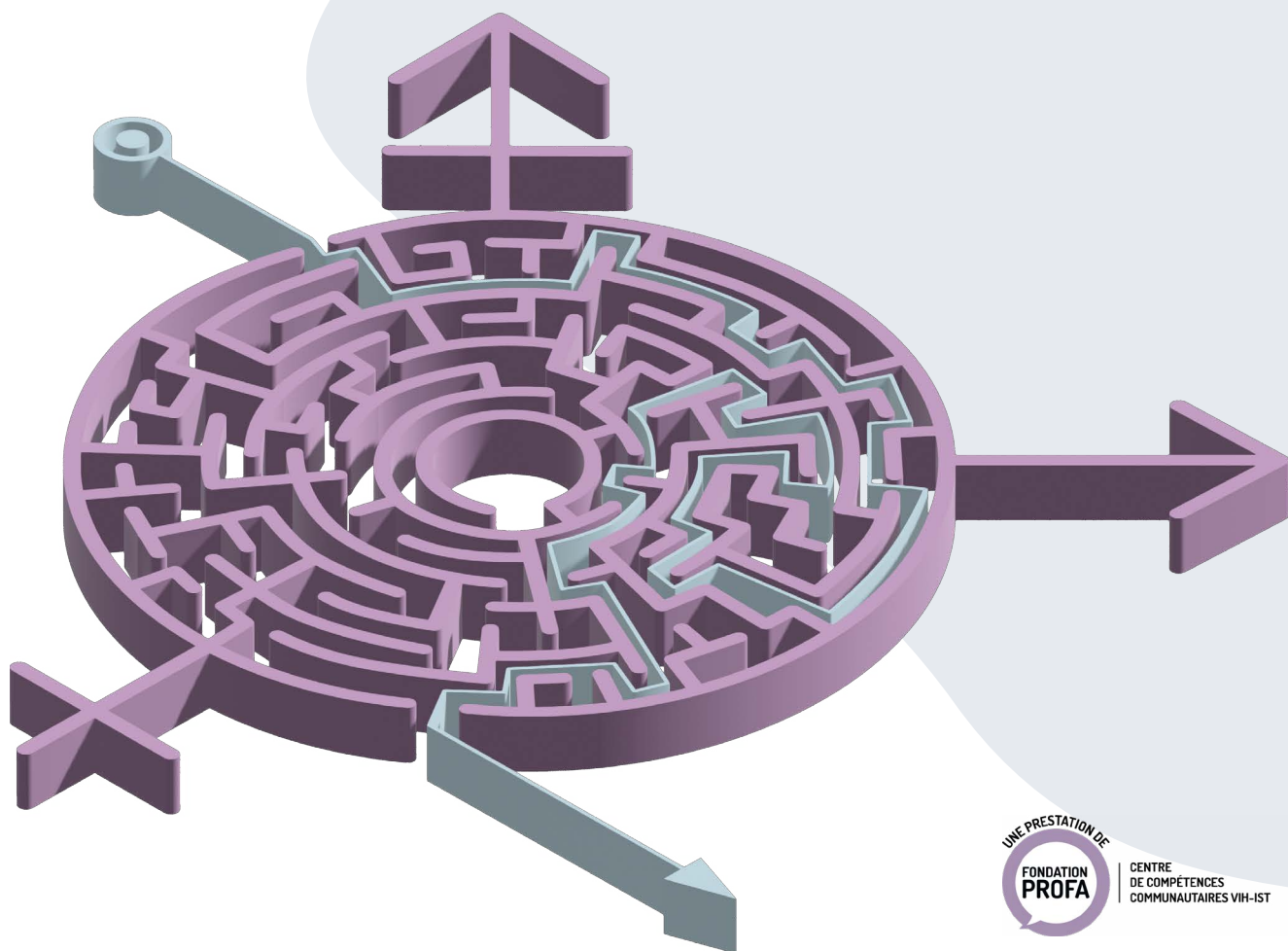


CHECK POINT

VAUD



CENTRE
DE COMPÉTENCES
COMMUNAUTAIRES VIH-IST

TRANSITION DE GENRE EN SUISSE

GUIDE ADMINISTRATIF ET ASSÉCURATOLOGIQUE

POUR LES PROFESSIONNEL·LE·X·S DE SANTÉ

JUIN 2026

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 assécuirologiques 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 :



