplastie (séparation du clitoris des petites lèvres, section du ligament suspenseur, afin de le ramener à une position approximative de pénis)
- › Scrotoplastie avec/sans implants testiculaires

(création d'un scrotum)

- › Pose d'implant pénien érectile

Personnes AMAN

(assignées au sexe masculin à la naissance)

- › Augmentation mammaire
- › Vaginoplastie (création d'un « néo vagin »)
- › Vulvoplastie (création d'une vulve sans cavité vaginale)
- › Orchidectomie (ablation des testicules)
- › Laryngoplastie (rabotage de la pomme d'Adam)
- › Féminisation chirurgicale du visage (nécessite une attestation d'un·e·x chirurgien·ne·x plasti·cien·ne·x)
- › Opération des cordes vocales (glottoplastie ou cricothyropexie, nécessite une attestation d'un·e·x phoniatre)

Concernant son contenu, les SoC V7 de la WPATH proposent en p.65–67 ainsi qu'en p.114–116 un certain nombre de critères en vue d'une chirurgie, comprenant l'attestation du diagnostic d'incongruence de genre, le fait que les éventuels autres diagnostics existants ont été raisonnablement contrôlés, la durée du suivi, ainsi qu'une déclaration attestant que læ patient·e·x a donné son consentement éclairé. Il est aussi important d'attester que l'intervention est indispensable, qu'il n'existe pas d'alternative moins coûteuse et d'y préciser le type d'intervention(s) souhaitée(s). À ce sujet, nous recommandons de faire une demande de prise en charge groupée dans le cas où une personne désire effectuer plusieurs interventions, que celles-ci soient faites en une ou plusieurs fois.

En p. 30–31 des SoC V7 de la WPATH vous trouvez aussi des critères pour la référence à l'intention du·de la chirurgien·ne·x·s. Au même titre que pour l'hormonothérapie, il est important de se souvenir qu'il s'agit de recommandations et que les SoC laissent aux professionnel·le·x·s de la santé la possibilité de les appliquer de manière adaptée aux réalités spécifiques de leur patient·e·x ainsi que du fonctionnement interdisciplinaire mis en place.

 [Exemple de demande de prise en charge pour opération d'affirmation de genre \(LAMa\)](#)

DÉLAIS

Comme pour l'hormonothérapie, il n'existe pas de loi indiquant un délai fixe avant la prise en charge de l'une ou l'autre de ces opérations. Il existe toutefois des arrêts de tribunaux sur lesquels les assurances se basent de manière plus ou moins stricte (cf. paragraphe « Délais de deux ans et âge minimal exigé »).


Dans notre pratique, nous observons qu'un délai moyen de 8 mois à 1 année depuis le début du suivi psy semble correspondre globalement aux attentes des assurances, mais, au même titre que l'hormonothérapie, ce délai devrait pouvoir être discuté et validé d'un commun accord entre læ psychologue/psychiatre et læ patient·e·x. Le choix des opérations effectuées doit être libre et une assurance ne peut émettre de pression à ce sujet.

OPÉRATIONS SANS HORMONOTHÉRAPIE

Jusqu'à récemment, la grande majorité des opérations se faisait après qu'un traitement hormonal ait été entamé depuis au minimum plusieurs mois. Toutefois, les demandes pour des opérations sans hormonothérapie sont en augmentation. Le plus souvent, il s'agit de torsoplasties chez des personnes non binaires AFAN.

Actuellement, la jurisprudence suisse en la matière indique qu'il est nécessaire qu'une hormonothérapie soit en cours (ATF 114V162, consid.4 p.167). Toutefois, cette exigence contrevient aux standards de soins actuels en la matière (WPATH V7) et tout dossier doit pouvoir être examiné selon les critères de l'art. 32 de la LAMa.

La prise en charge par les assurances d'opérations sans hormonothérapie peut donc s'avérer un peu plus délicate, mais en basant votre argumentaire sur les standards de soins actuels, l'assurance devrait s'y plier. Toutefois, en cas de refus (surtout si vous n'avez pas ou peu d'expérience de ce genre de situations), nous vous conseillons de rapidement vous approcher d'un service de conseil (cf. [ressources](#)). Le sujet étant encore assez peu balisé, il vaut en effet la peine d'être conseillé·e·x par des personnes ayant de l'expérience.