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 suivie	6
02. Suivi psychologique	6
03. Traitement hormonal	7
04. Interventions chirurgicales	9
05. Autres procédures médicales	13
06. Demande de photos	15
07. Et si cela ne suffit pas ?	15
RESSOURCES.....	17
RÉFÉRENCES.....	19

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	Type de demande	Etabli par
Hormonothérapie	Recommandation pour l'endocrinologue	Psychiatre ou Psychologue
	Demande de prise en charge pour l'assurance (si nécessaire, voir p.7-8)	Psychiatre ou Psychologue ou Endocrinologue
Chirurgie	Recommandation pour le chirurgien·ne·x	Psychiatre ou Psychologue
	Demande de prise en charge pour l'assurance	Chirurgien·ne·x et Psychiatre (psychologue si co-signature ou complément d'un·e·x psychiatre)
Épilation	Demande de prise en charge pour l'assurance	Dermatologue et Psychiatre (psychologue si co-signature ou complément d'un·e·x psychiatre) + évtl. Endocrinologue
Logopédie	Recommandation pour le·la phoniatre	Psychiatre ou Psychologue ou Endocrinologue
	Prescription médicale de logopédie	Phoniatre

Attention: Ce tableau récapitule les situations les plus courantes. Il est bien entendu possible que certaines démarches puissent s'organiser différemment selon la situation ou les habitudes des professionnel·le·x·s.

01. GENRE ET PRÉNOM DE LA PERSONNE SUIVIE

Lors de vos contacts avec les assurances, nous recommandons d'utiliser le prénom et pronom d'usage (préféré) 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, 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 », etc., 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 standards de soin de la WPATH donnent 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.

Informations : www.wpath.org/soc8.

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](#)). Légalement, la pose de diagnostic ne peut se faire que par un·e·x médecin. Toutefois, les psychologues/psychothérapeutes ont la possibilité de faire des recommandations de traitements qui peuvent être suffisantes selon l'articulation de la demande à l'assurance (cf dernier paragraphe de ce chapitre).

Dans les faits, la 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

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 indique que la personne qui effectue une évaluation pour l'accès à des traitements d'affirmation de genre doit être suffisamment formée, capable d'utiliser la dernière édition de la classification internationale des maladies de l'OMS et posséder suffisamment de compétences en santé mentale pour pouvoir évaluer la capacité de discernement et d'auto-détermination de la personne et exclure les (rares) problématiques psychiques pouvant être confondues avec une incongruence de genre. Il n'est pas nécessaire qu'il s'agisse d'un-e-x professionnel-le-x de santé mentale. Il pourrait donc également s'agir d'un-e-x médecin généraliste ou d'une autre spécialité médicale (p.ex. endocrinologue), ou même d'un-e-x infirmier-e-x ou d'un-e-x autre professionnel-le-x de santé qualifié-e-x (cf. SoC chapitre 5, point 5.1c).

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.

supervisions/interventions 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-psychothérapeute travaillant sur prescription (cf. [Nouvelle réglementation de la psychothérapie pratiquée par des psychologues à partir du 1er juillet 2022, sur le site de l'OFSP](#)) fait partie des prestations de 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.

De manière générale, seules les prestations fournies ou prescrites par un-e-x médecin sont prises en charge par la LAMal. Toutefois, de par la spécificité du sujet, il n'est pas rare de voir des psychologues-psychothérapeutes (sans délégation/prescription médicale) poser le diagnostic et effectuer les demandes à l'assurance. Si cette pratique peut fonctionner dans certaines circonstances, nous observons un durcissement des assurances à ce sujet et une demande quasi systématique d'avis psychiatrique. Même si cette situation est discutable au vue

des recommandations internationales, nous ne pouvons que conseiller aux psychologues-psychothérapeutes effectuant ce type d'accompagnement d'organiser une collaboration avec un-e-x médecin (psychiatre/généraliste) qui pourra, en cas de litige avec l'assurance, cosigner les recommandations, voire officialiser la pose du diagnostic.

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).

Les SoCV8 de la WPATH listent les critères suivants pour une thérapie hormonale d'affirmation de genre (SoC p256):

La personne concernée :

- présente une incongruence de genre marquée et persistante ;
- remplit les critères d'incongruence de genre avant l'initiation du traitement si elle réside dans une région où un diagnostic est nécessaire pour accéder aux soins (ce qui est le cas en Suisse) ;
- démontre la capacité à consentir au traitement hormonal d'affirmation de genre.
- Les autres causes possible d'une apparente incongruence de genre ont été identifiées et exclues.
- Les conditions de santé mentale ou physique pouvant avoir un impact négatif sur les résultats du traitement ont été évaluées et les risques et bénéfices discutés.
- La personne comprends l'effet des traitements hormonaux d'affirmation de genre sur la fertilité et a exploré les options dans ce domaine.

Il est important toutefois de se souvenir qu'il s'agit ici de recommandations et que les SoC laissent aux professionnel·le·x 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.

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 la·e psychologue/psychiatre et la·e patient·e·x. De plus les standards de soins actuels précisent que **le conseil ou la psychothérapie liés spécifiquement à l'identité de genre ne sont pas un prérequis** pour l'évaluation ou l'initiation d'un traitement médical ou chirurgical d'affirmation de genre (SoC V8, p. 31).

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 demandes 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·e 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, document qui pourra être complété avec le rappel de l'article 71a, al. 1, let. b de la OAMal.

Exemple de lettre pour demande de prise en charge de médicaments hors liste

En cas de maintien du refus nous vous orientons vers le chapitre suivant :

"En cas de refus de la prise en charge" (p.13)

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.

En janvier 2026 la société suisse d'endocrinologie et diabétologie a publié des recommandations pour la prise en charge des transitions hormonales chez les adultes. Cet outil peut compléter les éléments d'argumentaires que vous pouvez trouver dans les SoC de la WPATH sur le sujet.

 [Consulter les recommandations suisses](#)

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. Il est à noter que la plupart des assurances complémentaires excluent explicitement des prises en charge les traitements liés à une transition de genre.

Concernant les opérations effectuées hors canton, selon l'art. 41, al 1bis LAMal, l'assuré·e·x a le libre choix de l'hôpital tant que celui-ci est répertorié sur la liste hospitalière de son canton de domicile ou celle du canton où se trouve l'hôpital (ce qui est généralement le cas pour les hôpitaux cantonaux). Si l'hôpital figure sur la liste hospitalière du canton où se trouve l'hôpital, mais pas sur celle du canton de domicile de la personne assurée, le traitement ne sera pris en charge par le canton de résidence et l'assurance-maladie qu'à concurrence du tarif applicable dans un hôpital répertorié du canton de résidence. En d'autres termes, si le tarif applicable dans l'hôpital répertorié librement choisi est plus élevé que celui du canton de résidence, il

en résultera un solde à la charge de la personne (ou, le cas échéant, à la charge de son assurance complémentaire si la police d'assurance couvre cette éventualité de "libre choix" et n'exclut pas les interventions liées à un traitement d'affirmation de genre).

Pour clarifier la situation, il est plus sage de s'informer sur ce point auprès de l'hôpital où aura lieu l'intervention et, au besoin, de déposer une demande de garantie de paiement pour une hospitalisation extra-cantonale auprès du service du médecin cantonal du canton de résidence, lequel statuera sur la question de la prise en charge de l'éventuel solde.