 [Exemple de demande de prise en charge pour opération d'affirmation de genre, sans hormonothérapie \(LAMal\)](#)

Pour certaines opérations, læ chirurgien-ne-x peut exiger qu'un traitement hormonal soit entamé depuis plusieurs mois, en particulier pour les opérations génitales et pour les augmentations mammaires, pour des raisons de santé et d'évolution morphologique. Ce sujet devrait être discuté avec læ chirurgien-ne-x.

DÉLAIS DE DEUX ANS ET ÂGE MINIMAL EXIGÉ

Deux arrêts du Tribunal fédéral datant de 1988 sont parfois encore utilisés par les assurances maladie exigeant un âge minimal de 25 ans révolus ainsi que d'avoir subi « des investigations médicales très approfondies, psychiatriques et endocrinologiques d'au moins deux ans » (ATF 114V162, consid.4 p.167 et ATF 114V153, consid. 4a, p. 159) avant de pouvoir obtenir une prise en charge pour des chirurgies. Cette position a été dénoncée par la Convention européenne des droits de l'homme (CEDH, Schlumpf c. Suisse, Arrêt du 8.1.2009, Requête no. 29002/06) et, dans les faits, de plus en plus d'assurances maladie se basent sur des standards de soins plus récents, assouplissant ainsi leurs critères. En termes légaux, le Tribunal fédéral est relativement ambivalent sur cette question (BGE 137 I 86, consid 9.2, p.106-107). Tout en validant l'utilisation de ces délais fixes, il admet un droit à un jugement individuel des dossiers, pouvant mener à la réduction desdits délais, en général via l'avis du-de la/des spécialiste(s) accompagnant la personne.

OPÉRATIONS EFFECTUÉES À L'ÉTRANGER

Certaines personnes peuvent souhaiter être opérées à l'étranger, que ce soit parce qu'elles veulent bénéficier d'une technique qui n'est pas proposée en Suisse et/ou être opérées par un-e-x chirurgien-ne-x en particulier.

Dans certains cas, il est possible de faire prendre en charge les coûts de l'opération par l'assurance maladie (jusqu'à concurrence des coûts d'une opération similaire en Suisse), mais il faut alors pouvoir prouver qu'il n'est pas possible d'obtenir un traitement équivalent en Suisse, ce qui est souvent

une procédure complexe et longue qui n'est pas garantie de succès.

Nous recommandons donc vivement aux personnes souhaitant s'engager dans cette voie de se faire accompagner par un service juridique et/ou un-e-x avocat-e-x ayant une bonne connaissance de cette problématique (cf. [ressources](#)).

EN CAS DE REFUS DE PRISE EN CHARGE

En cas de refus de prise en charge, la première chose à faire est de demander une prise de position officielle de la part de l'assurance maladie afin de connaître les raisons précises de la décision sur la base des articles légaux et critères indiqués dans la demande ainsi que le délai de recours. Si la situation semble s'enliser, nous vous conseillons de prendre rapidement contact avec une des [ressources](#) en fin de document afin de pouvoir être orienté-e-x au plus juste selon la situation.

05. AUTRES PROCÉDURES MÉDICALES

En plus des prestations citées plus haut, la LAMal, dans le cadre des « mesures visant à l'adaptation des caractéristiques sexuelles secondaires », est censée prendre en charge les prestations suivantes :

ÉPILATION LASER

Les séances d'épilation laser réalisées par un-e-x médecin dermatologue et visant à supprimer la pilosité « à caractère masculin » doivent pouvoir être prises en charge. À noter que seules les prestations au tarif Tarmed seront prises en charge (en général 20 % des frais n'entreront pas dans ce cadre et seront à la charge du-de la patient-e-x). Du fait que tous les frais ne seront pas couverts par l'assurance, de nombreuses cliniques demandent que la séance soit payée sur place, puis émettront une facture de la part du-de la dermatologue qui pourra, elle, être transmise à l'assurance pour remboursement.