DEMANDE À L'ASSURANCE

La demande à l'assurance est en général effectuée par le·la chirurgien·ne·x ou par l'équipe chirurgicale. Il convient que la recommandation de traitement du/de la psychologue/psychiatre (évtl. endocrinologue selon la situation) y soit associée, afin de garantir la pose du diagnostic et des différents critères associés, et de fluidifier les échanges avec l'assurance qui ne manquera pas de demander un tel complément. Une lettre de recommandation différente de celle à l'intention du/de la chirurgien·ne·x peut être rédigée si vous estimez qu'il n'est pas nécessaire de transmettre certains éléments d'anamnèse à l'assurance. Nous conseillons une prise de contact entre le·la psychologue/psychiatre et le·la chirurgien·ne·x afin de s'accorder sur l'organisation de la démarche.

Voici une liste des opérations les plus communément remboursées. Une liste plus complète des interventions chirurgicales d'affirmation de genre se trouve à la page 258 des SoC V8 de la WPATH. Nous vous conseillons à nouveau de vous approcher de réseaux d'intervention/supervision ainsi que des associations/fondations afin d'obtenir des informations sur les différentes opérations et le réseau de soins transaffirmatif.

 [Recommandation pour opération d'affirmation de genre](#)

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 plasticien·ne·x)
- › Opération des cordes vocales (glottoplastie ou cricothyropexie, nécessite une attestation d'un·e·x phoniatre)

Les SoCV8 de la WPATH liste les critères suivants pour une intervention chirurgicale d'affirmation de genre (SoC p256) :

La personne concernée :

- a. présente une incongruence de genre marquée et persistante ;
- b. remplit les critères d'incongruence de genre avant l'intervention chirurgicale si elle réside dans une région où un diagnostic est nécessaire pour accéder aux soins (ce qui est le cas en Suisse) ;
- c. démontre la capacité à consentir à cette intervention chirurgicale ;
- d. comprend l'effet de l'intervention chirurgicale d'affirmation de genre sur la fertilité et a

exploré les options dans ce domaine.

- e. Les autres causes possible d'une apparente incongruence de genre ont été identifiées et exclues.
- f. Les conditions de santé mentale ou physique pouvant avoir un impact négatif sur les résultats de l'intervention chirurgicale ont été évaluées et les risques et bénéfices discutés.
- g. La personne suit un traitement hormonal stable, ce qui peut inclure au moins 6 mois de traitement hormonal, voire une durée plus longue si nécessaire pour atteindre le résultat chirurgical désiré, à moins que le traitement hormonal ne soit pas souhaité ou soit médicalement contre-indiqué.

Il est aussi important d'attester que la mesure souhaitée est indispensable au soulagement des effets négatifs du diagnostic (il est essentiel de les décrire, même succinctement) et qu'elle correspond aux critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité (art. 32 LAMaI), ainsi que d'y préciser le type d'interventions(s) souhaitée(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 \(LAMaI\)](#)

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 le psychologue/psychiatre et le patient·e·x. De plus, il faut rappeler que les standards de soins actuels précisent que **le conseil ou la psychothérapie liés spécifiquement à l'identité de genre ne sont pas un prérequis** pour l'évaluation ou l'initiation d'un traitement médical ou chirurgical d'affirmation de genre (SoC V8, p. 31). Le choix et l'ordre des opérations effectuées doit être libre et une assurance ne peut émettre de pression à ce sujet, sauf raison médicale.

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, en raison de l'évolution des pratiques et des expériences de vie des personnes trans, les demandes d'opérations sans hormonothérapie sont en augmentation.

En suisse, selon l'art. 40 LPMéd. les médecins doivent se baser sur les standards de soins actuels. Concernant la médecine transgenre, il s'agit des standards de soins de la WPATH, ainsi que les recommandations suisses sur le sujet:

 [Société suisse d'endocrinologie et diabétologie: recommandations](#)

 [Article Suisse médical Forum](#)

Aucun de ces documents n'indique qu'un traitement hormonal serait obligatoire pour pouvoir accéder à une chirurgie d'affirmation de genre.

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 peu balisé, il vaut en effet la peine d'être conseillé·e·x par des personnes ayant de l'expérience.