Il est conseillé de faire une demande de prise en charge préalable à l'assurance indiquant les zones

souhaitées, demande pouvant être effectuée par læ médecin, psychiatre ou endocrinologue. Une fois le feu vert de l'assurance reçu, le cabinet d'épilation pourra fournir un devis au tarif Tarmed. Cela permettra à votre patient·e·x de pouvoir anticiper les frais à sa charge et éventuellement compléter la demande à l'assurance si cette dernière devait solliciter ces informations. Læ dermatologue peut aussi compléter la demande en cas de premier refus en donnant son avis de spécialiste sur la nécessité du traitement.

Dans le cadre d'une épilation préopératoire (en vue d'une phalloplastie en général), la demande de prise en charge ne pose en général pas de souci et sera argumentée par læ chirurgien·ne·x.

Les cabinets d'épilation laser n'ont pas toujours l'habitude d'effectuer des devis et facturations au tarif Tarmed. N'hésitez pas à prendre contact avec le réseau transaffirmatif de votre région, afin d'être orienté·e·x vers des cabinets ayant ce type d'expérience.

Nombreuses sont les assurances qui attendent qu'un traitement hormonal féminisant soit en cours depuis plusieurs mois, voire une année avant le début des séances d'épilation. Il est difficile d'argumenter contre cela. Effectivement, le traitement hormonal féminisant aura un effet plutôt bénéfique pour les séances d'épilation. Toutefois, comme pour la plupart des autres sujets, un délai fixe ne tenant pas compte des spécificités de la personne reste arbitraire, les professionnel·le·x·s que nous avons interrogé·e·x·s à ce sujet parlent plutôt de 3 à 6 mois d'hormonothérapie. En réponse à cela, nous conseillons au·à la psychologue/psychiatre d'argumenter en quoi la pousse et le rasage quotidien ont un impact très négatif sur la possibilité d'être perçu·e·x dans le genre ressenti et donc sur la situation psychologique de la personne.


 [Exemple de demande de prise en charge de séances d'épilation laser \(LAMal\)](#)

PHONIAITRIE/LOGOPÉDIE

Un certain nombre de séances de logopédie peuvent être prises en charge par l'assurance maladie afin de permettre l'évolution vocale (en général pour les personnes AMAN, même s'il n'y a pas de restrictions explicites à ce sujet pour les personnes AFAN).

Pour obtenir une prise en charge LAMal, la démarche sera similaire à l'hormonothérapie: læ thérapeute ou endocrinologue doit adresser son/sa patient·e·x à un·e·x médecin phoniatre via une recommandation. C'est ensuite læ phoniatre qui établira l'évaluation et la prescription d'une prise en charge phoniatrice. Le suivi sera effectué par un·e·x logopédiste/orthophoniste qui facturera les séances à l'assurance. En général, cette prise en charge ne pose pas de problème particulier.

 [Exemple d'attestation pour séances de logopédie](#)

 [Exemple de demande de prise en charge pour séances de logopédie \(LAMal\) / A venir](#)

PERRUQUES ET IMPLANTS CAPILLAIRES

Les perruques ne font pas partie de la liste positive des moyens et appareils (LiMA) et ne sont donc pas prises en charge par l'assurance maladie. Les femmes trans souffrant d'une « calvitie typiquement masculine » peuvent en revanche recevoir 1500 francs par an de l'AI pour des perruques. Du point de vue du droit de l'AI, il s'agit de ce que l'on appelle un moyen auxiliaire. La participation de l'AI ne dépend pas de l'existence d'une rente AI ou de la capacité de gain de la personne. Les moyens auxiliaires sont accordés s'ils sont nécessaires pour (continuer à) exercer une activité lucrative, mais aussi pour faciliter l'autonomie et les relations sociales.

 [Demande de moyens auxiliaires](#)

Les implants capillaires devraient être remboursés par la LAMal comme adaptation des caractéristiques sexuelles secondaires, mais nous n'avons actuellement que peu de recul sur ce sujet et la pratique des assurances est relativement inégale.

Une demande de prise en charge est toutefois légale et devrait pouvoir être étudiée par l'assurance.

 Exemple de demande de prise en charge d'implants capillaires (LAMa) / à venir

06. DEMANDE DE PHOTOS

Dans un certain nombre de cas, l'assurance maladie peut demander à ce que des photos soient transmises. Les interventions concernées sont en général : épilation laser (principalement les zones non « visibles »), augmentation mammaire (en raison des effets de l'hormonothérapie sur la croissance de la poitrine qui pourraient être jugés suffisants, faisant passer l'augmentation mammaire au rang de chirurgie esthétique), ainsi que les opérations de féminisation faciale.

Il n'existe que peu d'arguments permettant de contrer ces demandes qui sont légales de la part de l'assurance, qui a le droit de demander toutes les preuves nécessaires pour clarifier si un traitement est « efficace, approprié et économique ».

Dans le cas où l'envoi des photos devait faire émerger un refus de la part de l'assurance, il reste néanmoins possible d'argumenter que, malgré les photos, votre avis (ou celui du·de la spécialiste qui aura été sollicité·e·x dans le processus d'établissement du dossier de remboursement), doit être pris en compte et l'assurance doit émettre un argumentaire prenant en compte cet/ces avis.

07. ET SI CELA NE SUFFIT PAS ?

Comme il apparaît dans ce guide, il existe encore de nombreuses zones grises laissant de la marge aux assurances maladie pour argumenter des refus de prise en charge (et parfois aussi à l'avantage des assuré·e·x·s).

Dans votre éventuelle interaction avec l'assurance pour un litige de prise en charge, insister sur la question du bien-être de votre patient·e·x et de l'augmentation ou la persistance de l'incongruence

de genre en raison de l'impossibilité d'accéder à la prestation souhaitée, reste un argumentaire pertinent et efficace. Plus précisément, lorsque l'assurance oppose un refus, jugeant la prestation comme « esthétique », il peut être pertinent d'évoquer l'aspect personnel et unique du ressenti de chaque patient·e·x en explicitant en quoi, pour votre patient·e·x, telle intervention est particulièrement importante. Les pages 64-65 des SoC V7 de la WPATH abordent ce sujet plus en détail.

Nous vous avons aussi présenté un certain nombre de lettres types afin de vous donner une base solide avec laquelle travailler. Toutefois, nous conseillons de les compléter à partir des recommandations actuellement en vigueur, telles que les SoC de la WPATH ou encore les critères de diagnostic du DSM-5, ces deux ressources donnant des critères clairs pour appuyer votre argumentaire (cf. [ressources](#)). Nous vous conseillons de citer vos sources, afin de pouvoir vous appuyer dessus en cas d'éventuel litige.

Il nous semble aussi important qu'en tant qu'interlocutrice privilégié·e·x de votre patient·e·x, vous puissiez l'informer de l'aspect relativement incertain du cadre assécurologique actuel et qu'il est difficile de pouvoir garantir à 100 % une prise en charge de toutes les démarches souhaitées. Il peut arriver, dans certains cas complexes, que la participation d'un·e·x juriste ou avocat·e·x soit nécessaire voire qu'il soit nécessaire d'aller jusqu'au tribunal. La possibilité de souscrire à une assurance juridique peut donc être un sujet pertinent à aborder, en fonction des ressources financières de votre patient·e·x. Sachez toutefois que la majorité des assurances juridiques refuseront l'inscription si la personne est déjà dans un processus de transition. Il s'agit donc d'une option à discuter en tout début de transition.

A toutes fins utiles voici une liste non exhaustive des démarches qui, selon notre expérience, ont plus régulièrement tendance à poser problème au niveau des remboursements. Pour les professionnel·e·x n'ayant pas beaucoup d'expérience dans ce domaine, il pourrait être pertinent de contacter des ressources en amont afin de baliser le terrain

et éviter un argumentaire qui pourrait péjorer la réussite de votre demande :








- › FFS (Chirurgie de féminisation faciale)
- › Epilation laser (autre que le visage)
- › Implants capillaires
- › Augmentation mammaire



DES QUESTIONS OU DES SUGGESTIONS ?