Pour certaines opérations, le chirurgien·ne·x peut demander 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 le 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 moins en moins d'assurances se basent sur ces arrêts. 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.

NON RECONNAISSANCE DE L'ASPECT MÉDICAL DU TRAITEMENT (ART. 25 LAMAL) ET/OU OPÉRATION JUGÉE ESTHÉTIQUE

Les assurances opposent parfois un refus car elles estiment que l'intervention n'a pas valeur médicale au sens de l'art. 25 LAMAL et/ou qu'elle correspondrait plutôt à une notion « esthétique ». Voici quelques éléments utiles pour argumenter votre demande ou réaction face à l'assurance:

- › Attester que le diagnostic de dysphorie/ incongruence de genre devrait être reconnu comme ayant valeur de maladie (art.25 LAMAL) dès lors qu'il a atteint une ampleur et une intensité ayant rendu indispensables des soins médicaux et/ou provoquent une incapacité de travail (ATF 9C_465/2010 du 6 décembre

2010 consid. 4.1). Dans ce sens il est important d'attester auprès de l'assurance des effets négatifs du diagnostic sur votre patient-e-x.

- › Que le but d'un traitement médical est pour l'essentiel d'éliminer de la façon la plus complète possible les atteintes physiques ou psychiques à la santé (ATF 138 V 131 consid. 5.1 p. 134 s.) et que ledit traitement est le seul à pouvoir répondre à ce critère (absence d'alternative thérapeutique efficace).
- › Que les chances de succès du traitement envisagé sont bonnes et évoquer l'impact concret qu'aura le traitement dans la vie de l'assuré-e-x.
- › Si d'autres traitements d'affirmation de genre ont déjà été pris en charge, cela indique que l'assurance a bien reconnu la valeur de maladie du diagnostic. Dès lors, refuser un nouveau traitement (pouvant être attesté comme efficace, adéquat et économique) pour cette raison n'est pas fondé.
- › L'ATF 9C_331/2020 consid.6.2.2 indique entre-autre que "l'objectif thérapeutique recherché dans le cadre du traitement de la dysphorie de genre doit être non seulement d'accéder au désir de la personne concernée de changer de sexe mais aussi de soulager les effets négatifs du diagnostic, c'est-à-dire de procurer à la personne concernée un bien-être subjectif en éliminant ou en réduisant le malaise et la détresse cliniquement significatifs liés aux difficultés d'ordre somatique et psychique rencontrés lors d'une ré-assignation sexuelle...". appuyant ici que l'aspect du "changement de sexe" ne peut être l'unique notion retenue pour évaluer l'indication à un traitement et que l'expérience personnelle du diagnostic et de ses effets sur la personne doit être prise en compte.
- › Comme la jurisprudence accorde malheureusement une importance inappropriée à la question de l'esthétique, il est important de faire comprendre qu'il ne s'agit pas d'atteindre un idéal de beauté lié au genre ressenti, mais bien de soulager la souffrance liée à une caractéristique physique causant une détresse psychique du fait de la dysphorie/ incongruence de genre.
- › Nous recommandons aussi la lecture des p.19-

20 des SoC V8 de la WPATH pour compléter votre argumentaire.

CHIRURGIE DE FÉMINISATION FACIALE (FFS)

Concernant les FFS, l'ATF 9c_123/2022, limite la prestation des assurances uniquement s'il est possible d'attester de l'aspect typiquement masculin de la caractéristique sexuelle secondaire (dont font partie les traits du visage) et son incompatibilité avec le genre féminin. Cette situation va à l'encontre des standards de soins actuels qui vont dans le sens d'une prise en charge des traitements adaptés à l'expérience personnelle de la personne.

Dans certaines situations, il est possible d'obtenir un avis de spécialiste (qui a une expertise/pratique dans le domaine souhaité) afin d'attester de la pertinence du traitement en raison du caractère typiquement masculin/féminin de la partie du corps à adapter. Toutefois ce type d'attestation nécessite d'être bien étayé (idéalement avec des articles scientifiques à l'appui) pour être efficace face à une assurance.

Les conseils d'argumentaire du paragraphe précédent peuvent être aussi utiles. Toutefois, au vu de la complexité du droit actuel à ce sujet, nous recommandons, en cas de litige pour ces raisons, de contacter l'une des ressources indiquées en fin de document pour répondre de manière efficace.

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](#)).

LISTE DE QUESTIONS

Certaines assurances maladie, lors d'une demande de prise en charge, envoient des listes de questions standardisées. Ces dernières contiennent des questions plus ou moins pertinentes, sortant malheureusement souvent du cadre proposé par les standards de soins actuels. Nous vous proposons de nous contacter si vous recevez ce type de questionnaire, auxquels il nous semble important d'amener une réponse mesurée et précisant en quoi certaines demandes sortent de ce qui peut être attendu par l'assureur comme informations complémentaires.

EN CAS DE REFUS DE PRISE EN CHARGE

En cas de maintien du refus de prise en charge, nous vous conseillons de prendre rapidement contact avec l'une des structures citées en fin de document (ressources) afin d'être conseillé·e·x sur la meilleure manière de réagir. Pour les situations qui ne trouvent pas d'accord, il est possible de demander une décision formelle à l'assurance. L'assurance doit donner une position officielle et offrir ainsi une voie de recours légale. Important! Le recours à cette décision doit être fait dans un délai de 30 jours (les voies de recours doivent être indiquées dans la lettre de l'assurance) et signé de la main du/de la patient·e·x ou d'un·e·x représentant·e·x dûment mandaté·e·x. Nous déconseillons de demander une décision formelle sans avoir eu un échange préalable avec une structure ayant des compétences juridiques dans ce domaine.

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 TARDOC seront prises en charge. Dans certaines cliniques une partie des frais n'entreront pas dans ce cadre et seront à la charge du/de la patient·e·x. Lorsque tous les frais ne sont pas couverts par l'assurance, les cliniques demandent souvent que la séance soit payée sur place.

Il est fortement conseillé de faire une demande de prise en charge préalable. Elle sera rédigée d'une part, par la dermatologue avec un devis au tarif TARDOC, complétée par l'attestation de la nécessité du traitement par l'endocrinologue ou psychologue/ psychiatre.

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 le chirurgien·ne·x.

Les cabinets d'épilation laser n'ont pas toujours l'habitude d'effectuer des devis et facturations au tarif TARDOC. 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.

Il arrive régulièrement que les assurances exigent un délai de plusieurs mois de traitement hormonal avant d'accepter la prise en charge des séances d'épilation laser. Si l'attente n'est pas envisageable pour votre patient·e·x, voici plusieurs arguments pertinents:

- › Si le traitement hormonal dure déjà depuis plusieurs mois, l'endocrinologue peut attester que le traitement ne produira pas davantage d'effets sur la pilosité.
- › Rappeler à l'assurance que le fait d'imposer des délais fixes ne prenant pas en compte l'expérience personnelle de la personne du diagnostic et de ses effets négatifs, ainsi que l'avis des spécialistes, ne correspond pas aux standards de soins actuels.
- › Parler de la détresse psychique engendrée par

le délai d'attente. Le médecin devrait pouvoir attester d'une intensification notable de la détresse, en détaillant les symptômes et les éventuelles conséquences (la personne ne sort plus de chez elle, incapacité de travail, etc.).

Il arrive aussi que les assurances refusent la prise en charge de l'épilation laser pour d'autres parties du corps que le visage. Dans ce sens, il est possible de rappeler à l'assurance maladie que sont également considérées comme "partie visible" les parties qui seront dénudées par exemple lors de la pratique d'un sport, de baignade ou simplement lors du port d'habits courts (short, débardeur...) – ATF 9C_465/2010.

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

ÉPILATION ÉLECTRIQUE

Dans certains cas, l'utilisation de l'épilation électrique n'est pas possible en raison d'un contraste trop faible entre la couleur de la peau et celle des poils (personne ayant la peau foncée ou une pilosité claire, personnes âgées). Il n'existe aujourd'hui d'une part pas de position TARDOC permettant la prise en charge de ce type de traitement, mais il est aussi très complexe de trouver un cabinet d'épilation électrique supervisé médicalement.