Avec ce guide, notre intention est de pouvoir vous mettre en lien avec des personnes pouvant vous conseiller, ainsi que votre patient·e·x, afin de prendre ces décisions en étant le mieux informé·e·x possible. Comme indiqué en préambule, ce document se veut évolutif. En ce sens, vos retours et expériences nous sont précieux, n'hésitez donc pas à les partager à l'adresse pole-trans@profa.ch.

RESSOURCES

Nous vous indiquons ici les ressources principales en lien avec les thématiques traitées ainsi que les prestations proposées par ces dernières qui nous semblent pertinentes dans ce domaine. N'hésitez pas à contacter les associations et fondations mentionnées pour connaître le catalogue complet de leurs prestations.

Association/fondation	Prestations	Lien
TGNS Suisse Service juridique	Conseil assécurologique, légal et juridique gratuit	 tgns.ch
Fondation Agnodice (Suisse romande)	Accompagnement et orientation des jeunes trans et non binaires de moins de 18 ans : individuel·le·x·s, groupes de jeunes, groupes de parents. Accompagnement des transitions de genre en milieu scolaire. Formations, conseil individualisé pour les professionnel·le·x·s, supervisions/séminaires cliniques de groupe ainsi que supervisions individuelles pour psychologues et médecins.	 agnodice.ch
Le Refuge (Genève) Une prestation de Dialogai	Pôle socio-éducatif accompagnant les jeunes trans et non binaires et leur entourage dans toutes les dimensions de leur vie. Accompagnement individuel et collectif + hébergement 18-25 ans +, sensibilisations à la thématique.	 refuge-geneve.ch
Association Epicène (Genève)	Association d'utilité publique en faveur des personnes trans, propose un service de soutien juridique	 epicene.ch
Association 360/Pôle trans (Genève)	Espace de rencontre, discussion et soutien pour les personnes trans et leurs proches, possède un service de soutien juridique	 association360.ch  Service juridique
Le Refuge (Neuchâtel)	Centre d'accueil, d'accompagnement et de médiation (familiale, scolaire) pour les jeunes LGBTQI+, et plus spécifiquement, la communauté trans*. Le Refuge-Neuchâtel est également un centre d'expertise trans*, proposant formations, interventions, interventions et soutien pour tous les domaines professionnels en lien avec la thématique.	 refuge-neuchatel.ch

Checkpoint Vaud/Pôle Trans (Lausanne) Une prestation de la Fondation PROFA	Accueil, information et orientation pour les personnes trans et/ou non binaires et leurs proches. Information et orientation autour des questions administratives pour les professionnel-le-x-s, accompagnement de coming-out, sensibilisation.	 profa.ch/pole-trans
CHUV / Consultation Dysphorie de genre (Lausanne)	Formation et conseil individualisé pour les professionnel-le-x-s	 chuv.ch/fr/fiches-psy/consultation-dysphorie-de-genre

RÉFÉRENCES

WPATH. Guideline et standards de soins pour les personnes transgenres et non binaires. Version 7. World Professional Association for Transgender Health, 2012. www.wpath.org/publications/soc

UCSF (University of California San Francisco) Guideline, for the Primary and Gender-Affirming Care of Transgender and Gender Nonbinary People. Deutsch MB. et al. 2016. transcare.ucsf.edu/guidelines

Cours en ligne pour l'accompagnement des personnes transgenres : catalogue.edulib.org/fr/cours/umontreal-dsg102/

National LGBTQIA+ Health Educational Center, divers cours pour l'accompagnement des personnes LGBTQIA+ : www.lgbtqihealtheducation.org/resources/in/transgender-health

Les droits des personnes lgbt, Law clinic UniGE www.unige.ch/droit/lawclinic/fr/publications/brochures/

Droit LGBT Suisse : www.helbing.ch/detail/ISBN-9783719033033/Droit-LGBT

Critères et diagnostics :

SoC WPATH p.24 à 31 et Annexe C p.113 à 116. www.wpath.org/publications/soc

DSM-5. www.psychiatry.org/patients-families/gender-dysphoria/what-is-gender-dysphoria

CIM-11. icd.who.int/browse11/l-m/fr#/http://id.who.int/icd/entity/90875286

EN PRATIQUE

D'autres ressources et références sont disponibles sur la page du Pôle Trans www.profa.ch/pole-trans