Pour ces deux raisons, il est pour l'heure rare que ce type de traitement soit pris en charge. Toutefois, il nous semble légitime d'en faire une demande tout en étant honnête avec votre patientèle de la forte probabilité d'un refus. Pour la demande, nous recommandons de trouver un cabinet acceptant de faire un devis complet qui sera à associer à une lettre de demande de prise en charge rédigée par l'endocrinologue ou le psychologue/psychiatre.

 [Exemple de demande de prise en charge de séance d'épilation électrique](#)

PHONIATRIE/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 : le thérapeute ou endocrinologue doit adresser son/sa patient·e·x à un·e·x médecin phoniatre via une recommandation. C'est ensuite le 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 de recommandation pour séances de logopédie](#)

 [Formulaire de prescription médicale de logopédie](#)

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 (1000 francs par an à partir de 60 ans, ATF 9C_550/2012). 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 \(LAMaI\)](#)

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.

L'assurance est effectivement en droit de demander les preuves nécessaires afin de déterminer si le traitement correspond aux prestations de la LAMaI (art. 28 LPGA). Il faut toutefois que les preuves demandées restent cohérentes par rapport à la démarche.

L'assurance est effectivement en droit de demander les preuves nécessaires afin de déterminer si le traitement correspond aux prestations de la LAMaI (art. 28 LPGA). Il faut toutefois que les preuves demandées restent cohérentes par rapport à la démarche.

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 une réponse qui prend 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, comme indiqué dans le chapitre précédent, insister sur la question du bien-être de votre patient·e·x et de l'augmentation ou la persistance de l'incongruence de genre et des complexités physique et psychique qui y sont liées en raison de l'impossibilité d'accéder à la prestation souhaitée, reste un argumentaire pertinent et efficace.

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'interlocuteurice 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·le·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
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
L-Check Une prestation de la Fondation PROFA	Centre de consultation, de prévention et de promotion de la santé à destination des personnes qui s'identifient femmes et qui ont des relations sexuelles avec des femmes (FSF), ainsi que des personnes trans et de leurs partenaires.	 profa.ch/l-check
TGNS Suisse Service juridique	Conseil assécuirologique, 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 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
Espace Pluriel (Neuchâtel)	Accueil et accompagnement des jeunes LGBTQ+ et centre d'expertise des thématiques trans : groupes de paroles, soutien et formation (groupe d'intervision pour professionnel-le-x-s de santé)	 espacepluriel.ch

Groupe Santé Genève	Association Genevoise promouvant l'accès universel à la santé ainsi que la lutte contre les discriminations et inégalités de santé. Possèdent un service juridique gratuit/selon revenu (à destination des personnes genevoises et bénéficiant des subsides à l'assurance maladie).	https://groupesante-geneve.ch/ https://groupe-santegeneve.ch/services-aux-personnes/juridique/
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
Division interdisciplinaire de santé des adolescents (DISA)	Consultation interdisciplinaire transaffirmative pour les jeunes de 12 à 20 ans	https://www.chuv.ch/fr/disa/disa-home
Association Verein trans & non-binär (Fribourg)	Association bilingue de personnes trans et/ou non binares. Travaille à un meilleur soutien médical. Intervention et création d'un réseau de professionnel·le·x·s affirmatif.	transnonbinaryfr.ch

RÉFÉRENCES

WPATH. Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, Version 8. World Professional Association for Transgender Health, 2022. www.wpath.org/publications/soc

→ Traduction française des standards de soins: <https://wpath.org/wp-content/uploads/2024/11/French-SOC8-Translation.pdf>

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 V. 8 p.31 à 42 et Appendix D p.256. www.wpath.org/publications/soc

→ Dans la traduction française des standards de soins, p.35 à 49 et annexe D, p.315: <https://wpath.org/wp-content/uploads/2024/11/French-SOC8-Translation.pdf>

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